

UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Corporalidad y Corporeidad: resignificación desde la experiencia de personas con diversidad funcional, en el campo de la rehabilitación

Karen Natalia Lancheros Martínez

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Maestría en Discapacidad e Inclusión Social
Bogotá, Colombia
2019

II Corporalidad y Corporeidad: resignificación desde la experiencia de personas con diversidad funcional, en el campo de la rehabilitación

Corporalidad y Corporeidad: resignificación desde la experiencia de personas con diversidad funcional, en el campo de la rehabilitación

Karen Natalia Lancheros Martínez

Tesis de investigación presentada como requisito parcial para optar al título de:
Magister en Discapacidad e Inclusión Social

Director (a):

Fisioterapeuta, Especialista en docencia universitaria. MSc. Antropología Social.
Lilia Virginia García Sánchez

Codirector (a):

Fisioterapeuta, MSc. Salud Ocupacional. PhD. Ciencias de la salud.
Nancy Jeanet Molina Achury

Línea de Investigación:

Rehabilitación, tecnología y accesibilidad para personas con discapacidad

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Maestría en discapacidad e Inclusión Social
Bogotá, Colombia
2019

IV Corporalidad y Corporeidad: resignificación desde la experiencia de personas con diversidad funcional, en el campo de la rehabilitación

Cursar la maestría y en especial desarrollar la tesis, ha constituido un devenir de experiencias transformadoras, pues me enfrenté con luchas epistémicas que me han instaurado la necesidad de desaprender y a su vez me han hecho apreciar la diversidad de las posibilidades del conocimiento.

Agradezco infinitamente a todos los maestros que me han acompañado, orientado y guiado en este proceso de aprendizaje, pues no solo mi conocimiento objetivo se ha valorizado significativamente, sino mis experiencias subjetivas recobraron sentido para repensarme en múltiples dimensiones. Agradezco su tiempo, dedicación y entrega, pues eso me permitió afinarme múltiples veces y madurar mis argumentos.

Así mismo, esto no hubiera sido posible sin la voz de los sujetos de experiencias quienes también dedicaron parte de su tiempo para darme espacios llenos de conocimiento y compartirme sus experiencias, al igual que sus fisioterapeutas.

También agradezco con profundo amor a todas las personas que durante este tiempo me han motivado en todos los momentos de crisis y quienes dispusieron de su tiempo para apoyarme en el desarrollo y culminación de este trabajo.

Finalmente, agradezco y especialmente dedico este esfuerzo a mi familia, a mis padres quienes siempre me han brindado su apoyo económico y emocional y a quienes privé de mucho tiempo y oportunidades para compartir. Este esfuerzo es para ustedes pues son mi mayor motivación y mi principal fuente de amor.

Resumen

Partiendo de que el cuerpo es producto de la construcción social e histórica y subjetiva, se realizaron entrevistas semiestructuradas a profundidad, que dieron cuenta de las trayectorias de vida de sujetos de experiencias en la diversidad funcional y el papel de los profesionales de fisioterapia, en el proceso de resignificación de la corporalidad (construcción social del cuerpo) y la corporeidad (construcción subjetiva del cuerpo), en el marco de un proceso de rehabilitación. De esta manera se encontraron elementos claves para orientar las prácticas profesionales hacia un ejercicio más humano, cálido y contextualizado.

Palabras clave: cuerpo, corporalidad, corporeidad, diversidad funcional, experiencia, rehabilitación, fisioterapia, resignificación.

Abstract

Starting from the fact that the human body is a product of social, historical and subjective construction, in-depth and semi-structured interviews were conducted that gave account of the life trajectories of subjects of experiences in functional diversity and the role of physiotherapy professionals, in the resignification process of corporality (social construction of the body) and corporeality (subjective construction of the body), within the framework of a rehabilitation process. In this way, key elements were found to guide professional practices towards a more humane, warm and contextualized exercise.

Keywords: human body, corporality, corporeality, functional diversity, experience, rehabilitation, physiotherapy, resignificance.

Contenido

	Pág.
Resumen	VII
Abstract.....	VII
Contenido	IX
Introducción.....	1
1. Antecedentes investigativos	5
1.1 Teóricos.....	5
1.2 Prácticos.....	6
2. Justificación	11
3. Objetivos.....	13
3.1 Objetivo general.....	13
3.2 Objetivos específicos	13
4. Marco Teórico.....	14
4.1 Corporalidad y Corporeidad	14
4.2 Diversidad funcional	17
4.3 La experiencia	19
4.4 Campo de la rehabilitación	21
5. Metodología	27
5.1 Diseño y área de estudio	27
5.2 Muestreo.....	27
5.3 Recopilación de datos.....	28
5.4 Análisis de datos y calidad de la información.....	28
5.5 Categorías conceptuales	29
5.6 Consideraciones éticas.....	29
6. Trayectorias.....	31
6.1 Mandela.....	32
6.2 La pelirroja.....	46
6.3 María Cecilia.....	60
7. Discusión	¡Error! Marcador no definido.
8. Conclusiones y recomendaciones.....	71
8.1 Conclusiones	79
8.2 Recomendaciones.....	81
9. Bibliografía	82

X Corporalidad y Corporeidad: resignificación desde la experiencia de personas con diversidad funcional, en el campo de la rehabilitación

Introducción

La fisioterapia en Colombia inicia cerca del año 1900 con prácticas dispersas realizadas por personas con conocimientos empíricos, para luego, transformarse en una profesión que adopta el modelo norteamericano para su enseñanza en la década del 50'. Este primer plan de estudios tenía un énfasis clínico con el propósito de tratar las deficiencias físicas derivadas de la epidemia de poliomielitis que afectaba a la población infantil (Herrera, Rivera, Prada, y Sánchez, 2004). Estos desarrollos, se enmarcan bajo el modelo biomédico de la modernidad, caracterizado por asimilar que el cuerpo se comporta como una máquina y su estudio se orienta al profundo conocimiento de su estructura y su función (Vilanou, 2000). Bajo este modelo, la fisioterapia se instaura con el objetivo de comprender las alteraciones del movimiento y repararlas, para favorecer el estado de bienestar de las personas, por medio del tratamiento de las afecciones del sistema músculo-esquelético, con el empleo de estrategias orientadas al logro del óptimo funcionamiento del cuerpo (Coy, Martínez, y Benítez, 2016).

Con este propósito, los profesionales en el área abordan al individuo desde una perspectiva biológica, orientada a resolver la patología o comprender el fenómeno que atraviesa el cuerpo (Coy et al., 2016), sin embargo, este abordaje de la enfermedad presenta una mirada restringida de la persona y una ruptura en la comprensión del cuerpo tanto para el profesional, como para la persona sujeto de la rehabilitación, puesto que desde su razonamiento clínico, el profesional no contempla la diversidad corporal y tiende a homogeneizar los cuerpos, sobre las premisas de normalidad, estándares y escalas de medición clasificatorias, que determinan el funcionamiento o déficit y grado de desviación. Dichos condicionantes hegemónicos limitan las posibilidades de la persona que vive dicho cuerpo, puesto que, al homogeneizarlo invalidan características particulares, invisibilizan experiencias encarnadas e historias de vida y así, todo el contexto socio-cultural se convierte en un elemento secundario, que no tiene cabida en escenarios que miden y clasifican objetivamente los cuerpos con base en los estándares de normalidad aceptados.

En palabras de García-Sánchez (2012, p.69), en el quehacer fisioterapéutico “*la forma objetivada de operar desconoce, por lo general, el universo social y cultural del individuo que llega a consulta*”, por lo cual, en múltiples ocasiones el terapeuta basado su lectura unilateral, define las necesidades de la persona, sus oportunidades y posibilidades, a partir de un diagnóstico de enfermedad o discapacidad. A partir de esta comprensión de la normalidad biológica, no se asume la existencia de cuerpos diversos, con posibilidades de movimiento alternas. Este enfoque, asume la rehabilitación desde una perspectiva capacitista, que pone de manifiesto, que solo los cuerpos con capacidades normalizadas son los que merecen ser vividos y aquellos incapaces o disfuncionales, son marginados e invisibilizados.

Esta visión funcionalista tiene su origen en las ciencias naturales, a partir de las cuales se homogenizan los cuerpos y se define al individuo como objeto de estudio anatómico y funcional, en torno al cual se analizan los diferentes fenómenos que lo afectan y se definen posibles conductas de tratamiento. Bajo la visión mecanicista-funcional del cuerpo, el cuerpo se asume como una máquina de igual funcionamiento, que a la postre conduce a la deshumanización de la atención, pues se atiende a la máquina y no a la persona (García, 2013).

En el siglo XIX, Marx analizó el cuerpo como un producto social, derivado de la conjunción de las condiciones materiales de la existencia y las relaciones sociales de producción, para lo cual asumió al hombre como un ser que se produce a sí mismo a partir de un proceso de autogeneración en razón del trabajo, por tanto, estableció al trabajo como la esencia del hombre y con eso determinó su desarrollo y felicidad en torno al mismo. Dicho modelo capitalista instaura una regulación para los cuerpos, que los significa y categoriza en torno a habilidades como “la rapidez, la eficacia y la capacidad productiva” (Barrera, 2011, p.125). Entonces, bajo este modelo de producción capitalista, la tenencia de dichas capacidades o por el contrario la ausencia o alteración de las mismas, sitúa el cuerpo en el paradigma de la *normalidad-anormalidad*, con el propósito de potenciar el funcionamiento de aquellos cuerpos normales para su explotación en el trabajo y marginar aquellos cuerpos con funcionalidad no deseable.

Es así, como la rehabilitación desde una perspectiva funcionalista enfoca su intervención en la “*recuperación de la condición normal de la capacidad*” (García-Sánchez, 2012, p.6), por lo cual, la desposesión de capacidades (DIS-CAPACIDAD), sitúa a la persona en el campo de la enfermedad y en este contexto, aparece la necesidad de tratar y rehabilitar el cuerpo con el propósito de recuperar o ganar dicha funcionalidad. Estas acciones empleadas por los profesionales en rehabilitación formados en el paradigma del modelo biomédico, fijan su atención en un cuerpo físico con necesidades estructurales y funcionales, por lo que tienden a olvidar e invisibilizar el “*proceso histórico-social, fruto de la experiencia que viven los sujetos en un contexto socio-cultural específico*” (García-Sánchez, 2012, p.72). En dicha hegemonía del saber experto, el cuerpo es contemplado como un *objeto distante y susceptible de ser manipulado* (García, 2013), en el que predominan procesos de formación profesional, que en efecto, condicionan las prácticas a una relación objetivada con el paciente, no obstante, existen miradas emergentes desde las ciencias sociales, que han posicionado sus estudios en torno al cuerpo con una perspectiva holística, apartándose de la idea homogeneizadora de los cuerpos, para comprenderlos dentro con un contexto personal y social que reconoce la **diversidad**.

Para avanzar en esta nueva perspectiva, es necesario reconocer y escuchar las voces de personas que, por medio de su experiencia vivida a partir de un evento discapacitante, enfrentan la diversidad funcional, con el propósito de comprender como fue el proceso de resignificación de su corporalidad y corporeidad. Adicionalmente, identificar las rupturas entre el pensamiento hegemónico/tradicional de los profesionales que abordan dichos cuerpos y las concepciones de la persona que es sujeto de tratamiento; puesto que al comprender que la persona no es solo un cuerpo habitado, sino

fundamentalmente, la configuración subjetiva que interactúa con elementos sociales y culturales del entorno, se podría pensar, que son las experiencias vividas las que sitúan y dan contexto al cuerpo en el mundo, permiten habitarlo y ser.

Por lo tanto, al escuchar las voces que viven la diversidad, se podría comprender que cada cuerpo es un universo completamente distinto, que se configura a partir de características inherentes a sí mismo y a su contexto. La comprensión este precepto, permitiría a los profesionales conocer las particularidades que condicionan las vivencias de cada persona y facilitaría los procesos de desarrollo personal, pues al comprender la diversidad y facilitar herramientas para agenciar procesos de desarrollo humano, que integren experiencias de vida, factores personales y contextuales, los profesionales se convierten en facilitadores de la resignificación de la corporeidad y la corporalidad a través del proceso de rehabilitación, como una experiencia que comprende que la actividad encarnada es la propia forma de “*estar-en-el-mundo*” (García, 2013, p.82)

Por lo anterior, el entender el cuerpo bajo la perspectiva de un enfoque biomédico deshumaniza la comprensión del mismo y limita la posibilidad de reconocer la diversidad, lo cual, margina y estigmatiza la diferencia a partir de construcciones simbólicas sociales (Guerrero, 2002). Por lo cual, es necesario hacer una distinción entre el cuerpo objetivo de la ciencia moderna y el cuerpo vivido de la experiencia (Escribano, 2015). Con base en esto, es fundamental rescatar los relatos de las experiencias encarnadas de aquellos cuerpos diversos que han sido *objeto de la rehabilitación* y en múltiples ocasiones han sido invisibilizados junto con todo su contexto, pues esta ruptura entre la concepción del cuerpo que ve el terapeuta y el cuerpo de la experiencia encarnada, sitúan distintos énfasis, necesidades y objetivos en torno al desarrollo de la persona con diversidad funcional y la construcción de corporalidad y corporeidad.

1. Antecedentes investigativos

1.1 Teóricos

Para comprender las posiciones teóricas sobre el cuerpo, es necesario hacer un recorrido histórico que las sitúe contextualmente. Hacia el siglo XV el hombre se integraba con su cuerpo como unidad para tener lugar en las festividades medievales, que permitían la expresión libre de sí. Posteriormente en el siglo XVI las monarquías buscaron formas de control sobre las manifestaciones corporales al delimitar espacios formales en los que el cuerpo cumplía con parámetros sociales para encajar con el entorno, escenarios que abrieron la oportunidad para categorizar las diferencias, los otros cuerpos u otros individuos que no se “comportaban” bajo las normas sociales (Le Breton, 2002).

Para los siglos XVI y XVII hubo un cambio ontológico desde los postulados de Descartes, que instalaron la comprensión del ser humano desde el dualismo, es decir, un ser dividido en su estructura tangible (cuerpo) e intangible (alma), este modelo cartesiano privilegió la condición racional del ser humano a partir de la cual se estructuró el saber biomédico. Como consecuencia de los conocimientos que emergieron con el modelo cartesiano, surge la teoría mecanicista del cuerpo en la que mediaban las acciones corporales del hombre con leyes que justificaban su ejecución y resultado. Esta cosmovisión valoró la tenencia de un cuerpo “completo” que devaluó aquellos que presentaba un “mal funcionamiento” o eran incompletos, para posteriormente convertirlos en objeto de investigación (Le Breton, 2002).

Los saberes biomédicos construidos durante la modernidad, delimitan el cuerpo bajo nociones anatómicas y fisiológicas, estudiar de esta manera al hombre implicó aislarlo de su medio social y cultural para dar paso a un individuo susceptible de ser estudiado en su estructura (Le Breton, 2002). En este contexto, emerge la fisioterapia con el propósito de recuperar el movimiento a partir de su intervención sobre las estructuras y funciones comprometidas (Herrera, Rivera, Prada, y Sánchez, 2004). Sin embargo, esta aproximación resulta incompleta, por lo cual muchos de los problemas que enfrentan las personas no pueden ser resueltos desde la lógica cartesiana y al no encontrar solución en estos saberes, recurren a los tradicionales y ancestrales propios de las sociedades, cuyo conocimiento concibe el cuerpo unido al mundo, un cuerpo complejo, con alma y espíritu, situado y habitado por ello, un cuerpo social que por medio de las “sensaciones, emociones, gestos, mímicas, posturas, normas y representaciones”, es y está en el mundo (Le Breton, 2002).

Otros campos de conocimiento como la antropología social y los estudios culturales han cuestionado el absolutismo del pensamiento biomédico del cuerpo y en contraparte han desarrollado saberes, que profundizan el estudio del ser y su autoconstrucción a fin de complementar y enriquecer la comprensión del mismo, al plantear una mirada novedosa, en la que el contenido simbólico de ser, permite la migración desde una postura individualista hacia la concepción de un sujeto que construye su corporeidad a partir de la experiencia con su naturaleza corporal y se desarrolla en un contexto social.

Si bien son muchos los estudios realizados en torno a la comprensión del cuerpo desde diferentes perspectivas, no hay una respuesta absoluta para las preguntas sobre este, lo que condiciona la existencia únicamente a aproximaciones. En este sentido Parrini (2012) plantea cinco tipos de aproximaciones al estudio del cuerpo: las cartografías, para las cuales el cuerpo es punto de partida para la observación del entorno, las topografías, que determinan el cuerpo en tiempo y espacio para dialogar con el entorno, las "anomalías", asociadas con parámetros de normalidad y con la pretensión de desestabilizar lo que se ha establecido como normal, las escenografías, que abordan la estética y el cuerpo como primer plano orientado hacia un espectador y finalmente, las resistencias, planteadas como las críticas de poder a las hegemonías sobre el cuerpo y demás posturas que lo delimitan como un objeto invariable; escenario en el cual los estudios fenomenológicos tienen cabida al poner en tensión los paradigmas cartesianos y buscar una concepción del ser como totalidad, donde se integren su esencia natural-corporal con aquella subjetiva y social (Merleau- Ponty, 1975).

1.2 Prácticos

La teoría de los tres cuerpos, plantea la fragmentación histórica del cuerpo desde los diferentes campos de estudio y la importancia de incluir el emocional. El cuerpo individual, se asocia con las experiencias vividas de forma carnal y aquellas atravesadas por la mente y que se relacionan entre sí (Scheper-Hugges y Lock, 1987). El cuerpo social, comprendido como un símbolo natural asociado con el ambiente, la sociedad y la cultura, que relaciona el carácter simbólico del cuerpo basado en la esencia cultural, biológica y conductual en relación con las acciones sociales. Finalmente, el cuerpo político referido a las formas de autorregulación, sobrevivencia y control (individual y colectivo) en ámbitos relacionados con la reproducción, la sexualidad, el trabajo, el ocio, la enfermedad y otras formas posibles de diferencia humana, que establecen relaciones próximas entre el poder y el control, con el propósito de organizar las sociedades y regular los cuerpos que las habitan (Scheper-Hugges y Lock, 1987).

Esta teoría propone incluir las emociones en los estudios relacionados con el cuerpo, puesto que ello puede proveer una forma más completa de comprensión del mismo, debido a que *"las emociones afectan la forma en la cual el cuerpo, la enfermedad y el*

dolor son experimentadas” (Scheper-Hughes y Lock, 1987, p.28)¹, dado que implican componentes cognitivos, sentimentales, morales, ideológico y culturales.

El componente de las emociones ha sido relegado a los estudios de psicología, que terminan por reducir las como impulsos o instintos (Scheper-Hughes y Lock, 1987) y se configuran como “*missing link*” (enlace olvidado), que podría integrar el cuerpo individual, social y político. Las emociones pueden transformar el conocimiento en el entendimiento y la comprensión humana, para lo cual se refieren al término de “*mindful body*” que integra la mente y el cuerpo como una unidad que da lugar a las emociones bajo un arista social y político del cuerpo, es decir, un cuerpo integral (Blacking, 1977).

Por otro lado, el archipiélago del cuerpo realiza un acercamiento a estudios especializados sobre este, para lo cual delimita tres rutas, la primera que identifica la experiencia corporal desde el trabajo de La *eutonía* de Gerda Alexander, la segunda que involucra los estudios sobre las representaciones, la imagen y la apariencia desde el libro de Françoise Loux “*El cuerpo en la sociedad tradicional*” y la tercera sobre el cuerpo como expresión de poder moderno desde los postulados Marx y Freud, dicho análisis establece una diferencia sustantiva entre los tres planteamientos pese al uso del mismo término, sin embargo, con materialidades distintas (Pedraza, 2013).

La somática se refiere a las prácticas corporales (experiencia), para lo cual se delimita un saber especializado (Fortin, 2002), en el cual la experiencia vivida converge con la conciencia corporal, no obstante, este saber se instaura dentro de contextos de educación corporal que pretende la conciencia como punto de partida para la recreación de técnicas corporales a partir de la experiencia, sin embargo, permite profundizar sobre teorías como la del *embodiment* que significan el cuerpo con la existencia humana (Pedraza, 2013).

En el escrito de García sobre las reflexiones en torno al movimiento corporal humano, se pretende comprender el movimiento desde una perspectiva multidimensional y compleja. Este, menciona que los conceptos relacionados con el cuerpo y el movimiento se ubican dentro de un contexto de la modernidad que no comprende dentro de su quehacer un abordaje del alma y el cuerpo como complemento, por tanto, tiene una visión mecanicista, que fragmenta el cuerpo y crea subespecialidades para el abordaje de este. Es importante mencionar que la autora resalta que el posicionamiento de Descartes ha sido fundamental para la concepción reduccionista del cuerpo; si bien la mayoría de estudios previamente relacionados con el cuerpo-movimiento hacen énfasis en un cuerpo productivo, también se señala, que existen otras posturas planteadas desde la fenomenología que revalorizan la existencia del cuerpo anclado a las experiencias y abarcan al hombre en su totalidad, posturas desde el saber científico oriental en el que la vida ocurre dentro de la naturaleza, está interconectada y es mutuamente dependiente, así mismo, comprende el cuerpo como un microcosmos con una forma, estructura y organización determinada y finalmente una construcción social; menciona que este es un

abordaje reciente en el cual el cuerpo ha sido considerado como una construcción social y cultural que condiciona la forma de estar y ser en el mundo (García, 2013).

García (2013) sostiene que, la visión reduccionista sobre el cuerpo tiene consecuencias negativas, también menciona que han sido pocos los esfuerzos en el área de Fisioterapia en torno al desarrollo de investigaciones que profundicen en la comprensión del ser humano desde su acción-comportamiento, por lo que señala que es fundamental comprender el cuerpo desde una perspectiva más amplia y compleja, para lo cual plantea que se debe avanzar en la comprensión del ser como un complejo “bio-psico-antropo-socio-cultural”. Con esta concepción se podría superar la visión individualista de la atención, para comprender el movimiento como el resultado de la interacción de diversos factores, que constituyen la vida misma de los sujetos.

En torno a este tema, en Colombia se han realizado algunos estudios desde el área de Fisioterapia. El trabajo de Morales-Caro y Torres-Baquero (2013), plantea una reflexión en torno a nuevas categorías de estudio para las líneas de profundización del programa académico de la Universidad Nacional de Colombia, las cuales son propuestas y analizadas a partir de diálogos sostenidos con estudiantes como parte de una asignatura. Una de estas categorías es la de cuerpo-sujeto, entendida como la “*construcción de sí mismo/a en y con el mundo; se manifiesta con su cuerpo como sujeto único, social, activo y propositivo*” (Morales-Caro y Torres-Baquero, 2013, p.480), para comprenderlo como un ser “*pensante, hablante y dinámico*” (Morales-Caro y Torres-Baquero, 2013, p.478), que interactúa en un contexto social con otros sujetos. Este estudio reconoce el cuerpo dentro del universo de una persona y su contexto, y posiciona la kinesiterapia como una forma de comprender los cuerpos encarnados en los sujetos, al plantearla como una alternativa para aislarse del contexto biomédico; adicionalmente, reconoce que las prácticas en torno al ejercicio de la profesión evidencian dominio sobre las personas al comprender el cuerpo desde una postura hegemónica en la que el cuerpo es objeto de conocimiento. Así mismo abordan categorías como sujeto político, disponibilidad corporal y capacidades corporales, para situarlas en el cuerpo y como base para el cuestionamiento sobre la orientación de los programas académicos, este estudio realiza el diálogo acerca del cuerpo con profesionales en formación con el propósito de comprender las apreciaciones de los futuros profesionales en torno a dichas categorías.

El estudio cualitativo exploratorio basado en el análisis de contenido sobre el esquema, imagen, conciencia y representación corporal, de Torres (2014), realizó una triangulación que permitió identificar la relación entre diferentes abordajes. Se analizaron 120 documentos que interrelacionaban dichas categorías con el cuerpo subjetivo y el cuerpo intersubjetivo. Esto permitió identificar que, en Colombia, uno de los modelos que aborda el cuerpo y el movimiento desde una perspectiva funcional y fenomenológica es el de la facultad de la Universidad Autónoma de Manizales en el 2002, en el cual el movimiento es comprendido como el resultado de la interacción entre lo subjetivo – objetivo, lo histórico-cultural, lo particular-colectivo, lo cualitativo-cuantitativo y la explicación-

comprensión. Adicionalmente este estudio señala, que hay otras perspectivas en el área que permiten la comprensión del cuerpo con miradas no centradas en el contexto biomédico. En los resultados presenta las relaciones del esquema corporal, conciencia corporal, imagen corporal y representación corporal con las teorías de movimiento.

El estudio de Castro y Farina (2015), sobre “El cuerpo y la experiencia”, pone en tensión el paradigma cartesiano sobre el cuerpo con una revisión conceptual que establece relaciones teóricas entre los dos términos desde diferentes perspectivas para finalmente proponer el cuerpo de la experiencia. Inicialmente, Castro y Farina proponen la experiencia de la carne y el poder desde el cuerpo, apoyados en Merleau Ponty quien sitúa los cuerpos hechos de carne, como objetos de experimentación de sensaciones y sentimientos en estrecha relación con el mundo y condicionados a formas de ser y existir en el mundo. Seguido, presentan los planteamientos de Nietzsche, en torno al movimiento como la experiencia encarnada, por medio de la cual, el cuerpo existe en el mundo. Paradigmas que se ponen en diálogo bajo la perspectiva de la antropóloga Silvia Citro (2006) quien plantea que, *“la corporalidad del ser se hace carne con el mundo, pero también puede resistirse y transformarlo”* (como se cita en Castro y Farina, 2015, p.180)

Así mismo, mencionan el paradigma textualista sobre la representación del cuerpo, y acuden a la apuesta de Bourdieu (1991) sobre el *‘habitus’*, en razón a que esta postura emerge de un cuerpo simbólico que se transforma hacia un cuerpo expresivo. Por otro lado, también aparece el término de *‘embodiment’* de Csordas (1999), que propone una relación estrecha entre la cultura y el sujeto, puesto que la cultura se encarna en el cuerpo y sitúa una forma de existir. Por último, se propone el paradigma de la subjetividad, en el cual según autores como Guattari (1996) los elementos inherentes a la persona, tales como las oportunidades en el ámbito social, condicionan las corporalidades y proponen políticas y éticas de singularidad. Es claro que cada cuerpo es completamente particular y que cada detalle y especificidad de este genera respuestas específicas al entorno en relación con sus experiencias previas, por lo tanto, cada cuerpo es heterogéneo en sus reacciones y movimientos, en su forma de ser y habitar el mundo.

A partir de estos paradigmas, las autoras proponen el cuerpo de la experiencia compuesto de fuerzas o potencias de padecer o afectarse por sensaciones, sentimientos, pensamientos (*afecciones pasivas*) y de potencias de actuar o afectar, imaginar, transformar, actualizar (*afecciones activas*). Es entonces, la multiplicidad de fuerzas en relación, que no se distinguen entre ellas y están en continuo devenir que utilizan el movimiento como el vehículo para sí, por lo cual proponen contemplar tanto el cuerpo vivido “cuerpo de la experiencia encarnada” como el cuerpo invisible “cuerpo sin órganos”, lo cual permite a través de la conjunción de estos manifestar la experiencia vivida por medio del movimiento para construirse a sí mismo (Castro y Farina, 2015).

La reflexión del movimiento corporal desde la fenomenología de la enfermedad, propone que es necesario hacer una distinción entre el cuerpo objetivo de la ciencia y el cuerpo

vivido de la experiencia, puesto que al concebir el cuerpo únicamente en términos biológicos se deshumaniza su comprensión. En este estudio, Escribano (2015), plantea el cuerpo objetivo, como un cuerpo material que puede ser estudiado desde afuera, desde las ciencias que buscan la comprensión funcional del mismo, mientras que el cuerpo vivido, es experimentado por el sujeto, constituido como elemento principal en el ambiente en el que este se desenvuelve, es un cuerpo que se mueve, interactúa, tiene sensaciones, sentimientos y pensamientos, perspectiva desde el planteamiento de Husserl. Estas perspectivas sitúan dos abordajes del cuerpo, uno netamente material con una ubicación espacial y el otro que significa la existencia.

Para el autor, proponer el paradigma del cuerpo vivido, permite la rehumanización de las prácticas médicas, al partir de la enfermedad como una experiencia, considerándole como un suceso experimentado internamente por cada persona, en el cual se asocian los términos de yo-cuerpo-mundo para condicionar la relación del cuerpo con su entorno a causa de las particularidades que conlleva cada proceso patológico, en el que se puede experimentar el cuerpo como ajeno a sí. También menciona, que es importante considerar la oposición entre el cuerpo vivido y el cuerpo científicamente objetivado puesto que ello disipa en que uno es una realidad física y el otro una realidad sentipensante. No obstante, cita a Husserl para mencionar que esta dualidad no es más que dos aprehensiones sobre una misma realidad, así mismo, plantea que, aunque hay condiciones del cuerpo vivido que deben ser interpretadas desde la mirada experta, el propio cuerpo constituye lo que es "*ser en el mundo*" y por ende condiciona la existencia. En tanto, esa forma de ser en el mundo a través del cuerpo condiciona la existencia según las posibilidades del mismo, para permitir el desarrollo de la persona, no obstante, el desarrollo a partir de las posibilidades también plantea un dualismo entre los cuerpos poéticos (de la expresión) y los cuerpos vulnerables (de la enfermedad, envejecimiento y discapacidad) (Escribano, 2015). Esta revisión, permite identificar algunas claves conceptuales que apuntan a la vindicación de cualidades y tensionan algunos supuestos teóricos del área de la salud para la comprensión del cuerpo humano.

Resulta evidente, que en la literatura científica se encuentran investigaciones sobre cuerpo, realizadas por profesionales de Fisioterapia y de otras áreas cuyo propósito es comprenderlo como lugar de experiencias, no obstante, es escasa la producción de material relacionado con la construcción social y subjetiva del cuerpo de las personas sujetos de intervención, motivo por el cual sería pertinente el desarrollo de una investigación en el que tengan cabida las voces de quienes experimentan la diversidad funcional, con el propósito de comprender o interpretar las resignificación de su cuerpo a partir de su experiencia.

2. Justificación

La búsqueda realizada en el campo de los estudios sobre el cuerpo, configurado a partir de las experiencias ha permitido identificar que es fundamental posicionarse desde una concepción integral que sitúe el ser, existir y habitar en un cuerpo, como lugar de experiencias de vida de un ser sentipensante y complejo que habita el mundo en diversos campos; lo cual sitúa los estudios sociales como el campo ideal para la comprensión del mismo:

Los estudios sociales sobre el cuerpo reconocen la necesidad de situar la experiencia encarnada en los escenarios socioculturales y en el mundo material, atendiendo especialmente al entramado de sensaciones, movimientos corporales y significaciones como una totalidad constituyente de la experiencia individual y social (Castro y Farina, 2015, p.181)

Por lo anterior, esta investigación ahonda en las narraciones de personas cuya Resignificación del cuerpo parte de una experiencia vivida de diversidad funcional, pues al revisar la literatura, se evidenció escasas en la información relacionada con relatos que den cuenta sobre los procesos de construcción de corporalidad y corporeidad, sin embargo, existen diferentes postulados teóricos que manifiestan la importancia de vincular el cuerpo y las experiencias vividas a fin de comprenderlo.

Esta investigación pretendía identificar la relación entre las experiencias vividas y la Resignificación de la corporalidad y la corporeidad, con el propósito de comprender como a partir de la diversidad funcional se vive, significa, contextúa, transforma y proyecta el cuerpo. Por lo anterior, es importante resaltar que este recorrido permite posicionar un nuevo paradigma en torno a la comprensión del cuerpo a partir de la construcción social y subjetiva del cuerpo, al rescatar las voces de personas cuyos cuerpos fueron intervenidos a partir de un proceso de salud-enfermedad. Este conocimiento permite tensionar los paradigmas homogeneizadores de comprensión del cuerpo, que no han considerado previamente cuerpos diversos con contextos históricos y sociales y transformados a partir de experiencias vividas.

Por otro lado, la creación de este proceso investigativo permitió el cuestionamiento sobre el quehacer profesional de los fisioterapeutas, para poner en tensión el paradigma biomédico del cuerpo, que establecido bajo el modelo rehabilitador pretende la comprensión del movimiento corporal humano y la potencialización de su funcionalidad y, por ende, desvaloriza la construcción de la corporalidad y la corporeidad ligada a las experiencias vividas de cada persona dentro de un contexto. Motivo por el cual, al

comprender las experiencias como una manera de habitar el cuerpo y existir en el mundo, esta investigación propone alternativas en relación con el direccionamiento de la formación y quehacer de los Fisioterapeutas hacia un ejercicio profesional más humanizado.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Caracterizar los núcleos centrales de resignificación de la corporalidad y corporeidad de personas con diversidad funcional y su vínculo con los procesos fisioterapéuticos.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar la relación entre la corporalidad y la corporeidad desde las experiencias vividas de diversidad funcional.
- Poner en dialogo los relatos de los profesionales y las personas con diversidad funcional en relación con la corporalidad y la corporeidad.
- Comprender como la interacción entre los sujetos del campo contribuyen a la resignificación de la corporalidad y corporeidad de los sujetos.

4. Marco Teórico

4.1 Corporalidad y Corporeidad

La Corporalidad y Corporeidad son dos categorías conceptuales derivadas del gran universo de comprensión del cuerpo, estas se sitúan en un contexto que pretende reivindicar y reconocer el cuerpo como una estructura no solo orgánica, sino como universo vivido por personas con historias y experiencias que integran todos los elementos sociales de un contexto. Sin embargo, estas conceptualizaciones no son unánimes entre los diferentes autores que las abordan, por lo cual para este apartado se entenderá la **'corporalidad'** como la construcción social del cuerpo y la **'corporeidad'** como la construcción subjetiva del mismo.

Leído en términos de Bourdieu, la **'corporalidad'** puede ser comprendida como aquellas disposiciones encarnadas, esquemas, formas de conocimiento y competencias adquiridas en los contextos sociales, que incorporan estructuras y prácticas sociales en los cuerpos "...*the product of history, produces individual and collective practices, and hence history, in accordance with the schemas engendered by history*" (Bourdieu, 1977, como se cita en Crossley, 2001, p.93). Para Pierre Bourdieu, *el 'habitus' es la historia incorporada y a la vez puesta a disposición en cada situación para percibir, ser, evaluar, etc.* Esta forma de comprensión de la corporalidad integra experiencias previas y estructura las percepciones, apreciaciones y acciones de las personas (Castro-Lemus, 2016).

En relación con la construcción de la **'corporalidad'**, los capitales son los recursos distribuidos a través del cuerpo social que tienen un intercambio de valor que se puede transformar en los diferentes campos y dan forma a las posibilidades de acción de una persona en diversas situaciones (Crossley, 2001). Estos, condicionan la construcción del cuerpo puesto que atraviesan la individualidad y la colectividad con el propósito de crear símbolos sociales que significan la existencia corporal.

Cuatro formas de capital constituyen la **'corporalidad'**. El *capital económico* integra los ingresos, ahorros y activos que tienen un valor monetario, valor numérico en forma de dinero y representan cuantías que pueden ser acumuladas, gastadas, invertidas, etc.

este capital es altamente racionalizado. El *capital cultural*, condiciona un intercambio de valor que acumula representaciones de cultura que se tienen en el mundo social, constituye la capacidad de tener experiencias que se nutren de diversas formas culturales; esta forma de capital es mucho menos racionalizada y no puede ser transferible, su adquisición es una forma de conversión del capital cultural heredado de la familia (Crossley, 2001). Para Douglas (1979) este capital, condiciona el estilo del mensaje que se trasmite con el cuerpo, determina la recepción social del mismo y está condicionado por las oportunidades de interrelación, los escenarios y el ámbito, “*la situación social se impone en el cuerpo y lo ciñe a actuar de formas concretas, así, el cuerpo se convierte en un símbolo de la situación*” (Martínez, 2004, p.130).

Por otro lado, el *capital social* que representa las conexiones, redes y vínculos emocionales, afectivos, sociales con los que cuenta una persona y de los cuales puede recibir apoyo durante los diferentes ciclos de la vida (Bourdieu, 1977; Crossley, 2001). Es importante mencionar que, para este capital, la categoría de “interdependencia” mencionada por Arthur Frank (1991, como se cita en Shilling, 2012a), es fundamental puesto que evidencia la necesidad de otros cuerpos para cumplir el propósito del cuerpo comunicativo, ese construido a través de las relaciones que establece con otros y consigo mismo, el que permite el reconocimiento mutuo a través del intercambio de narrativas encarnadas que trascienden lo verbal, al integrar el contacto y otras acciones comunicativas. Este cuerpo comunicativo que parte del *capital social*, por sí mismo es un mensaje, es una historia, construye historia con los otros y los invita reconocerse a sí mismo en ella, es contado a través de historias, pero estas historias son una práctica ética del mismo.

Finalmente, el *capital simbólico* que representa el acumulado de varias formas de capital, constituye el reconocimiento, la manera como los individuos son percibidos sin una forma objetivada como tal y es influenciado por los procesos económicos, sociales y culturales. Este tipo de capital no puede ser transmitido por herencia, no puede ser acumulado por encima de las capacidades de un individuo, no puede ser comprado en términos económicos y su valor de intercambio es impredecible (Shilling, 2012b). Es una condición material, de la existencia colectiva e individual (Castro-Lemus, 2016), pues el cuerpo socialmente es designado y categorizado con base en los capitales, por lo cual se constituye el *capital simbólico* o ‘*habitus*’ como representación de la forma en que se experimenta el cuerpo con base en la posición que este ocupa en un espacio social y en la expresión de su historia individual y colectiva. Es decir, el ‘*habitus*’ como sistema de disposiciones que en él que se sedimenta y recrea la experiencia corporal o individual de un mundo particular que inconsciente y colectivamente se estructura a partir de las acciones y representaciones (Merleau- Ponty, 1975).

Douglas plantea que el cuerpo como medio de expresión, comunicación, representación esta constreñido por las exigencias del sistema social que expresa, puesto que “el control corporal constituye una expresión de control social” (Douglas, 1988, p.95). Esta postura evidencia las preocupaciones en torno a la eficacia en el funcionamiento, relaciones de

jerarquía y control y sostiene que, a mayor presión del sistema social, mayor será la tendencia a descorporeizar las formas de expresión. Lo anterior, evidencia la construcción de **'corporalidad'** en los términos de Bourdieu y Douglas, como un cuerpo social condicionado por categorías que lo configuran. Categorías como la cultura y el estatus socioeconómico se imponen en el cuerpo y ciñen formas concretas de actuar, que crean símbolos sobre las situaciones que a su vez transmiten información (Martínez, 2004). Para Douglas, el cuerpo utiliza sistemas sociales que reflejan la experiencia social de cada persona, un cuerpo producido en concordancia con el entorno y con su experiencia de comunicación y expresión, en el que el sistema social impone un control.

Para continuar con la discusión sobre las posturas emergentes, se integra la, **'corporeidad'** comprendida como aquella construcción subjetiva del cuerpo desde la experiencia y percepción de sí como una totalidad, forjada en consonancia con las categorías sociales organizadas de forma particular como **'corporalidad'** (Douglas, 1988; Bourdieu, 1977).

La constitución de la subjetividad implica que el sujeto posee herramientas que le permiten reorganizar sus representaciones acerca de sí mismo, de los otros y de su lugar en la sociedad. Al ser la **'corporeidad'** una construcción subjetiva del cuerpo, son las experiencias vividas, la historia en contexto, la percepción del propio cuerpo y la imagen del mismo, los sentimientos, las emociones y pensamientos los elementos principales que la fundan. Es importante mencionar, que la representación que nos hacemos de nuestro cuerpo en sí mismo se refiere a la forma en que nuestra **'corporeidad'** se manifiesta en nuestras relaciones humanas y en la socialización puesto que,

la subjetividad desde lo social se construye y deconstruye permanentemente, moldea nuestros cuerpos, mentes y relaciones sociales, entonces, el modo en que se construya la subjetividad de cada individuo, así como el modo en que se transita este proceso, es resultado de un proceso de construcción social (Briuli, 2007, p.83).

La **'corporeidad'** entonces, implica la necesidad de reconocer el propio cuerpo, apropiarse de una *imagen corporal*, un modo de enunciar que el cuerpo está en el mundo a través de la experiencia que provee sensaciones impactantes como un relato material de los ámbitos sensoriales, sensitivos y sensibles (Pedraza, 2004). Esto, permite definir la representación mental del cuerpo para cada individuo a partir de un sistema de percepciones, actitudes y creencias configuradas por medio de las vivencias y relacionadas con la forma de actuar en el mundo y de constituirse individual y colectivamente (Gallagher y Cole, 1995). Se debe mencionar que dichas experiencias configuran el cuerpo como unidad y crean una representación (Schilder, 1970), sin embargo, no son un proceso estático pues el dinamismo de las vivencias nutre los cambios en la configuración de la *imagen corporal*. Como lo menciona Frank, el cuerpo

inextricable se crea a sí mismo recursivamente, como un ideal que elige acciones que pueden construir su ser, es siempre un proyecto incompleto, en un proceso recursivo continuo, nutrido por la historia (Shilling, 2012a).

Por lo tanto, la *imagen corporal* se compone de tres dimensiones: La dimensión perceptual que comprende el cuerpo como una entidad materia, que condiciona la concepción física, percibe tamaño, peso y forma del cuerpo parcial o totalmente, así mismo, relaciona las alteraciones de percepción que pueden dar lugar a sobreestimaciones o subestimaciones. Por otro lado, la dimensión cognitiva/afectiva que asocia la experiencia consciente o inconsciente del cuerpo como lugar de actitudes, emociones, sentimientos, pensamientos, valoraciones del mismo, por lo cual, incorpora experiencias de placer, displacer, satisfacción, disgusto, rabia, impotencia. Por último, la dimensión conductual que se relaciona con las acciones que derivan tanto de la percepción como de los sentimientos asociados al cuerpo que se influyen por el contexto social, y el lugar social del cuerpo (Cash y Pruzinsky, 1990; Thompson, 1990).

Otro de los elementos claves para la construcción de **'corporeidad'** es la autonomía, pues esta se relaciona con la capacidad de controlar, afrontar y tomar iniciativa propia en torno al desarrollo de actividades básicas y complejas para la vida y todas las elecciones relacionadas con la forma de vivir y desarrollarse en esferas personales de todos los ámbitos y sociales. La autonomía se relaciona con el reconocimiento y respeto de las capacidades de decisión e inexistencia de apoyo para las mismas, por lo cual, se tendrán en cuenta tres elementos centrales: la autonomía funcional entendida como el desarrollo independiente en el ámbito físico, la autonomía política como la capacidad de autodeterminación, acción lucida e interacción con otros con base en la autolegislación y conforme a las leyes morales y la autonomía social como el ejercicio libre de autodeterminación en relación con los roles y las posiciones sociales.

4.2 Diversidad funcional

Para entender el término de diversidad funcional es necesario remitirse al concepto de discapacidad, puesto que el término de diversidad surge como emancipación ante hegemonías coloniales que categorizan las personas bajo dicho término.

La discapacidad es un término instaurado bajo relaciones históricas de poder, que pretenden la categorización de las diferencias corporales bajo categorías conceptuales asociadas a la deficiencia, incapacidad y restricción, por lo cual surgen diversos modelos que buscan comprender dicho concepto. El modelo de prescindencia se sitúa en la edad antigua hacia el año 3.500 a.C. bajo creencias religiosas que delimitaban lugares de privilegio para los cuerpos que merecían ser vividos, el submodelo eugenésico asociaba los cuerpos diversos como un castigo divino y por ende suscitaba la necesidad de realizar prácticas eugenésicas a los niños y niñas en condiciones diferenciales. Seguido

a esto en la edad media entre los siglos XVII y XVIII aparece el submodelo de marginación en el cual la diferencia daba lugar para la exclusión y la obligación de institucionalizar dichos cuerpos, con el propósito de proteger a los “normales” (Palacios y Romañac, 2006).

Seguido a esto, durante el siglo XIX en la búsqueda de comprender el cuerpo y sus diferencias, surge el modelo médico rehabilitador que comprende la discapacidad como un problema exclusivo del individuo asociado a las alteraciones, carencias o mal funcionamiento del cuerpo y lo condiciona a la intervención por especialidades terapéuticas que buscan la recuperación de las limitaciones en pro del retorno al funcionamiento (Vehmas, 2004). Este modelo sitúa los cuerpos en contextos de demanda-respuesta, donde aquellos insuficientes son marginados y categorizados como objeto de intervención desde los saberes expertos usualmente institucionalizados, pues el fin último de corregir las desviaciones y alinear los cuerpos para que se ajusten a un contexto normalizado surge por la necesidad de estandarizar los cuerpos óptimos a fin de disciplinarlos para ser productivos en un contexto de eficiencia económica.

Bajo estos modelos, la discapacidad se ha asociado al padecimiento de tragedias individuales, situaciones de sufrimiento y lugares de vulnerabilidad que reducen las oportunidades e impiden el desarrollo natural de la vida de las personas que enfrentan este fenómeno. Pues al ser cuerpos diversos, no tienen cabida en contextos donde la diferencia condiciona actúes no disciplinados y contra-hegemónicos, que al revelarse ponen en tensión los cánones de normalidad (Ferrante y Ferreira, 2010).

En el recorrido histórico de la concepción de la discapacidad, en los años 60's y 70's aparece el modelo social que tiene su origen en las causas sociales, motivo por el cual pretende reivindicar los derechos de las personas al señalar que *“no hay personas discapacitadas, sino, fundamentalmente, contextos discapacitantes”* (Ferreira, 2011, p.3). Este modelo señala que la discapacidad parte del entorno, las imposibilidades y las barreras para la participación de los sujetos en ejercicio de sus roles sociales; con esto, asocia las posiciones de desventaja y las restricciones en la participación a contextos históricos individuales y específicos limitados y determina el fenómeno de la discapacidad como un constructo o creación social de esquemas, ideas, palabras y actitudes que determinan realidades. A su vez, cita la necesidad de aceptar la diversidad como parte del contexto y aparece la inclusión como herramienta para la reivindicación de derechos a través de la construcción de normativa diferencial (Ferrante y Ferreira, 2010).

Con esta preocupación, la Organización Mundial de la Salud (OMS), buscaba alternativas para definir y clasificar la discapacidad de forma tal que desapareciera la discriminación para las personas y sus familias, con lo cual aparece la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías cuyo interés parte de traspasar las barreras

de la enfermedad y clasificar las consecuencias de esta en los individuos, su cuerpo y su relación con la sociedad. Sin embargo, esta propuesta a pesar de marcar el reconocimiento de las capacidades y la reincorporación de las personas a los espacios sociales suscitó la necesidad de fragmentar estereotipos en torno a la minusvalía puesto que prevalecían escenarios de discriminación. Por lo cual, aparece el modelo biopsicosocial a la luz de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud – CIF, cuyo objetivo principal es *“brindar un lenguaje unificado y estandarizado, y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados relacionados con la salud”* (Organización Mundial de la Salud, 2001, p.3). Este modelo, define la discapacidad como el resultado de la interacción negativa entre las limitaciones funcionales y las barreras actitudinales o del entorno que dificultan el desarrollo de actividades y la participación plena e integración social efectiva de la persona en la sociedad (Organización de las Naciones Unidas, 2006). Modelo que ha perpetuado y que es instaurado en las escuelas de medicina a fin de comprender la discapacidad.

Por otro lado, con base en la lucha por reivindicar los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad, emerge el concepto de diversidad funcional para plantear una evolución conceptual de un término que ha sido utilizado históricamente para valorar de forma negativa, limitante y despectiva a un colectivo de personas con condiciones de funcionamiento diversas. El objetivo de transformar la terminología parte de la premisa que *“el lenguaje produce y orienta el pensamiento”* (Romañach y Lobato, 2005, p.2) y el uso de términos como diversidad funcional intenta desplazar el problema de la persona al entorno.

Este término fue propuesto en el “Foro de Vida independiente” en el año 2005, con el objetivo de desligarse de los modelos tradicionales que reiteran la imperfección biológica, bajo supuestos cánones de normalidad y reglas de funcionamiento social. La diversidad funcional por su parte se sitúa como distintivo inherente de la humanidad y depende de las características de un entorno que condiciona múltiples formas de ser y estar en el mundo (Romañach y Lobato, 2005). Teniendo en cuenta lo anterior, es necesario comprender que la diversidad hace referencia a una condición propia de los procesos comunitarios, tales como la relación entre individuos y su vínculo con los determinantes culturales de conglomerados sociales de un mismo entorno; pues al ser el cuerpo portador de capital simbólico y lugar de experiencias, emana una construcción de doble vía que integra procesos socioculturales y subjetivos (Ferrante y Ferreira, 2010).

4.3 La experiencia

Existen diferentes nociones para el concepto de experiencia, a continuación, se presentarán las pertinentes para el desarrollo conceptual de esta investigación.

Según los postulados de Kant, la experiencia se refiere al conocimiento empírico, a una composición materializada que interviene con el conjunto de condiciones de la subjetividad humana y que surge como producto de la actividad cognoscitiva (proceso mental por medio del cual la persona percibe los aspectos de la realidad por medio de sus sentidos a fin de comprender la realidad), lo recibido por las sensaciones como fuente o materia de conocimiento (Amengual, 2007).

Con estas premisas, el postulado de Kant sitúa la experiencia como la primera forma de conocimiento, el producto dado sensiblemente desde una percepción comprendida. Es simple información ya elaborada, puesto que lo experimentado depende de las capacidades propias de apreciar la sensibilidad y el entendimiento (Amengual, 2007).

Así mismo, para los estudios culturales la experiencia es clave debido a su capacidad para profundizar en las condiciones materiales de la existencia de las comunidades y su dimensión simbólica. Para Thompson (1981), las experiencias fluyen a través del cuerpo y se circunscriben a respuestas mentales y emocionales que surgen de forma particular para cada ser social en contextos singulares, por lo cual, todas las experiencias son válidas y efectivas dentro de los límites definidos en los diversos campos.

La experiencia es atravesada por la existencia de tensiones en torno a los sentidos y prácticas legitimadas, por lo cual, determina la diversidad como una condición que evidencia la experiencia individual de circunstancias generales objetivas como vivencia subjetiva de la persona (Pantano, 2005). Es importante mencionar que la experiencia de la diversidad varía de acuerdo al acumulado de capitales, pues el hecho de poseer un cuerpo “no legítimo” bajo los parámetros normalizadores, implica una desposesión de capital simbólico (Bourdieu, 1997), condicionando limitaciones estructurales y contextuales alrededor de la experiencia.

Para esta investigación, la experiencia vivida y sentida de la diversidad, permite comprender que el acumulado social, económico y cultural, circunscribe particularidades en las formas de vivenciar la diversidad (Ferreira y Ferrante, 2010) y por ende un receptáculo de experiencias aprendidas por introspección, que a su vez condicionan la transformación de significados y contenidos del cuerpo.

Con esto, se asume que la experiencia vivida da lugar a la resignificación, entendida para el propósito de esta investigación, como un proceso social de transformación fundado en el lenguaje, que pone en tensión las versiones previas que dominan el mundo por sus características emancipadoras y antihegemónicas (Berenzon, 2003; Bornstein-Gómez, 2010; Elizalde, 2010; Olson y Worsham, 2000).

Este proceso evidencia la dinámica propia de la construcción subjetiva y social, mediada por acciones que transforman la realidad de la persona y su contexto, a partir de la interacción entre las experiencias de vida propias y de los otros actores del campo. Es importante mencionar, que no es posible suponer la resignificación si no hay una transformación evidente de las acciones, de otro modo, es un proceso incompleto, por lo cual se debe evidenciar la aparición de *“nuevos significados de las estéticas”* (Meza y Castellar, 2012, p.11).

4.4 Campo de la rehabilitación

La rehabilitación es un concepto que históricamente se ha relacionado con el restablecimiento de capacidades en los individuos, con el objetivo de recuperar o alcanzar la funcionalidad de aquellos cuerpos con alteraciones o limitaciones y garantizar su normalidad a fin de lograr un estado de bienestar integral. Por ello, ha sido un concepto históricamente vinculado con la discapacidad (Moreno-Angarita, Balanta-Cobo, Mogollón-Perez, Molina-Achury, Hernandez-Jaramillo y Rojas-Castillo, 2016).

En el marco político colombiano, la ley estatutaria 1618 de 2013, entiende la rehabilitación como aquellas *“acciones médicas y terapéuticas, encaminadas a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que les posibilite modificar su propia vida y ser más independientes”* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, p.3). No obstante, y pese al esfuerzo por salir del paradigma biomédico, en la rehabilitación persiste un modelo biológico orientado a estandarizar los cuerpos, bajo la parametrización, categorización e implantación de protocolos y guías de práctica que no contemplan el contexto histórico y social de la persona.

El concepto ha evolucionado hacia un enfoque de rehabilitación integral, que busca la inclusión social y la participación del sujeto en igualdad de oportunidades. Para esto, orienta sus acciones hacia el fortalecimiento de capacidades del individuo en su entorno y articula diversas disciplinas en pro del desarrollo del individuo. En esta dinámica, emerge el concepto de rehabilitación integral entendida como:

...el proceso por el cual las capacidades físicas, sensoriales, o mentales son restauradas o desarrolladas. Esto se alcanza no solamente a través de cambio funcional en la persona, tal como la restauración de los miembros dañados, sino también a través de cambios en los ambientes físicos y sociales. Se esfuerza en

revertir lo que se ha llamado el proceso de discapacidad, y se puede por lo tanto llamar proceso capacitador (Cuervo, Trujillo y Pérez, 2008, p.80).

De este modo, la rehabilitación integral se enfoca en el desarrollo de las potencialidades de los sujetos, a partir de sus condiciones particulares (Pantano, 1987; Davis, 2006). Esto significa, que debe ser capaz de transformar positivamente la vida del sujeto hacia el proyecto de vida que este elija (Sen, 2004; Nussbaum, 2006), reconociendo la dinámica de relación entre sujeto, familia y entorno (Moreno, 2011).

Así, todas las acciones de rehabilitación deben estar enfocadas en el *“mejoramiento de la calidad de vida y la plena integración de la persona con discapacidad al medio familiar, social y ocupacional, a través de procesos terapéuticos, educativos y formativos”* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, p.3). Con esto, se genera la necesidad de que los servicios de salud se enfoquen *“en las necesidades, fortalezas y capacidades de cada persona en búsqueda de optimizar los resultados de la recuperación”* (Torrance, 2011, como se cita en Meza, Yandún, Fique, Jiménez y Rodríguez, 2017, p.17). En consecuencia, la rehabilitación *“es un campo de discusión, de aprendizaje y resignificaciones, que intenta comprender desde la teoría, los supuestos sociales, económicos, políticos y culturales; cómo se operacionalizan en la práctica, reconociendo y validando perspectivas, procesos, historias, prácticas personales, institucionales y/o organizacionales”* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Ahora bien, para los intereses de esta tesis, no se aborda a profundidad el debate del concepto de rehabilitación, salvo en el sentido de entender la rehabilitación como un campo. En la teoría de Bourdieu, los campos sociales se definen como espacios históricamente constituidos por instituciones específicas, con leyes de funcionamiento propias, los cuales están delimitados y organizados de acuerdo con las características particulares de los sujetos que los componen (Bourdieu, 1990).

Los sujetos que actúan dentro de un campo específico, ocupan un lugar particular en función de los capitales que poseen, para interactuar con los demás actores que hacen parte del mismo y que definen las relaciones entre ellos (Nuñez, 2017).

La especificidad de cada campo, se distingue por el tipo de capital predominante que está en juego. El capital se entiende como el conjunto de bienes acumulados que se producen, se distribuyen, se consumen, se invierten y/o se pierden (Gutiérrez, 2006).

Bourdieu (1990) agrupa los tipos de bienes y capitales en grandes categorías: **Capital económico**, constituido por la posesión y acumulación de bienes con significación económica. **Capital cultural**, ligado a conocimientos, ciencia, arte, etc. **Capital social**,

asociado a la existencia de relaciones estables con sujetos e instituciones, y relacionado con la pertenencia a un grupo social unidos por lazos permanentes y útiles. **Capital simbólico**, relacionado con el prestigio o reconocimiento, que guarda correspondencia con la acumulación de los otros tipos de capital (Bourdieu y Wacquant, 1995).

Con base en esta conceptualización, la rehabilitación puede configurarse como campo, en la medida en que es un espacio con un devenir histórico, determinado por instituciones sanitarias, las cuales poseen formas propias de operar, con una particularidad de saberes que lo caracteriza y en el cual participan diversidad de sujetos (personal de salud, personal administrativo, pacientes, familias), que ocupan diferentes posiciones relativas en el campo, en función de los capitales de que disponen para interactuar en él.

En este campo, se ha dado una evolución histórica del concepto de rehabilitación, acompañado de transformaciones institucionales para la prestación de sus servicios, en la organización de la atención y en los roles desempeñados por cada actor involucrado a su interior (Albrecht, Seelman y Bury, 2001; Braddock y Parish, 2001).

En este contexto, una de las ventajas de conceptualizar la rehabilitación como campo, es que permite *“analizar las relaciones como tales y con independencia de aquellos que las realizan”*, lo cual permite establecer la dinámica de funcionamiento de diversos sectores del campo (Núñez, 2017, p.211).

El sujeto que recibe atención fisioterapéutica, es un actor dentro del campo, que en general, es visto de manera instrumental y se concibe como receptor de un tratamiento que se ubica como central en el proceso terapéutico (García, 2006). Un análisis desde los capitales del sujeto que experimenta un evento crítico, que altera todas las esferas de su vida, puede resultar revelador, dado que permite considerar aspectos que suelen pasar desapercibidos en la atención tradicional, relacionados con la resignificación del cuerpo (corporalidad y corporeidad) a través del proceso de rehabilitación.

El fisioterapeuta es uno de los actores en el campo de la rehabilitación, que interviene en un momento crítico de la vida de una persona, por lo que sus acciones profesionales solo cobran sentido en la interacción con ese sujeto de atención. Así que, para poder analizar en qué medida su praxis contribuye al proceso de rehabilitación, la teoría de los campos y los capitales de Bourdieu, también resulta una herramienta fundamental.

4.5 Síntesis del Marco teórico

CUERPO
<p>Producto de la construcción social histórica y subjetiva, donde influyen los capitales y las formas de autoconstrucción de sí. El cuerpo es construcción, percepción y reproducción.</p> <p>Desde el campo de la salud se impone una definición cuerpos legítimos y no legítimos, este campo es un producto social e histórico, resultado de la lucha de las ciencias médicas con otros saberes expertos (Ferrante y Ferreira, 2011).</p> <p>Los principales constructos que definen el cuerpo, se basan en la estética del mismo y lo determinan como:</p> <p>Cuerpos legítimos: aquellos cuerpos que dominan, son saludables, sanos, bellos y su mayor manifestación de este es la estética.</p> <p>Cuerpos ilegítimos: aquellos cuerpos dominados, socialmente descalificados, desposeídos de capital simbólico y con la encarnación del estigma o rechazo (Ferrante y Ferreira)</p>
CAMPO
<p>Espacio social que especifica la distribución de los capitales, en el cual se configuran las relaciones objetivas entre diferentes posiciones específicas (Bourdieu y Wacquant 1995). Dicho espacio, determina la posesión de formas específicas de capital y poder (Crossley, 2001) y la posición ocupada en el mismo depende del acumulado de capitales (Bourdieu, 1987).</p>
DIVERSIDAD FUNCIONAL
<p>La diversidad funcional se sitúa como distintivo inherente de la humanidad y depende de las características de un entorno que condiciona múltiples formas de ser y estar en el mundo (Romañach y Lobato, 2005). La diversidad hace referencia a una condición propia de los procesos comunitarios, tales como la relación entre individuos y su vínculo con los determinantes culturales de conglomerados sociales de un mismo entorno; pues al ser el cuerpo portador de capital simbólico y lugar de experiencias, emana una construcción de doble vía que integra procesos socioculturales y subjetivos (Ferrante y Ferreira, 2011).</p> <p>La diversidad funcional se entiende como una experiencia, una vivencia dentro y mediante el cuerpo y la relación de ello consigo mismo y con el universo circundante para significar el cuerpo al expresar la existencia en cada acto corporal, una experiencia que no solo se manifiesta a nivel estructural, es decir, que, pese a que ocurre en el cuerpo, no deja de lado la conciencia sensible y los procesos de subjetivación (Castro y Farina, 2015)</p> <p>Pantano (2005) plantea que la discapacidad posee dos dimensiones condicionadas por las trayectorias sociales:</p> <p>Situación de discapacidad: condiciones generales cualitativas y cuantitativas del contexto particular.</p> <p>Condición de discapacidad: experiencia individual de dichas condiciones en las esferas objetiva y subjetiva, una voz singular de quien experimenta la realidad.</p>

CORPORALIDAD		
<p>Comprendida como aquellas disposiciones encarnadas, esquemas, formas de conocimiento y competencias adquiridas en los contextos sociales, que incorporan estructuras y prácticas sociales en los cuerpos “...the product of history, produces individual and collective practices, and hence history, in accordance with the schemas engendered by history (Bourdieu, 1977) (Crossley, 2001). Para Pierre Bourdieu, el ‘habitus’ es la historia incorporada y a la vez puesta a disposición en cada situación para percibir, ser, evaluar, etc. Esta forma de comprensión de la corporalidad integra experiencias previas y estructura las percepciones, apreciaciones y acciones de las personas (Castro-Lemus, 2016).</p>	CAPITALES	
	<p>Recursos distribuidos a través del cuerpo social que tienen un intercambio de valor que se puede transformar en los diferentes campos. Da forma a las posibilidades de acción de una persona en diversas situaciones. (Crossley, 2001)</p>	
	Capital económico	<p>Son los ingresos, ahorros y activos que tienen un valor monetario, valor numérico en forma de dinero. Son cuantías que pueden ser acumuladas, gastadas, invertidas, etc. Este capital es altamente racionalizado. (Crossley, 2001)</p>
	Capital cultural	<p>Intercambio de valor que acumula formas de cultura que se tienen en el mundo social, constituye la capacidad de tener experiencias que se nutren de diversas formas de cultura, esta forma de capital es mucho menos racionalizada y no puede ser transferible, su adquisición es una forma de conversión del capital cultural heredado de la familia. (Crossley, 2001).</p>
	Capital simbólico	<p>Reconocimiento, la manera como los individuos son percibidos sin una forma objetivada como tal (Crossley, 2001). Es una condición material, de la existencia colectiva e individual (Castro-Lemus, 2016).</p> <p>Este tipo de capital no puede ser transmitido por herencia, no puede ser acumulado por encima de las capacidades de un individuo, porque su valor de intercambio es impredecible (Shilling, 2012a).</p>
Capital social	<p>Son todas las conexiones y redes de apoyo de las cuales las personas se pueden ayudar y concretar logros específicos (Crossley, 2001).</p>	
CORPOREIDAD		
<p>La corporeidad significa la construcción subjetiva del cuerpo desde la experiencia y percepción de sí como una totalidad. Forjadas en consonancia con las categorías sociales organizadas de forma particular como “corporalidad” (Douglas 1970 y Bourdieu 1977)</p>	Autonomía	<p>Se relaciona con la capacidad de controlar, afrontar y tomar por iniciativa propia, el desarrollo de actividades de la vida diaria y necesidades básicas, la decisión en torno a cómo vivir y el desarrollo en las esferas emocionales y sociales de la persona. Constituye el reconocimiento y respeto sobre dichas capacidades, además de inexistencia</p>

(Pedraza, 2004).		<p>de necesidad de cuidado y/o dependencia.</p> <p>Funcional: desarrollo autónomo en el ámbito físico, (ejecución de actividades, necesidades fisiológicas).</p> <p>Política: logro de una relativa capacidad de autodeterminación, de acción lúcida y apasionada siempre interacción con otros (reales o virtuales). Capacidad de “autolegislar” en concordancia con la ley moral”</p> <p>Social: ejercicio social de autodeterminación, posición social y ejercicio de interacción libre con otros.</p>
	<p>Imagen corporal</p>	<p>Representación mental del cuerpo que cada individuo constituye en su mente. Lo que podía decir, un sistema de percepciones, actitudes y creencias, configuradas a través de la experiencia del propio cuerpo (Schilder, 1970)).</p> <p>La imagen corporal tiene tres dimensiones:</p> <p>Perceptual: que comprende la apreciación del cuerpo como entidad material y su relación con la funcionalidad.</p> <p>Cognitivo/Afectiva: es la experiencia emocional ligada a la percepción del cuerpo</p> <p>Conductual: influenciada por la percepción del cuerpo y los sentimientos asociados a ello que dan lugar a la realidad y lugar del cuerpo en la sociedad y su interrelación con otros</p> <p>(Cash y Pruzinsky, 1990; Thompson, 1990)</p>

5. Metodología

5.1 Diseño y área de estudio

Se realizó una investigación cualitativa con enfoque fenomenológico hermenéutico, orientada al conocimiento y comprensión de las voces de personas con diversidad funcional cuyas experiencias han sido invisibilizadas, al ser su cuerpo un objeto de estudio e intervención de la fisioterapia (Tadeo, 2011). Posturas que podrían llegar a *ser referente ontológico para la generación de teorías* en torno a la comprensión del cuerpo y la construcción de la corporalidad y la corporeidad.

Al reflexionar desde las estructuras hegemónicas de poder, el lugar del investigador es usualmente dominante y posiciona al otro como un objeto sobre el cual se aplican instrumentos. Por lo tanto, para el propósito de esta investigación, la investigadora se configuró como *‘relatora de trayectorias’* a fin de manifestar cercanía con las personas al reconocer su lugar de privilegio como *‘poseedores de experiencias’* y no como “investigados/as”, debido a su experticia en torno a las vivencias desde la diversidad funcional y la resignificación de la corporalidad y la corporeidad (Universidad Nacional de Colombia, 2014).

5.2 Muestreo

Se realizó un muestreo intencional por cadena de referencia o bola de nieve (Valles, 1997), a partir del conocimiento o contacto con fisioterapeutas que tuvieran experiencia en el campo clínico y hubiesen participado en procesos de rehabilitación de personas con diversidad funcional adquirida. Estos profesionales a su vez fueron el contacto con los *‘poseedores de experiencia’*, con quienes se configuró la diada para construir las trayectorias. Ambos actores manifestaron voluntariamente su intención de participar en el proceso investigativo.

Las diadas se conformaron por el/la **poseedor/a de experiencias** y su **fisioterapeuta** (punto de contacto). Dentro de la investigación tuvieron lugar 3 fisioterapeutas mujeres y respectivamente, 1 hombre y 2 mujeres **portadores de experiencias**.

5.3 Recopilación de datos

Con el propósito de contar con información suficiente, se realizó un guión en el marco de las categorías conceptuales de análisis previamente establecidas para la comprensión del cuerpo a partir de la construcción de la corporalidad y la corporeidad, con el propósito de desarrollar diálogos bajo la modalidad de entrevistas de profundidad semiestructuradas que dieran cuenta de las trayectorias de vida que representarían una relación intersubjetiva encarnada de los portadores de experiencias y el papel de los profesionales en dicho proceso (Finlay, 2014).

El objetivo de los diálogos fue explorar la resignificación de la corporalidad y la corporeidad en torno a las experiencias vividas a partir de un proceso de diversidad funcional, para el caso de los portadores de experiencias. En el caso de los profesionales, los diálogos se realizaron en el marco de las mismas categorías, pero con el objeto de indagar acerca de la incidencia desde su rol sobre dichos procesos de resignificación. Estos diálogos, se registraron en formato de audio, previo consentimiento informado, con el propósito de transcribirlos y posteriormente analizarlos.

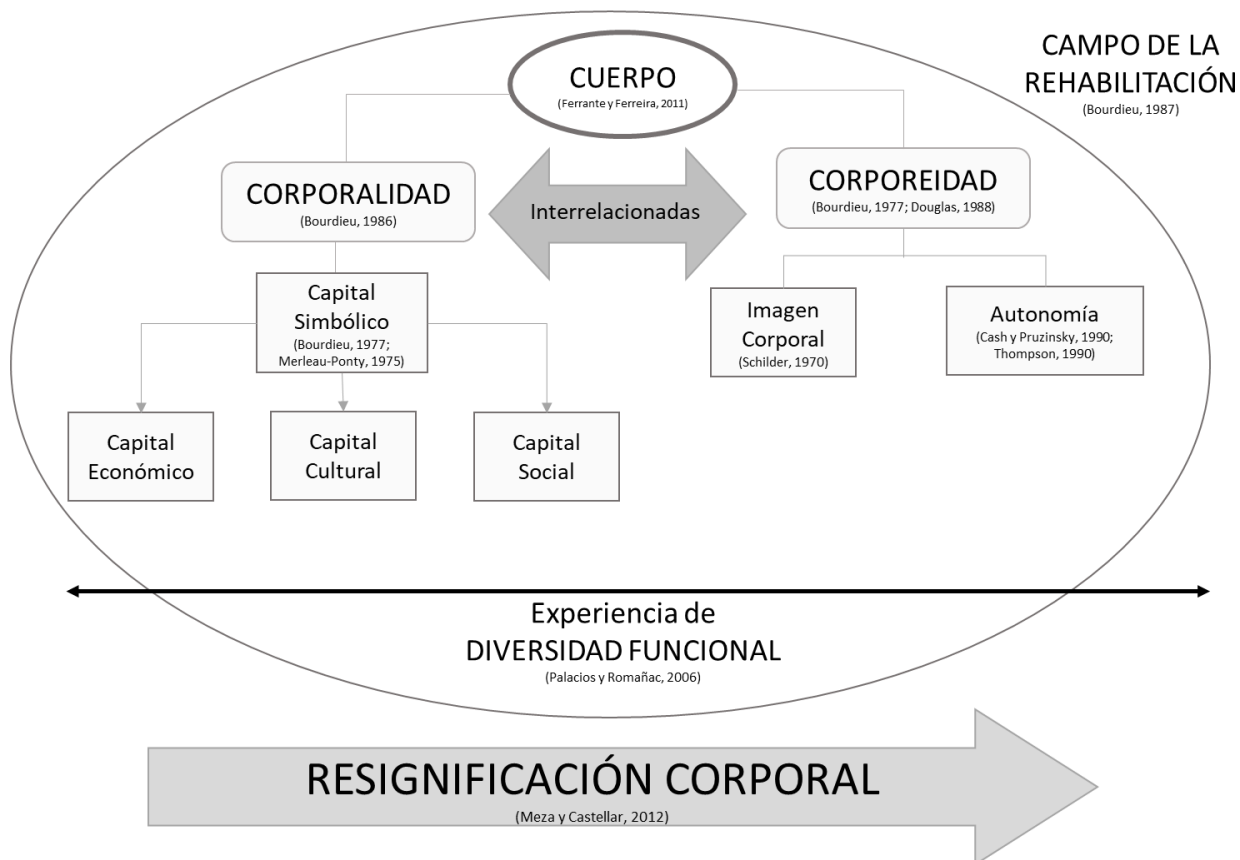
Adicionalmente para una de las diadas, el poseedor de experiencias contaba con un libro que había escrito con base en su experiencia de diversidad funcional, este libro se utilizó como insumo para nutrir el contexto de la trayectoria y como fuente secundaria de información en el análisis temático de contenido.

5.4 Análisis de datos y calidad de la información

A partir de la transcripción de las entrevistas, se realizó el análisis temático del contenido (Mieles, Tonon, y Alvarado, 2012) de los datos obtenidos, utilizando el Software Atlas.ti (versión 7.5). Por medio de este software, los datos se segmentaron por categorías temáticas de análisis y grupo de informantes, lo cual permitió la identificación de elementos afines y disímiles en los relatos, así como, cumplió con el propósito de interpretar y comprender la voz tanto de las personas con diversidad funcional como la de los profesionales en torno a la resignificación de la corporalidad y la corporeidad. Dicha información fue triangulada (Mieles et al., 2012) entre ambas fuentes de información y el análisis de la relatora desde una posición emancipadora, que reivindica corporalidades diversas. Finalmente, se realizó un análisis que conllevó a la reflexión sobre la resignificación de la corporalidad y la corporeidad a partir de las experiencias de diversidad funcional e interpeló los posicionamientos biomédicos del abordaje del cuerpo por parte de la fisioterapia (Mendieta-Izquierdo et al., 2015).

5.5 Categorías conceptuales

Con base en la revisión teórica realizada, desde el punto de vista metodológico, la siguiente gráfica presenta las categorías conceptuales a ser analizadas.



5.6 Consideraciones éticas

Como lo menciona la resolución 8430 de 1993 en su artículo 4, esta investigación aporta acciones que contribuyen al “*conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social*” (Ministerio de Salud, 1993). Por lo cual, el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, evaluó y aprobó el proyecto de investigación por: su “*validez desde el punto de vista ético, riesgo igual al promedio los sujetos que participan en ella y ajustes a los estándares de la buena práctica clínica*” (Acta de evaluación número 018-290-17 del 23 de noviembre de 2017).

Esta investigación al ser de carácter cualitativo, realizó la captura de información por medio de entrevistas a profundidad y semiestructuradas, que presentaron un riesgo mínimo en la integridad de los participantes. Previo al inicio de dichos diálogos, se entregó la información pertinente a la investigación y se les informó los objetivos de esta investigación, además se les entregó el formato de consentimiento informado que daba cuenta de los posibles riesgos al participar de la misma, así como incluyó un asentimiento sobre las técnicas de recolección de datos como lo fueron las grabaciones de audio que se utilizaron posteriormente para el análisis de la información, dicho consentimiento validó la participación dentro de la investigación, por lo cual el participante recibió una copia como registro de ello.

Esta investigación mantiene bajo confidencialidad toda la información que se recopiló durante el proceso, motivo por el cual se les solicitó a los participantes la elección de un nombre o personaje que enmascarara su nombre de pila y mantuviera oculta su identidad.

6. Trayectorias de vida

Las tres trayectorias que se presentan a continuación, contienen una síntesis de la historia personal de los sujetos de experiencias, como sus vidas antes del hito que sitúa la diversidad funcional, la transformación de su corporalidad y corporeidad y cómo confluyen sus historias con las de sus fisioterapeutas a partir del proceso de rehabilitación y la resignificación de sus cuerpos a través del mismo.

También dan cuenta del análisis narrativo del discurso de los involucrados en las tres diadas (sujeto de experiencia-fisioterapeuta), el cual guarda coherencia con la configuración del campo de rehabilitación y las experiencias que inciden en la resignificación del cuerpo a través de la corporalidad y la corporeidad.

En el proceso de enmascaramiento de los participantes y en coherencia con el espíritu mismo de reconocer su experiencia, se les pidió a las personas elegir una identidad. Para la primera diada el sujeto de experiencias se identificó como Mandela debido a su capacidad de resiliencia y su fisioterapeuta como Oriana Fallaci por su capacidad de lectura y análisis de las situaciones sociales.

Para la segunda diada la persona de la experiencia se identificó como La Pelirroja, asociándolo a uno de sus rasgos físicos distintivo y a su fisioterapeuta como Mary McMillan, debido a su incidencia en el campo de la fisioterapia como la fundadora de la asociación de mujeres americanas de terapia física.

En la tercera y última diada, el sujeto de la experiencia se identificó como María Cecilia en relación con su particular gusto por este nombre y en razón a la pérdida de contacto con su terapeuta fue ella quien la denominó como Estrella, debido a la luz que representó para ella en un momento de crisis.

6.1 Mandela

Mandela es un hombre de 54 años, que nació en Ann-Arbor, Estados Unidos en una familia multicultural conformada por su padre colombiano, médico de profesión, su madre una francesa dedicada a las artes plásticas (fallecida) y su hermana mayor. Después de dos años de residir en su ciudad natal, la familia se mudó a Bogotá, donde Mandela creció y realizó sus estudios de educación media básica y secundaria. Luego de culminar el bachillerato, a los 17 años, se mudó a Francia para formarse como abogado; allí mismo, se especializó en derecho financiero e inicio su vida laboral. Durante los 12 años de estadía en este país, conoció a quien posteriormente se convertiría en su esposa.

Su experiencia profesional le permitió, a su regreso a Colombia, emplearse en un banco nacional y posteriormente en una compañía internacional, en la cual se desempeñaba como alto ejecutivo.

Por su contexto familiar y laboral, el círculo social de Mandela se ubica en la clase alta, en el que aprendió a ser un hombre competitivo, seguro de sí mismo y con manejo de poder. Producto de esa interacción, le gustaba imponerse retos personales, que lo llevaron a encontrar en la práctica del ciclismo y el tenis una fuente de placer y de desarrollo personal. Mandela es un hombre más bien ermitaño y como él mismo se define “bunkerizado”, dado que no le gusta compartir sus espacios vitales. Esta condición de su personalidad, desembocó en su separación después de 9 años de convivencia con su pareja.

Corporalidad

En relación con su *capital económico*, Mandela era un hombre laboralmente productivo, con altos ingresos económicos por su trabajo como ejecutivo exitoso de una empresa internacional y en pleno auge profesional. Este estatus económico se reflejaba en el tipo de bienes y servicios que consumía y en el grupo social con el que compartía los mismos intereses. Buena parte de su capital, lo invertía en el cultivo de esas relaciones y en satisfacer su gusto por la buena comida y en general por “la buena vida”.

En lo referente a su *capital cultural*, la educación que recibió de su familia, sumada a las experiencias de vida en el exterior, desarrollaron, desde muy pequeño, en Mandela una visión multicultural manifiesta en un gran interés por la lectura y la escritura, así como por

el conocimiento de la geografía, la historia, además de su interés por deportes de competencia como el tenis. Este cúmulo de experiencias e intereses, proyectaron a Mandela como un “hombre de mundo”, culto e interesado por las diferentes expresiones culturales.

Desde el punto de vista de su *capital social*, Mandela se consideraba una persona con abundantes relaciones sociales y una vida social activa, vinculada principalmente a su entorno laboral y deportivo. Participaba en gran cantidad de eventos sociales, en los que establecía vínculos comerciales o relaciones para su práctica deportiva. Los vínculos, producto de esa intensa actividad social, no se trasladaban al círculo íntimo, pues su personalidad de hombre independiente y ermitaño, limitaba el compartir de sus espacios vitales con otras personas.

Esta condición de popularidad de Mandela en su vida social, contrastaba con sus relaciones familiares, las cuales eran distantes, de poca interacción y circunscritas a unos pocos miembros del grupo, como su padre y su sobrino, con quienes mantenía una buena relación. Con su hermana el vínculo era esporádico, distante y conflictivo. Estuvo casado nueve años, luego de los cuales se separó, por sentir incompatible la convivencia con la necesidad de independencia de sus espacios, pero mantuvo la amistad con su expareja.

En lo relacionado con su *capital simbólico*, Mandela considera que era reconocido como un hombre físicamente atractivo y exitoso en todos los aspectos de su vida. Se autodefinía como un hombre algo arrogante y superficial, controlador en sus ámbitos y espacios vitales, por lo cual prefería vivir solo. Esta percepción se explica, gracias a todas las formas de capital acumulado que poseía, que lo posicionaban como un hombre autónomo, culto, seductor, inteligente, competente, intrépido, creativo y con iniciativa, con sentimientos de superioridad y en total control de sí mismo y de los entornos en que se desarrollaba.

Destacaba además por su buen estado físico y por su estilo de vida saludable, a pesar de lo cual, había sido alertado por el cardiólogo debido al hallazgo de un “corazón agrandado” y que le sugería reducir la carga permanente a la que estaba expuesto por el stress laboral y la práctica deportiva. A pesar de ello, Mandela subestimó estas recomendaciones y continuó con su ritmo de vida habitual.

Corporeidad

En relación con su *imagen corporal*, Mandela tenía una concepción de su cuerpo enmarcada dentro de los paradigmas de la modernidad: un cuerpo funcional,

normalizado y estético, merecedor de admiración, lo que respondía a los cánones de masculinidad y de clase social, que era fuente de orgullo personal y le proporcionaba cierto sentimiento de superioridad.

Consideraba que su cuerpo no tenía límites y se comportaba como una máquina perfecta que respondía a sus exigencias y a su ritmo de vida intenso y vertiginoso, por lo cual se negaba la posibilidad de tener problemas de salud.

En relación con su *autonomía*, era un hombre completamente independiente, con capacidad para decidir frente a las situaciones que sorteaba cotidianamente. Consideraba que la vida debía asumirse día a día, para no encasillarse en un proyecto “estable” que le impusiera límites. Encarar la vida de esta manera le era posible gracias a su posición social, pues podía acceder a lo que quisiera y en estas circunstancias estaba dispuesto a adaptarse a los cambios.

En síntesis, su cuerpo representaba un hombre adinerado, de un estrato socioeconómico alto, con gran capacidad intelectual favorecida por su entorno cultural, educativo y laboral. Simbolizaba un cuerpo bello y capaz, lo cual le atribuía cualidades relacionadas con su autonomía e independencia. Su cuerpo encarnaba estas características que permeaban su forma de ser para mostrarse ante los demás, lo cual se retroalimentaba con la percepción que los demás le otorgaban a través de la interrelación.

Hito de la discapacidad

Una mañana de diciembre de 2016, Mandela se despierta y descubre que no puede moverse: ha tenido un accidente cerebrovascular de arteria cerebral media derecha, de origen cardiogénico que lo llevó a la unidad de cuidado intensivo durante dos meses,

“las cosas iban como si fueras en un tren de alta velocidad en un panorama despejado sin ninguna preocupación así evidente, y bruscamente pasa esto... fue como si estuvieras caminando por la calle y bruscamente te atropella una tractomula, o sea, ni la vi venir, entonces eso fue muy difícil” (Mandela).

Como consecuencia de este evento, presentó una hemiplejía izquierda que le generó deficiencia grave en las funciones del sistema musculo esquelético, relacionadas con el movimiento, lo cual se tradujo en una total limitación para la realización de las actividades de autocuidado y de la vida doméstica. Adicionalmente, su participación se vio restringida

en los ámbitos, laboral y social, con la pérdida total de sus roles. Mandela sale de la clínica con apoyo permanente de enfermería.

Transformación de la Corporalidad y Corporeidad

Este hito en la vida de Mandela fue determinante, porque afectó todas sus relaciones (intrapersonales, familiares, sociales, laborales) y lo dejó en una posición de dependencia total que puso a prueba todas sus convicciones y creencias, frente a los roles que podía desempeñar. Esa nueva condición corporal, lo enfrentó con limitaciones a las que no estaba acostumbrado, que lo llenaron de frustración. Esta fase se caracteriza por el impacto y la certeza de la pérdida,

“mi vida se partió. Se ha partido en dos, antes de esto y después, si, ni idea que va a pasar... claramente es punto de quiebre, o sea es mi vida antes y mi vida futura” (Mandela).

En relación con la **Corporalidad**, Mandela perdió su capacidad productiva, sin embargo, esto no perjudicó su estabilidad económica en razón al tipo de contrato laboral que le aseguraba sus ingresos en caso de incapacidad y garantizaba, además, la cobertura de los servicios de salud. No obstante, su mayor preocupación era recuperar sus roles en el trabajo y el estatus que este le representaba.

Se enfrentó a pérdidas de tipo cultural relacionadas con la limitación de oportunidades para seguir disfrutando de experiencias culturales, las cuales se vieron seriamente comprometidas por su decisión de mantenerse aislado, pues no quería que nadie lo viera en su nueva condición.

Su círculo laboral inicialmente se mostró solidario, sin embargo, estas manifestaciones disminuyeron progresivamente hasta cesar. Mandela interpretaba estos comportamientos como de conmiseración y lastima, lo cual violentaba su autoestima, en virtud de la relación de poder que tenía con ellos antes de este hito. La transformación de este capital lo ubicó en una posición de desventaja en la que se sentía observado y victimizado. La reacción de su círculo de familiar fue de acercamiento, apoyo y solidaridad, a pesar de la distancia que mantenían antes del evento, lo cual fue recibido por el cómo una reacción natural propia del vínculo familiar. Otro impacto inmediato, fue su decisión de cancelar la posibilidad de tener una relación de pareja.

Después del evento, se enfrentó con una desvalorización total de su cuerpo que representaba control, seguridad, belleza estética, galantería, capacidad intelectual,

dinamismo, liderazgo y éxito. La posición de poder de la que gozaba desapareció, y quedó vulnerable ante los demás al dejar de representar al hombre que admiraban y recibir miradas de lástima,

“para alguien tan narcisista, tan egocéntrico y todo, pues es una cachetada enorme, porque yo era antes una persona muy segura de mí en general, yo ahora digamos que intelectualmente me vivo sintiendo muy seguro [...] la peor mirada que puedes tener de los demás, es la de ay que lástima, sentir eso para alguien así, tan macabro y tan egocéntrico es una humillación, pero absoluta” (Mandela).

En cuanto a su **Corporeidad**, su autodeterminación de hombre invencible relacionada con la representación de su cuerpo, y los cambios físicos que enfrentaba, generaron en Mandela un repudio ante su nueva forma corporal, que condicionó su reconstrucción mental al hacer consciencia de su condición de enfermedad, fragilidad y limitación. Estos pensamientos eran reforzados por el contenido simbólico que se le otorgaba al uso de elementos de apoyo con la enfermedad y la discapacidad,

“estaba en muy buena condición física, entonces eso te da una seguridad enorme, entonces verse como tan vulnerable y tan frágil, le cambia todo el panorama, la visión que uno tiene de uno mismo” (Mandela).

Enfrentado a estas pérdidas, las emociones que enfrentó Mandela eran fatalistas y se asociaban con rabia, frustración, tristeza y luto. Perdió la esperanza, pues no vislumbraba ningún tipo de posibilidad de recuperarse, puesto que las consecuencias eran trágicas y alimentaban sus pensamientos negativos asociados con decisiones letales,

“estuve mucho tiempo en una cama, así, teniendo ideas muy negras, entonces diría que sí, un momento que claramente es un hito que me va a marcar de aquí para siempre, es haber tocado fondo, no poder estar peor, estar peor es haber estado muerto [...] parte de la alegría de estar vivos es estar bien físicamente. Estar mal físicamente es muy jodido, porque te limita, es como ser prisionero de ti mismo, es como si estuvieras encerrado” (Mandela).

Por la necesidad de apoyo permanente, su independencia se limitó casi por completo, lo cual comprometió su privacidad y restringió sus tan preciados espacios vitales, lo cual se tradujo en sentimientos de rabia hacia los demás y hacia sí mismo. Adicionalmente, la pérdida de sus roles laborales y sociales, marcaron un punto de quiebre que lo

desestabilizó y desmotivó, pues pese a ser un hombre dispuesto al cambio, este fue tan abrupto en relación con la velocidad en que vivía, que le resultó imposible responder.

Proceso de rehabilitación

En virtud de su nueva condición de salud, los neurólogos que le atendieron durante la hospitalización, determinaron la necesidad de dar inicio al proceso de rehabilitación con la intervención de fisioterapia y terapia ocupacional domiciliarias.

Así que Mandela inició su rehabilitación, con el objetivo primordial de retomar sus actividades laborales tan pronto como fuera posible, en razón a lo que el trabajo representaba para su vida. Esta necesidad vital, lo llevaba a exigir resultados inmediatos de las intervenciones, lo cual generaba un conflicto permanente con los profesionales. Esta etapa inicial del proceso, resultó frustrante y poco provechosa para Mandela, debido a las dificultades de comunicación y relación interpersonal con las profesionales que le atendían. Consideraba que el lenguaje empleado por su terapeuta durante el tratamiento era de subvaloración (uso permanente de diminutivos) y de infantilización de su persona, lo cual representaba una barrera que daba lugar a la animadversión y negatividad frente al proceso; no encontraba en los profesionales una contraparte que le genera confianza, credibilidad y que alimentara sus expectativas, por el contrario, se reforzaba la pérdida de interés por ser lento, dispendioso e incierto y lo enfrentaban a la incertidumbre de si sus cambios corporales eran definitivos o transitorios,

“pues la primera señora, eso sí me parecía una vieja chuzquisima, pero es que realmente le hablaba a uno como infantilizándolo, pero a mí esa vaina me parece realmente insoportable [...] que mueva el piecito, mueva la manito, mueva el dedito [...] tienen tendencia algunas terapeutas, a infantilizar al paciente y entonces lo tratan como un niño y pues es lo más humillante que hay...ella trató de generar algo de empatía, pero pues es que ahí si yo me enervaba demasiado, yo no veía la hora en que se fuera, que se acabara, la hora de terapia me parecía excesivamente larga” (Mandela).

Una vez finalizó la primera fase del proceso, Mandela continuó en un centro de rehabilitación especializado, sin embargo, allí también tuvo inconvenientes con las terapeutas debido a su actitud de negación ante el proceso, que se traducía en un trato desobligante y despectivo con las profesionales y de desafío permanente al personal, pues consideraba que no obtenía respuesta a sus necesidades, en particular con el propósito de recuperar su rol laboral. Al cabo de un par de meses, las profesionales conceptuaron una finalización del tratamiento a causa de la pésima actitud y comportamiento que presentaba. Con este concepto y como último recurso, Mandela fue

remitido a Oriana, coordinadora de fisioterapia de la IPS, para que evaluara la viabilidad de continuar con el tratamiento en la institución.

Oriana contaba con amplia experiencia en diversas áreas de su profesión y debido a su particular interés por el funcionamiento cerebral, se había dedicado principalmente a la neurorehabilitación, área en la que se desempeñaba desde hacía 21 años. Ella trabajaba en la IPS que es su empresa familiar, dedicada a la oferta de servicios de rehabilitación. Como terapeuta desarrolló capacidades para el manejo asertivo de pacientes neurológicos, que, por su condición, tenían comportamientos y actitudes de difícil manejo, por lo cual era reconocida en su espacio laboral.

Su formación profesional de base, se enmarcó en los parámetros del modelo biomédico, con un énfasis en rehabilitación funcional, sin embargo, complementó su formación, a través de otras aproximaciones terapéuticas, que le han permitido comprender e incorporar otras lógicas a sus tratamientos, más allá de los aspectos funcionales, en la búsqueda de la maximización de las capacidades propias de quienes atiende. Orienta sus acciones a favorecer en la persona la comprensión y aceptación de su condición corporal, que le permitan valorar sus logros y “resignificarse” en sus nuevas posibilidades. Considera que el desarrollo de este proceso tiene un alto componente emocional, en el cual, como terapeuta, cumple una función canalizadora, puesto que esa *resignificación* no solo abarca aspectos físicos, sino fundamentalmente, una nueva manera de concebir su cuerpo, sus posibilidades, sus metas, en fin, el reto de asumir una nueva forma de vida,

“un terapeuta es un educador 100% y darse el tiempo y explicarlo desde lo neurofisiológico, creo que los pacientes lo entienden primero por ahí y hablar de lo físico y lo neurofisiológico y lo biológico para luego empezar a pasar a otros campos, entonces empiezan a entender que hay una conexión que es interesante [...] con Mandela una persona tan pragmática, muy alfabetizada, un tipo muy culto, de alto status social, de verdad que a él nada de esa vainita que le salieran con el corazón, ni que la mente” (Oriana).

Para avanzar en este sentido, Oriana tiene claro que es indispensable incorporar al proceso terapéutico, las necesidades de la persona que atiende, pues se desarrolla en contextos dentro de los cuales tiene proyectos, sueños, expectativas y una historia que lo constituye como ser social y no simplemente, como el portador de una enfermedad o limitación.

Asumir esta perspectiva, le representa a Oriana un enorme reto como fisioterapeuta, pues debe realizar no sólo un análisis técnico-científico de la situación, sino ser crítica y reflexiva ante el proceso que vive su paciente y ser capaz de interpretar asertivamente, la historia y el contexto de la persona con quien interactúa, para comprender de mejor manera, las dificultades que enfrenta, y con base en ello, proponer, a su juicio, las mejores opciones terapéuticas,

“Mandela es uno de esos pacientes, talvez porque es uno de los más retadores, entró peleando, diciendo que eso no le servía para nada, que él había pensado en morirse [...] entonces le dije, -pues si usted quiere puede venir dos veces por semana conmigo, si quiere, si no quiere pues no hay problema- [...] entender que el sí tenía un problema, fue un reto con Mandela, porque en medio de toda esa pelea, parte de eso era no reconocer la falta de insight, creo que ese fue el reto mayor” (Oriana).

Consciente de la situación y con base en las características actitudinales referidas por sus colegas, Oriana citó a Mandela a valoración. El primer encuentro fue tenso, puesto que Mandela esperaba que fuera más de lo mismo y Oriana, por su parte, quería descifrar quién era esta persona y el porqué de su actitud. Oriana lo recibió en la primera cita con un saludo firme y por el tono y contenido de sus palabras, fue clara su disposición de trabajo, siempre y cuando él pusiera de su parte. Mandela rápidamente identificó que el lenguaje, y la forma de referirse a él eran diferentes y que tal vez había una esperanza de que esto funcionara,

“una actitud desafiante, creo que la pelea era con el mismo y no con los demás, pero bueno, los demás se sentían afectados [...] o sea peleaba con todo el mundo y de todo mundo se refería de manera despectiva” (Oriana).

Oriana estableció una interacción terapéutica que estuvo mediada por el reconocimiento de la persona de Mandela y de sus posibilidades, por lo que se orientó a favorecer en él, un análisis de su condición, de sus posibilidades reales en ese momento, de la coherencia de sus demandas al servicio recibido y de sus aspiraciones futuras, con el fin de adecuar los alcances del proceso de rehabilitación,

“indudablemente valorar a la gente en lo que es la persona, no la patología, ni la dificultad, ni la deficiencia, eso es un parte de esa historia [...] lo que es él y por supuesto que aquí hay una dosis de empatía, ser capaz de ponerse en los zapatos del otro y comprender que de verdad se desconfiguró, que en realidad necesita ayudar para armar el rompecabezas” (Oriana).

Es así que, desde el inicio, se establecieron canales de comunicación basados en el respeto mutuo, y centrados en las necesidades de Mandela, lo cual le permitió recuperar la motivación y el deseo de seguir adelante con su rehabilitación. A través de la interacción fisioterapéutica, se construyó un vínculo de confianza y empatía, caracterizado por sesiones divertidas y llenas de retos y exigencias que eran muy bienvenidos por Mandela, después de todo, esa era la mejor manera de enfrentar el mundo y la que a él, le había funcionado toda su vida,

“mi vida antes de empezar a trabajar con Oriana era una y después de Oriana es otra [...] Oriana que te digo, tiene, es algo que está en ella, es su personalidad, es muy buena gente, realmente, buena persona, tiene una buena calidad humana, es alguien [...] es más psicóloga, o sea si el paciente es tal persona o tal otra sabe, sabe que tal vez la personalidad de ese paciente no es para decirle que el piecito y el dedito y la manita, sino venga estamos entre adultos aquí para resolver un problema” (Mandela).

La relación de confianza entre fisioterapeuta y paciente, les permitió una conexión que favoreció los propósitos del tratamiento, puesto que en la medida en que se superaba un reto, se ganaba en seguridad y control para enfrentar el próximo y para afrontar situaciones desconocidas, mediante un proceso de retroalimentación de los logros y dificultades a través de los cuales se apropiaban grados crecientes de autonomía,

“el terapeuta solo es el medio, es el que a veces le da las herramientas, o sea la firmeza y la confianza de que con todo y eso a uno le toca seguir” (Oriana).

Es importante mencionar que, para Oriana cada proceso de rehabilitación deber ser individualizado y tener en cuenta las necesidades específicas de la persona, pues estas no se circunscriben a los requerimientos físicos enmarcados en las características de una patología, sino también a las condiciones emocionales, sociales, culturales, etc., determinadas por los contextos e historias de vida particulares. Así, la relación entre Oriana y Mandela permitió una conexión que permeaba y favorecía los propósitos del tratamiento y, en consecuencia, el escenario de la fisioterapia dejó de ser un lugar que él aborrecía, para convertirse en el espacio donde expresaba sus necesidades, que luego se convertían en retos físicos y emocionales, los cuales se acompañaron de anécdotas personales y risas,

“esa labor los fisioterapeutas es muy particular porque se necesita una mezcla del conocimiento técnico, pero se necesita también ser enormemente carismático y muy inteligente, porque es un trabajo difícil, porque generalmente tienen que

interactuar con gente que está muy mal físicamente y generalmente también intelectualmente” (Mandela).

Estos cambios llevaron a Mandela, a una nueva disposición y adherencia al proceso de rehabilitación, motivado por la asertividad en la comunicación, el trato personal con calidad humana, el respeto, la claridad, suficiencia y dominio de saberes que evidenciaba su terapeuta, la disciplina y exigencia en el proceso, la confianza en sus capacidades y habilidades, la orientación y educación en torno a la situación de salud y la retroalimentación permanente de la experiencia construida. Este ambiente produjo en Mandela la disciplina y compromiso necesarios con él mismo, para avanzar hacia sus metas,

“es más persona, entonces obviamente eso cambia todo porque te sientes ya frente a alguien que respetas, además sientes que hay no sólo una seguridad técnica sino una personalidad [...] con Oriana uno siente que hay una persona que, no sólo sabe lo que hace, sino que genera confianza porque uno sabe que lo está orientando hacia dónde es, entonces eso a mí me anima, yo prefiero hablar o tener una relación con alguien que sea una contraparte, no que sea una plastilina ahí derretida (Mandela).

Resignificación de la Corporalidad

En relación con su *capital económico*, Mandela perdió su rol laboral y sus ingresos habituales. Debido a la duración de su incapacidad tuvo que terminar la relación contractual con la empresa donde trabajaba y recibió una retribución económica por su condición de salud, la cual resultó simbólica pues no cumplió con sus expectativas ya que no representaba un mayor ingreso en comparación con la remuneración que recibía normalmente, a pesar de esto, su capital económico no se vio afectado. Adicionalmente, recibió una oferta laboral con una empresa extranjera que le ha permitido recuperar su rol laboral y resignificar la ocupación, por lo cual se desempeña laboralmente desde su home-office.

En lo referente a su *capital cultural*, la pérdida de oportunidades relacionadas con la limitación funcional ha disminuido significativamente, como consecuencia de la aceptación de su cambio corporal, lo cual le ha permitido retomar la exploración de los entornos sociales y culturales a los que concurría y considera seriamente retomar las actividades deportivas que realizaba.

En relación con el *capital social*, sus redes se resignificaron, las relaciones con sus antiguos compañeros de trabajo desaparecieron por completo, sus lazos familiares se

estrecharon y en especial con su hermana, con quien reconstruyo y mejoró significativamente su relación, su familia se unió en torno a él, con el propósito de ser su principal apoyo durante este proceso, lo cual resignificó la concepción de familia para Mandela,

“te das cuenta que la gente más incondicional, pues es la gente que hace parte de la tribu, porque pues eso es una familia, es un reflejo tribal, es un reflejo de protección” (Mandela).

Por otro lado, y pese a su desinterés en establecer cualquier tipo de relación sentimental en su nueva condición, conoció una persona con quien inició una relación de pareja, la cual ha significado apoyo permanente y afecto, sin embargo, no se siente del todo a gusto, pues la relación está marcada por representaciones de cuidado maternal que incomodan a su naturaleza independiente, sumado a la insatisfacción que le generan los vínculos basados en el compromiso o dependencia,

“ando con una persona, digamos que empezó con este episodio, la relación no existía antes ... yo la conocí a ella durante el problema, o sea ella me vio a mi peor, entonces digamos que en ese sentido si ha sido, pues solidaria [...] es una muy buena persona” (Mandela).

En el centro de rehabilitación al que acude, generó vínculos con otras personas en condiciones similares a la suya y ahora es reconocido por su personalidad jocosa y de líder entre ellos. Así mismo, su fisioterapeuta se convirtió en parte de su red social, gracias a la construcción de vínculos de confianza, amistad y afectividad recíproca, que incidieron en la resignificación de la imagen de sí mismo,

“es una persona que se vuelve vital en tu recuperación, porque es alguien en quien técnicamente sabe lo que está haciendo [...] además que ha tenido una paciencia, porque no es fácil lidiar con gente [...] que puede llegar a estar muy amargada en un momento dado, muy agría y muy cáustica” (Mandela).

Su enfermera también se convirtió en parte de la red social, al ser la persona con quien comparte la mayor parte del tiempo y que lo ha apoyado desde el momento de su completa dependencia, por lo que se convirtió en un apoyo imprescindible para avanzar en la ganancia de autonomía y suficiencia física.

En lo relacionado con el *capital simbólico*, Mandela logró resignificar sus capacidades y habilidades, que le permitieron recobrar seguridad sobre su cuerpo como resultado de logros físicos y habilidades intelectuales subvaloradas previo al evento, también recuperó la independencia y autonomía sobre sus entornos más inmediatos, así como el rol laboral que representa gran importancia para él,

“Decidí liberarme de cosas que sí, son horribles porque te ligan más a la enfermedad [...] de ciertas cosas que eran símbolo de incapacidad, al principio siempre andaba en la silla de ruedas que me empujaban y me parecía lo máximo, es como tener un chofer [...] pero es la humillación de andar en esa vaina” (Mandela).

Estos logros, no solo disiparon su posición de vulnerabilidad, sino que, además, le permitieron valorar de manera distinta a las personas significativas en su vida y replantearse sus habituales formas de relación, esto se tradujo en un Mandela solidario, humanizado y carismático,

“pasa que toca repensar la vida, toca repensar todo, casi todo...toca repensar el trabajo como función social obligatoria, toca repensar la vida sentimental o romántica” (Mandela).

Resignificación de la Corporeidad

En relación con su *imagen corporal*, durante el proceso de rehabilitación, Mandela hizo consciencia de la fragilidad, pero también de la potencialidad de su cuerpo. Reconoció otras formas de funcionamiento que transformaron su concepción de cuerpo del paradigma estético y normalizado, hacia la valoración de una funcionalidad diversa con desempeños que antes carecían de significado y que le posibilitaron cambios funcionales y actitudinales,

“lo que me ha permitido salir adelante ha sido racionalizar el problema, es decir, somos unas máquinas que en un momento dado pues podemos fallar como cualquier aparato [...] una máquina frágil y disfuncional y compleja” (Mandela).

“el problema no es solo del cuerpo, él ha modificado su pensamiento y eso ha hecho que el también cambie el cuerpo” (Oriana).

Los cambios actitudinales se relacionan con sentimientos, emociones y pensamientos asertivos frente a la rehabilitación, a su proceso de cambio corporal y a su vida misma,

los cuales le permitieron identificar y comprender que situaciones como la suya, implican retos permanentes para quienes las enfrentan, uno de estos, la aceptación de una funcionalidad diversa que requiere de apoyo para algunas actividades,

“me he vuelto muy sensible a la cosa, entonces eso digamos puede ser algo positivo, digamos en el sentido que uno siente más una cosa que es muy humana, que es la compasión, que es entender el dolor de los demás [...] a raíz de lo que pasó pues yo me he vuelto más empático y más compasivo que antes, sin duda; compasivo no en el sentido religioso, sino en el sentido de ponerse en los zapatos del otro o sea que digamos me ha permitido volverme más sensible a todo esto, al dolor ajeno, es decir, como más buena gente” (Mandela).

En relación con su *autonomía* e independencia funcional, el proceso de rehabilitación le permitió a Mandela recuperarlas casi por completo. Potenció sus capacidades y desarrolló técnicas propias para optimizar su funcionamiento en la realización de actividades cotidianas, lo cual ha sido de vital importancia y principal fuente de motivación, puesto que el requerimiento de apoyo para realizar tareas complejas le genera des-comfort, ya que amenaza su dependencia, a pesar de ello, reconoce que ese apoyo ha sido fundamental durante su proceso. En consecuencia, con las ganancias físicas y emocionales, ha logrado aceptar su nueva forma corporal y de funcionamiento y con esto, considera retomar actividades en las que se ha limitado, por lo cual, considera que todos los avances están directamente relacionados con su proceso de rehabilitación y reconoce la importancia de haber continuado y logrado resignificar la idea de sí mismo.

La independencia y autonomía, le permitieron a Mandela, recuperar sus espacios de privacidad vitales. También, se permitió resignificar el papel de la ocupación y el trabajo en su vida, y lo más importante, transformó actitudes y comportamientos propios de su personalidad, en coherencia con su diversidad funcional.

El cuerpo de Mandela se resignificó en diferentes aspectos, inicialmente reconoció la fragilidad de su cuerpo y su vulnerabilidad, lo que le permitió la posibilidad de repensarse y redefinirse. Aprendió a re-explorar las experiencias culturales y deportivas que le generaban gran excitación; cambió sus relaciones sociales entorno a vínculos más cercanos, particularmente con su núcleo familiar, también se permitió generar vínculos cercanos con personas que conoció durante el proceso, entre ellos su fisioterapeuta y su pareja actual. Resignificó su percepción de funcionalidad al validar el dinamismo de las capacidades de su cuerpo, lo cual le ha permitido recuperar su seguridad a través del reconocimiento de los logros en las metas que se impone, esto a su vez le ha favorecido la recuperación de su autonomía e independencia. También han surgido cualidades más carismáticas y humanas en su personalidad que favorecen su relación consigo mismo y

con los demás. Finalmente, recuperó sus roles labores debido a nuevas oportunidades en su campo profesional, lo cual incidió en otorgarle un significado diferente al rol del trabajo, para comprenderlo como una *“función social obligatoria”* (Mandela).

6.2 La pelirroja

La Pelirroja, es una mujer de 37 años que nació en Bogotá en una familia conformada por el padre dedicado al comercio, la madre empleada del gobierno y tres hijos, dos mujeres y un hombre. El mayor, médico pediatra con sub-especialidad en cardiología, la segunda, odontóloga con una especialidad en administración hospitalaria y la menor, la Pelirroja, fisioterapeuta especialista en salud ocupacional. Una familia amorosa, unida y trabajadora; con ingresos económicos que permitieron la formación profesional de los tres hijos y tener un estilo de vida cómodo y sin dificultades, con acceso a diferentes oportunidades de entretenimiento. La Pelirroja estaba casada y construía un proyecto de vida con su pareja.

La Pelirroja se formó como fisioterapeuta y su experiencia profesional fue principalmente en el campo clínico con atención a pacientes adultos y pediátricos. Durante sus años de ejercicio profesional gozó del reconocimiento por parte de sus pacientes, quienes la estimaban por su calidez, dedicación y la calidad de su trabajo.

Luego de especializarse en salud ocupacional, desempeñó labores administrativas en empresas del sector salud, que finalmente la condujeron a ocupar un cargo directivo en la empresa familiar. Se destacó como una mujer emprendedora y trabajadora con independencia y estabilidad financiera que le generaba su cargo en la empresa y con una relación sentimental y familiar que le proporcionaba mucha estabilidad, motivos por los cuales se proyectaba como una mujer exitosa.

Corporalidad

En relación con el *capital económico*, era una mujer productiva, recibía muy buenos ingresos por la actividad laboral que desarrollaba dentro de la empresa familiar y su estilo de vida era consecuente con las posibilidades económicas de un estrato socioeconómico medio-alto.

En lo referente a su *capital cultural*, se educó en los valores propios de una familia tradicional colombiana, de padres trabajadores, que apostaban por una educación de calidad para sus hijos. La unión familiar era uno de sus baluartes, que respondía a los principios de su fe católica. La pelirroja recibió formación profesional en una reconocida universidad del país y las redes sociales de su familia, le brindaron oportunidades laborales en importantes clínicas de la ciudad. Adicionalmente, su formación posgradual le brindó herramientas para desarrollarse en otros campos de acción de su profesión. El estatus socioeconómico de su familia le permitió el acceso a bienes culturales

relacionados con el disfrute del arte, el cine, el teatro y los viajes para lo cual también contaban con una casa de recreo familiar fuera de la ciudad.

En relación con su *capital social*, se había casado en el 2010 y tenía una muy buena relación, tanto con su esposo, como con toda su familia (sus padres, su hermano, cuñada y sobrina y el hogar de su hermana), así mismo, frecuentaba amistades cultivadas durante el ejercicio de su profesión.

En relación con su *capital simbólico*, se puede inferir que era reconocida como una persona exitosa en todos los aspectos de su vida. Una mujer joven, culta, inteligente y emprendedora, que destacaba en su profesión y en su rol de empresaria. Tenía solvencia económica y gozaba de una vida emocional y familiar armoniosa. Su única preocupación era el dolor de cabeza recurrente que estaba asociado a un diagnóstico de migraña, para la que no le ofrecían ninguna solución.

Corporeidad

En relación con su *imagen corporal*, la Pelirroja se consideraba una mujer fuerte, sana, bella y vanidosa, cuidaba de su cuerpo y de su presentación, lo cual era fuente de satisfacción y gusto, era atractiva, productiva e irradiaba dinamismo y éxito.

En cuanto a su *autonomía*, la Pelirroja era una mujer completamente independiente, no requería de ningún tipo de apoyo, tenía decisión y poder en su empresa, sus planes de vida se construían armónicamente y su éxito denotaba en todos los campos de su vida.

La Pelirroja tenía la percepción de su cuerpo como un organismo funcional (concepción ligada a su profesión), por lo cual, decidió afiliarse a un plan de salud prepagado que le permitiera acceder a los mejores especialistas, con el fin de buscar alguna solución para su dolor de cabeza. Con esto, buscó el mejor neurólogo de la ciudad, que, tras realizarle exámenes, determinó que el motivo de los síntomas eran consecuencia de una malformación arteriovenosa cerebral de tipo congénito (aneurisma), que podía ser tratada mediante una embolización cerebral.

El cuerpo de la Pelirroja representaba una mujer con altos ingresos económicos, con decisión y poder debido a su cargo en la empresa familiar; representaba una mujer exitosa profesionalmente, económicamente y en el ámbito familiar y emocional. Encarnaba una mujer atractiva, con un estilo de vida saludable y con un buen estado de salud en general, cualidades que le sumaban a su personalidad autónoma e independiente.

Hito de la discapacidad

En diciembre de 2011, la Pelirroja decidió realizarse el tratamiento para corregir la malformación de su arteria cerebral posterior derecha, por medio de una embolización. Al ser un tratamiento mínimamente invasivo por el tamaño y localización de la malformación, suponía un menor riesgo, sin embargo, sus conocimientos en salud sobre las posibles complicaciones que se podían presentar, hizo que le solicitara tanto a su mejor amiga (colega) como a su hermano (médico), que en caso de presentarse cualquier consecuencia fatal que condicionará su vida a la dependencia de una máquina, autorizaran su desconexión.

Durante el procedimiento de embolización, se presentó una hemorragia cerebral severa, motivo por el cual sus familiares tuvieron que autorizar una intervención quirúrgica inmediata. La Pelirroja salió del quirófano en coma y con la sospecha de muerte cerebral, por lo cual fue internada en la unidad de cuidados intensivos en espera de su evolución.

Al cabo de tres meses de coma, la Pelirroja despertó y al poco tiempo empezó a mostrar síntomas de recuperación, evidentes en la mejoría su deglución, lo cual llevó a los médicos a darle de alta de la clínica con el propósito de iniciar un proceso de rehabilitación en casa. La hemorragia cerebral, le dejó como secuelas una hemiplejía izquierda que anuló por completo la movilidad de ese hemicuerpo, alteraciones en la deglución y el compromiso de algunas capacidades cognitivas producto del coma prolongado. En estas circunstancias, La pelirroja quedó con limitación para realizar cualquier actividad, incluso las básicas de autocuidado, lo cual restringió por completo su participación en todos los ámbitos de la vida.

Tras la salida de la clínica estaba en un estado de somnolencia permanente y algunos síntomas alertaron que algo no andaba bien, motivo por el cual fue nuevamente hospitalizada y los estudios revelaron la presencia de una hidrocefalia que la llevó de nuevo al quirófano para ponerle una válvula de Hakim que permitiera el drenaje de líquido del cerebro. La hidrocefalia la había mantenido con alteración en su estado de conciencia además de generarle una laguna mental desde que había despertado del coma.

Transformación de la Corporalidad y la Corporeidad

En relación con la **Corporalidad**, la Pelirroja perdió por completo su capacidad productiva y su padre tuvo que hacerse cargo de las obligaciones financieras que demandaba su estado de salud, gastos de enfermería nocturna durante la hospitalización

y de 24 horas tras su egreso y demás gastos derivados de la condición clínica en la que estuvo por más de tres meses,

“mi papá, pues afortunadamente para esa época teníamos un muy buen trabajo y tenía el dinero para sustentarme económicamente todas las terapias que hacía particulares” (La Pelirroja).

Como consecuencia de su condición de salud, La pelirroja tuvo un compromiso cognitivo que limitó su memoria reciente, pero no afectó su recordación de todo lo vivido (experiencia, aprendizajes, conocimientos). Por su desconexión temporal con el mundo exterior y su limitación de movimiento, sus posibilidades de mantener su actividad social y cultural se vieron completamente comprometidas.

Ante el evento que comprometió la salud de La pelirroja, se desplegó una enorme red de apoyo y solidaridad, que se mantuvo a lo largo del tiempo de su hospitalización y posterior proceso de recuperación. Su familia estuvo al frente de todo, sus padres y esposo estaban atentos a su cuidado, sus hermanos, cuñada y sobrina representaron una fuente de ánimo y motivación constante (incluso frente a la laguna mental de la Pelirroja). Adicionalmente, sus amigos y colegas estuvieron también presentes para brindarle apoyo emocional y terapéutico, en la medida de sus posibilidades.

La valoración del cuerpo de la Pelirroja cambió por completo. Pasó de ser reconocida como una mujer de éxito a una superviviente, pues se enfrentó a un pronóstico de recuperación incierto, pero que no le auguraba las mejores posibilidades. Perdió todos sus roles, se desconfiguró su proyecto de vida en pareja y su familia sentía frustración al notar con el paso de los días, el gran deterioro funcional, que no se acompañaba de una visible recuperación,

“el proyecto de vida como fisioterapeuta se vio totalmente alterado después de la lesión, pues para mí era más la fisioterapia asistencial lo que yo ejecutaba. Y con una lesión medio cuerpo afectado pues ya no es posible” (La Pelirroja).

En cuanto a su **Corporeidad**, La pelirroja notó al despertar algún tipo de alteración en su cuerpo y se lo manifestó a sus familiares durante la época de su laguna mental, pero no era consciente de las alteraciones mayores (permanecía somnolienta). Después de la segunda intervención, empezó a reaccionar progresivamente ante la imposibilidad de mover su hemicuerpo izquierdo, puesto que su compromiso no era solo motor, si no también sensitivo; adicionalmente, percibió la pérdida parcial de visión e identificó una significativa pérdida de peso asociada con su dificultad para deglutir. Con estos

elementos reconstruyó mentalmente algo de su imagen corporal, puesto que le impedían mirarse a un espejo. También notó que tenía dificultad para hablar, concentrarse y experimentaba estados de miedo, confusión y ansiedad recurrentes,

“era monstruoso verse uno el cuerpo, yo decía, pero, y ahora ¿qué voy a hacer? Además, yo me bajé 11 kilos de peso, entonces era un esqueleto y todo el tiempo que tenía que comer” (La Pelirroja).

Con una percepción negativa de su apariencia física y la reacción ante la pérdida de autonomía, funcionalidad, sensación permanente de enfermedad y total dependencia, la autoestima de la Pelirroja sufrió un gran deterioro que afectó su estado emocional y generó estados de negación, frustración, tristeza y rabia,

“la cuestión más importante es el tema de la frustración, porque no solo es una frustración mía sino la frustración de toda una familia que ve que no puedo más y que todo el tiempo pues todo el mundo quiere más, pero no se puede porque pues una lesión neurológica no deja avanzar más” (La Pelirroja).

Su autonomía se afectó por completo puesto que requería de apoyo para todas las actividades (su familia contrató una enfermera para que les apoyara con su cuidado). Por otro lado, tuvo que acceder a mudarse a la casa de sus padres puesto que eran quienes estaban más pendientes de su cuidado. Esto representó para la Pelirroja una gran pérdida, pues ya no tenía injerencia en sobre los asuntos familiares y muchas de las decisiones eran tomadas por la familia sin tener en cuenta su opinión, pues consideraban que por su condición era incapaz para ello.

Proceso de rehabilitación

La rehabilitación inició con una fase de atención domiciliaria. Enviaron una fisioterapeuta que no colmó las expectativas de La pelirroja y su familia. Su tratamiento era mecánico, carente de opciones y orientado básicamente al cumplimiento de la labor asignada.

Por su formación como fisioterapeuta, la Pelirroja identificaba claramente que los procedimientos que le eran realizados no eran de calidad y esto generó desconfianza en el proceso terapéutico, además la comunicación no era asertiva, que entorpecía y hacía lentas las intervenciones. Ante esta situación, la familia solicitó que le autorizaran la prestación del servicio en un centro especializado de rehabilitación, pero le fue negada, motivo por el cual interpusieron una acción legal que finalmente permitió el acceso a

dicho centro. Allí la Pelirroja inició un protocolo de rehabilitación integral intensivo, en el cual tenía largas jornadas de terapia ocupacional, fisioterapia, hidroterapia, psicoterapia, psiquiatría, psicología y psicopedagogía,

“pues en casa no me tocaron terapeutas muy buenas entonces estuvo muy limitado el proceso ahí, pero pues ya en la clínica especializada, la necesidad fue grande y ahí fue donde logre yo después de 11 meses incorporarme, pararme en la silla de ruedas” (La Pelirroja).

Con los objetivos establecidos, la Pelirroja inició su tratamiento y se encontró con profesionales de diferentes características personales, entre ellos, colegas con quienes había compartido durante su formación profesional y a quienes les impactaba verla en ese contexto clínico,

“ella si había sido compañera de otras fisioterapeutas que estaban allí...la conocieron pues obviamente, fue su compañera de estudio, porque La Pelirroja es fisioterapeuta también...era una paciente particular, porque era una mujer muy joven, recién ella se había casado y entonces su matrimonio y entonces era la conmoción...era particular porque había sido compañera de muchas terapeutas” (Mary McMillan).

En esta institución la Pelirroja tuvo la posibilidad de interactuar con multiplicidad de profesionales, lo cual le permitió valorar de diferente forma el servicio recibido, desde las sesiones en que se sentía a gusto y bien atendida hasta en las que se sentía violentada. En ese proceso destacó tres profesionales que hicieron su tránsito más agradable en dicha institución, dos fonoaudiólogas con las que se ocupaba de su deglución y lenguaje y una fisioterapeuta que se solidarizó con ella por ser colega, e hizo lo posible por comprender su proceso y hacer de la terapia una experiencia más amable,

“Mary McMillan, es una persona que se puede llamar compasiva, ella se identificó mucho con el hecho de que yo fuera fisioterapeuta, entonces yo molestaba mucho porque tenía hipersensibilidad en medio cuerpo, y ponerme los electrodos con esos paños mojados pues me dolía. Y ella me los calentaba en el hidroclector y me los ponía. Entonces siempre fue como una relación como de compasión, pero de exigencia” (La Pelirroja).

Mary McMillan contaba con experiencia en el área clínica en el campo de la neurorehabilitación, comprendía que la discapacidad era un hito que cambiaba por completo la vida de sus pacientes y por lo tanto se enfocaba en brindarles herramientas

que les permitieran resignificar su vida en pro de la reconstrucción de sus proyectos de vida. Principalmente se enfocaba en optimizar sus capacidades y fomentarles su independencia, estas herramientas eran establecidas a la luz de objetivos funcionales que debían ser evaluados con base en las necesidades de los pacientes y en las metas planteadas por el equipo interdisciplinar, puesto que el equipo determinaba los protocolos o guías de práctica clínica a seguir para cada paciente,

“mi propósito siempre es buscar pues que esa persona pueda volver a hacer parte de su vida, o volver a rehacer su vida, nunca va a ser igual... diferente, pero rehacer su vida, creo que para cualquier ser humano el hecho de que a ti te suceda algo en tu vida, pues eso parte tu camino en dos, inicias un camino diferente, tu vida si continua, pero es diferente. Un episodio como el que tuvo La Pelirroja no quiere decir que no va a seguir viviendo, va a seguir viviendo, pero de una manera diferente” (Mary McMillan).

La experiencia profesional de Mary McMillan y su visión del papel de la terapéutica, le permitían acercarse a sus pacientes a partir de análisis contextuales que la ubicaban en la historia de sus pacientes, lo cual facilitaba orientar los objetivos conforme a las necesidades y expectativas de recuperación de los mismos y en pro de la resignificación de la funcionalidad y los roles sociales. De esta forma, la Pelirroja y Mary McMillan construyeron una relación cercana y de confianza, con canales comunicativos claros y respetuosos que expresaban las expectativas, necesidades e incomodidades frente al tratamiento, esto, permitió a la terapeuta realizar los ajustes necesarios ante procedimientos que desencadenaban dolor o incomodidad y podían ser prevenidos, lo cual generó mayor empatía que impactó positivamente el tratamiento y no afectó la exigencia del mismo,

“pues era ya más una relación muy cercana, entonces yo le decía que quería caminar, ella me decía que me sacaba al puente peatonal y me hacía subir el puente peatonal y eso para mí era como subir Monserrate” (La Pelirroja).

Luego de transcurrir alrededor de dos años de atención, se consideró que el protocolo de rehabilitación había llegado a su fin y que los objetivos funcionales establecidos por el equipo interdisciplinar se habían cumplido, motivo por el cual, a la Pelirroja no le fueron autorizados más servicios. Ante esta circunstancia, ella decide continuar su proceso de rehabilitación, mediante la contratación de servicios particulares, para lo cual, solicitó a Mary McMillan, su terapeuta del Centro en que fue atendida, que continuara apoyándola, pero en la modalidad domiciliaria,

“con La Pelirroja y cualquier paciente es que el paciente tenga la voluntad de rehabilitarse, de salir adelante y de creer en lo que de manera conjunta estamos haciendo, porque la rehabilitación es algo conjunto, es algo que yo creo que el paciente pone el 70% y tú el 30%” (Mary McMillan).

Con un nuevo rumbo en el tratamiento y sin las limitaciones de los protocolos institucionales, se re-estructuraron los objetivos y estrategias de tratamiento orientado a su independencia y autonomía. La relación con Mary McMillan se tornó más cercana, pues estar en el territorio de la Pelirroja, le confirió mayor poder, confianza, comodidad y libertad de elección, lo que reconfiguró su toma de decisiones en torno a su proceso y permitió una negociación conjunta de estrategias,

“la casa de los pacientes se convierte en una herramienta y es una estrategia fundamental para el cumplimiento de tus objetivos, porque estas en un área conocida, porque si no te desenvuelves allí donde es tu entorno, donde todos los días estas y logras una independencia allí pues, ehh...claramente la relación paciente terapeuta entra en un mayor grado de confianza porque estás en tú casa, porque estás en tú comodidad, adicional a eso pues está tu familia, sin embargo confluyen una cantidad de cosas, que tú no puedes perder tu horizonte en los objetivos, en lo que quieres para tu paciente, pero tampoco puedes dejar de tener una relación cálida, cordial, de confianza [...] entonces esa línea es muy delgada y hay que saberla pues manejar, porque en algún momento se te puede salir de las manos” (Mary McMillan).

El fortalecimiento del vínculo de confianza, propició espacios de complicidad, en los cuales la Pelirroja ponía a prueba su capacidad de independencia en un ambiente flexible en el que había espacio para risas y retos que satisfacían sus necesidades. La familia no aprobaba estos retos, pues les daba temor que ocurriera un accidente que pudiera poner en peligro su salud.

La búsqueda constante de alternativas que aportaran en su recuperación, llevó a la pelirroja a un acercamiento con profesionales y tratamientos no convencionales, referidos por compañeros de rehabilitación y colegas. Si bien, no todos los acercamientos que tuvo con medicinas y terapias alternativas aportaron a su proceso, algunos le aportaron herramientas específicas que la han acompañado desde entonces y constituyen un apoyo permanente.

Resignificación de la Corporalidad

En relación con su *capital económico*, la Pelirroja recuperó su rol laboral y hace aproximadamente 4 años retomó un trabajo en la empresa familiar. Allí recibe un sueldo “simbólico” que le permite cubrir los gastos de la terapia de mantenimiento, adicionalmente recibe una pensión por invalidez y genera ingresos por la venta de un libro que escribió sobre la experiencia vivida. Sin embargo, sus padres aún se encargan de los gastos de alimentación, vivienda, etc.

En relación con su *capital cultural*, la formación profesional jugó un papel importante durante el proceso terapéutico, pues le sirvió de modulador de las intervenciones recibidas, ya que podía evaluar y saber la calidad de los tratamientos; esta situación le valió conflictos y dificultades con algunos profesionales que le atendían, pero al ser justificados, terminaban por ser reconocidos. Así mismo, dicho conocimiento le permitió discernir y elegir, con criterio, los tratamientos a los cuales se sometía,

“hay muchos fisioterapeutas que están bien aterrizados, pero, por ejemplo, tuve la oportunidad de estar en una institución privada especializada, y me acuerdo de que una de las terapeutas me dijo: -es que me da miedo atenderla a usted porque usted es fisioterapeuta y usted está muy consciente y pues le da a uno miedo atenderla porque no sabe uno que hacerle-” (La Pelirroja).

Progresivamente se ha reintegrado a las actividades lúdico-recreativas de su interés y de las cuales disfrutaba. En este empeño, cuenta con el apoyo de su familia y amigos, volvió a viajar tanto en compañía de su familia como sola y se ha permitido espacios de interacción social de los que se privó inicialmente.

En relación con el *capital social*, pese al interés y cuidado de su esposo al inicio del proceso, su relación entró en conflicto conforme avanzaba la recuperación, pues los ataques de ansiedad de la Pelirroja disgustaban a su esposo, que se tornó intolerante, irritable y agresivo. Esto deterioró la relación por completo y dio lugar a problemas insalvables de pareja, motivo por el cual la familia de la Pelirroja tuvo que intervenir y al cabo de un tiempo se separaron,

“ejercer cualquier actividad era muy difícil, porque estaba totalmente desconectada. Mi vida sentimental se arruinó totalmente, yo me separe, a raíz de eso” (La Pelirroja).

Sus padres han sido su principal fuente de apoyo, la han acompañado durante el proceso, han facilitado los medios económicos para acceder a los mejores tratamientos y

cuidados de salud en pro de su recuperación, al inicio, le contrataron dos enfermeras con las que construyó un vínculo especial y cercano al ser su principal apoyo en las actividades básicas de la vida diaria.

Su sobrina mayor fue una gran fuente de motivación, al igual que su cuñada con quien tiene una relación muy estrecha, sus hermanos también han estado apoyándola durante su proceso de recuperación. Adicionalmente, un primo hermano, con quien mantenía una relación muy estrecha, se convirtió en su cuidador por casi dos años, en los que estuvo acompañándola y motivándola durante la asistencia al centro de rehabilitación (León, 2016).

En general la familia, pese a la negación inicial ante la nueva situación de la Pelirroja, fortaleció sus lazos, mantuvo su unión y se solidarizó con toda la situación, así como con la pérdida de su matrimonio. Este proceso generó miedo, frustración y negación ante la condición de funcionalidad de la Pelirroja y las múltiples complicaciones de salud por las que atravesó. Afrontar lo acontecido, alimentó en esta familia la tendencia a la sobreprotección, y como consecuencia a invalidarla en la toma de decisiones y a limitar su independencia, a pesar de lo cual, la Pelirroja ha resistido y enfrentado a su familia en la búsqueda de oportunidades de independencia, que le han valido la ganancia de autonomía. Este proceso ha sido de confrontación, debido a que muchas de sus actuaciones no cuentan con la aprobación del grupo familiar, con quienes mantiene diferencias (en especial con sus hermanos) frente a situaciones que la comprometen y no es tenida en cuenta su opinión.

En cuanto a su vida afectiva, después de la separación, la Pelirroja perdió su interés en establecer cualquier tipo de relación, sin embargo, conoció una persona en una situación similar a la suya en el centro de rehabilitación, con quien mantuvo una relación de apoyo mutuo y motivación durante un año, hasta el momento en que él cambió de ciudad y se terminó la relación. Actualmente tiene una relación de pareja con el hermano de una amiga, quien la pretendía desde hace más de una década y a pesar de los temores de su familia sobre una nueva decepción, ella sigue adelante con esa decisión,

“se les ponen los pelos de punta saber que salgo con un muchacho, ahorita que lleguen ya les tengo noticia de que les tengo novio, yerno nuevo” (La Pelirroja)

En cuanto a sus amistades, su mejor amiga ha sido una fiel compañía y se ha involucrado en toda su rehabilitación, otros de sus colegas que la apoyaron durante la etapa crítica de su proceso, se alejaron debido a las múltiples ocupaciones y a la actitud inicial de la Pelirroja de tomar distancia. A raíz del evento ha conocido personas y

encontrado apoyo en algunos de sus profesores de pregrado, quienes también la han tratado.

Los terapeutas de diferentes especialidades constituyen una red importante de su capital social, pues su tránsito por múltiples alternativas terapéuticas le ha permitido relacionarse con profesionales amorosos, motivadores, apasionados, exigentes que han impactado positivamente su resignificación,

“he tenido terapeutas particulares...Y pues uno siempre está buscando por fuera otro tipo de actividades para hacer. Mis compañeros de la universidad todos, la una me hace Pilates, otro me hace entrenamiento físico funcional personalizado, yoga” (La Pelirroja).

Otro soporte, lo constituyó su fe católica, como una herramienta para fortalecer su espíritu. La búsqueda de esta fortaleza la llevó a relacionarse con coach espirituales, que considera, la han guiado y orientado durante su recuperación.

Para hablar del *capital simbólico*, resulta fundamental la recuperación de su autoestima. Si bien la Pelirroja no aspira a recuperar su imagen de mujer exitosa, logró resignificar su posibilidad de ocupación y se ganó un espacio para asumir algunos roles laborales, que le permiten superar el estigma social de la discapacidad; estos estigmas limitan sus posibilidades de ejercer nuevamente en su campo profesional.

La pelirroja considera que socialmente los entornos no favorecen a las personas con diversidad funcional, pues los constructos de salud-enfermedad, capacidad-discapacidad, son limitantes al igual que los entornos que imponen barreras y limitaciones, que estigmatizan la diferencia. Además de permearse por el contexto cultural donde predomina el machismo y la sobreprotección hacia la mujer.

“yo incluso traté de buscar trabajo en fisioterapia, encontré una empresa que hacía espirometría, me entrevistó la gerente y me dijo - ¿pero y tú si puedes trabajar así? - y yo no quise volver a hacer entrevistas porque me pareció tenaz ese tema de la inclusión en Colombia, es difícil” (La Pelirroja)

Resignificación de la Corporeidad

En cuanto a la *imagen corporal*, su formación personal y profesional la condicionaron a ciertos juicios sobre el cuerpo, por lo cual se considera “psicocorrigida” en los temas

relacionados con la higiene y limpieza, así que sufrió mucho cuando no tenía suficiente independencia y las actividades de aseo personal eran apoyadas por su enfermera. Ahora que sus habilidades de cuidado e higiene se han reconstruido, recobró su identidad femenina, al igual que su vanidad y el agrado de verse bien al espejo, lo cual impacta positivamente su autoestima,

“no pues ya al espejo ya me agrado, tuve una época que era terrible, porque yo tuve un problema de autoestima tenaz, porque estuve crespa, calva, no me soportaba verme así, pero ya ahorita ya con mi pelo largo, ya por ejemplo ayer, mira, me hice keratina, entonces me da felicidad poderme arreglar el pelo y hacerme cosas diferentes y sentirme [...] no sé cómo decirlo, como más mujer”
(La Pelirroja).

Adicionalmente y contra todo pronóstico, su recuperación funcional ha sido significativa, pese a que aún permanecen limitaciones para movilizarse en espacios concurridos debido a la alteración de su percepción y a la sobrestimación de su condición corporal; el impacto en su área cognitiva le generó dificultades iniciales para las relaciones sociales y para reincorporarse a las actividades laborales, no obstante, fueron superadas. La pelirroja considera que su cuerpo funciona con torpeza, por lo cual ha mantenido su interés en la ejecución actividades de mantenimiento y entrenamiento físico con el objetivo de potenciar capacidades que le benefician su cuerpo. Es importante mencionar que el progreso funcional está directamente relacionado con el estado anímico, pues existe evidencia que las emociones positivas también impactan favorablemente al cuerpo al reducir sus estados de ansiedad (menos recurrentes).

El desempeño funcional de La Pelirroja le ha permitido reincorporarse a la mayoría de las actividades y roles que realizaba previamente, no obstante, le generan frustración aquellas actividades para las que aún requiere de apoyo.

Algunos sentimientos por los que atravesó La Pelirroja durante su proceso, se relacionaron con la confusión, frustración, rabia e incluso agresividad hacia su familia. Estos, han sido superados casi por completo, no obstante, en situaciones en las que el entorno resulta discapacitante, se siente frustrada de no haber recuperado por completo su funcionalidad. También, se siente violentada cuando es considerada débil, frágil y vulnerable y suponen que requiere ayuda sin preguntarle; estos hechos la incomodan puesto que no reconocen sus capacidades.

Por último, la Pelirroja recuperó su *autonomía* e independencia casi por completo, puesto que funcionalmente solo requiere apoyo para aquellas actividades en las que debe utilizar ambos brazos. Por otro lado, aún continúa viviendo con sus padres, pero su

libertad ha sido conquistada progresivamente, recuperó su autonomía para salir sola, viajar y establecer relaciones sentimentales,

“la seguridad te da ser autónomo e independiente y eso se refleja a través del cuerpo, lo que tú eres y lo que estas sintiendo lo reflejas con el cuerpo, entonces empieza a cambiar, quizá uno no se fija tanto en eso, pero efectivamente el cuerpo cambia y el cuerpo de ella cambio significativamente” (Mary McMillan).

La sobreprotección ha disminuido significativamente, conforme ha avanzado su independencia. El proceso de independencia se vio favorecido por el nacimiento de su sobrina menor, puesto que se convirtió en el centro de atención para la familia y les dio nuevas ocupaciones, que oxigenaron sus libertades,

“pues al principio no querían, pero igual yo les decía que ya soy una mujer de 37 años, pues tienen que dejarme. Igual yo ya tomo mis decisiones y las hago [...] tienden a sobreprotegerme, pero ya en la casa me dejan más sola, por ejemplo, ahorita están en China y es un mes sola en la casa; entonces ya el tiempo ha pasado y también yo he podido demostrarles que puedo defenderme sola, aunque todavía tengo mi limitación, pero pues es demostrarles” (La Pelirroja).

En cuanto a su rol ocupacional, este se reconfiguró con base en sus capacidades, así que las actividades asignadas incrementan progresivamente su grado de dificultad. Este aspecto fue de gran importancia en el fortalecimiento de capacidades y la ganancia de seguridad y autonomía, no obstante, ella señala que en algunas oportunidades se sigue limitando su participación en la toma de decisiones. Su proyección profesional actual, se orienta a la implementación de proyectos de salud ocupacional, área que domina.

Se debe destacar que uno de los recursos claves en la resignificación de la Pelirroja, fue la creación de su libro “Lo que esconde la sonrisa de la pelirroja: en los zapatos del paciente”, en el que narra la historia de su vida antes y después del evento cerebrovascular y recrea las situaciones por las que atravesó en su proceso, aprovechando que tuvo la oportunidad de vivir la rehabilitación, primero como terapeuta y después como paciente, lo cual le permitió comprender, en su complejidad, los retos que impone en la vida el pasar por un evento crítico, que amenaza tu supervivencia y todo lo que se pone en juego para salir adelante.

Finalmente se debe reconocer que, para la Pelirroja, este proceso aún no ha terminado, puesto que sigue en la búsqueda de superar al máximo sus limitaciones. Una de sus

metas es volver a vivir sola, para lo cual trabaja, pues es consciente de las implicaciones de dicha decisión en lo económico y en lo emocional, pues debe asegurarse de tener la estabilidad financiera necesaria para realizarlo y el equilibrio emocional para afrontarlo.

El cuerpo de La Pelirroja se resignificó en todos los aspectos de su corporalidad y corporeidad, por un lado, ha recuperado la ocupación laboral y pese al cambio de rol dentro de la empresa, aprovecha su quehacer profesional para generar diferentes campos de acción en su empresa y beneficiar el crecimiento de la misma. Su profesión también ha sido clave en su proceso terapéutico, pues no solo le ha dado la experticia como paciente, sino que le ha permitido discernir entre sus opciones terapéuticas y ha ampliado su red social debido a su constante vínculo con colegas. También resignificó la vida de pareja para permitirse tener experiencias amorosas con personas nuevas, adicionalmente su red familiar fortaleció y estrecho sus vínculos. Por otro lado, recuperó su vanidad y fortaleció su feminidad, lo cual contribuye positivamente con su autoestima y estados de ánimo, a su vez estos elementos han sido claves para la recuperación progresiva de su autonomía y la resignificación de su independencia para sí y su entorno más cercano.

6.3 María Cecilia

María Cecilia es una mujer de 55 años, quien nació en Bogotá, en una familia tradicional de los años 50 con bases religiosas muy arraigadas, conformada por madre, padre y cuatro hijos de los cuales ella ocupa el tercer lugar. Su madre se dedicó al hogar y al cuidado de los hijos, mientras su padre, contador público, era el único proveedor de la familia.

La familia de María estaba conformada por su núcleo familiar, su esposo y su única hija, que posteriormente se casó y tuvo un hijo y con quienes mantenía una relación muy cercana. Adicionalmente, tenía un vínculo estrecho con su madre y su hermano mayor, debido al rol de cuidado que ejercía para ellos.

María Cecilia se formó como licenciada en educación básica y se desempeñaba como docente de preescolar y primaria en un colegio privado de estrato alto en Bogotá, en el que trabajó durante 33 años; en 2017 decidió, junto con su familia, dejar su empleo. Después de su retiro, se dedicó al cuidado de su nieto, y se puso al frente del hogar de su madre de 75 años y su hermano de 60 años en situación de discapacidad, quien requería de un cuidador permanente, así que María Cecilia se encargó de todas las actividades referentes al cuidado de ambos.

María Cecilia sufría de fuertes dolores de cabeza y parestesias faciales que se volvieron recurrentes, motivo por el cual tuvo que acudir con especialistas para identificar la causa de dicha sintomatología. Finalmente, los médicos determinaron que se trataba de una isquemia cerebral transitoria, que por medio de exámenes diagnósticos evidenció un tumor cerebral que requería de intervención.

Corporalidad

En relación con su *capital económico* y como consecuencia de su cese laboral al estar desempleada vivía de los ahorros provenientes de su trabajo y contaba con el apoyo económico de su esposo y su hija, lo que le permitía desarrollar su vida sin restricciones económicas y gozar de las oportunidades de un estrato medio-alto.

En lo referente al *capital cultural*, tuvo una fuerte formación católica en su hogar por lo cual su espiritualidad se enmarcaba en las prácticas católicas diarias de oración, preparación litúrgica y eventualmente retiros que enriquecían su interior, por otro lado, la solvencia económica de sus padres le permitió formarse profesionalmente y con ello

desenvolverse en instituciones católicas en las que realizaba sus prácticas espirituales. Adicionalmente realizaba actividades recreativas como ir a cine o teatro en compañía de su esposo, también realizaba viajes continuamente debido a su especial gusto por ello, por lo cual contaba con una casa de descanso que disfrutaba junto con su familia.

En relación con el *capital social*, su familia estaba caracterizada por la unión y apoyo de su núcleo con el hogar de su hija y el de su madre. Adicionalmente, María Cecilia contaba con una red de amigas proveniente de las instituciones en las cuales había ejercido, con quienes mantenía comunicación permanente y se reunían en ocasiones para compartir celebraciones.

Desde su *capital simbólico*, María Cecilia representaba un papel de protagónico dentro de su familia, puesto que las actividades de cuidado de la familia eran realizadas principalmente por ella debido a sus habilidades profesionales y características de personalidad que la destacaban como una mujer sensible, entregada, responsable, protectora, conciliadora, dedicada, conciliadora y mediadora, por lo cual desarrollaba un papel articulador dentro de la dinámica familiar y se constituía como el eje central de la misma.

Corporeidad

En relación con su *imagen corporal*, tenía la concepción de ser una mujer saludable, su cuerpo funcionaba con normalidad y le daba la posibilidad de ejercer todos sus roles plenamente, lo cual representaba para ella una bendición y motivo de agradecimiento hacia el ser supremo, pues le permitía realizar plenamente todas las actividades y tareas propias de sus roles.

María Cecilia, se caracterizaba por ser una mujer muy emotiva, emocional y espiritual, por lo cual recurría a la práctica religiosa de forma rigurosa con el fin de nutrir su ser, pues en las experiencias espirituales encontraba herramientas que le permitían llevar una vida emocional armónica y estable.

En relación con su *autonomía*, sus roles de cuidadora los realizaba con total independencia, capacidad física, mental y emocional, que le permitían desempeñar todas las actividades que demanda el cuidado de un bebe, un adulto mayor, una persona con discapacidad y la administración de dos hogares.

El cuerpo de María Cecilia representaba una mujer forjada como el eje central de su familia, debido a la figura de cuidado que ejercía con todos los miembros de la misma, asociado con la estrecha relación mantenía, no solo con núcleo familiar, sino también con su madre y hermanos. Gozaba de estabilidad económica y una solidez de la que todos

participaban y disfrutaban. María Cecilia también mantenía un estrecho vínculo con la religión católica, por lo cual, su cuerpo le representaba un templo que requería de cuidado, debido a que este le permitía desarrollar sus acciones y servir en el mundo. A su vez su cuerpo le favorecía independencia, autonomía y capacidad de cuidado para sí y para todos los que le rodeaban.

Hito de la discapacidad

A raíz del hallazgo de un meningioma maligno que requiere de intervención, el día 7 de mayo de 2018, se le realiza la cirugía y durante el procedimiento, se desencadena otro accidente cerebro vascular que le deja como secuelas una hemiplejía izquierda y hemiparesia facial. Debido a estas complicaciones y a su delicado estado de salud, María Cecilia debe permanecer hospitalizada en el área de cuidados intensivos.

Conforme pasan los días, se evidencia mejoría significativa en el estado de salud de María Cecilia y es dada de alta de la clínica tras 20 días de hospitalización, con la recomendación de continuar con el tratamiento para su meningioma mediante quimioterapia y radioterapia. Así mismo, es remitida a rehabilitación para iniciar el manejo de las graves secuelas sobre las estructuras y funciones del sistema musculoesquelético, que le alteraron por completo las actividades de autocuidado, movilidad, comunicación, vida doméstica y le restringieron las interacciones interpersonales y de la vida comunitaria, social y cívica que llevaba.

Transformación de la Corporalidad y Corporeidad

En relación con su **corporalidad**, debido a que, ya que no desempeñaba un rol laboral al momento del incidente, la capacidad económica de su familia no se vio directamente afectada. Sin embargo, en el posterior proceso de rehabilitación, tuvo que recurrir a sus ahorros y al apoyo económico familiar, para acceder a servicios particulares de fisioterapia, debido a las barreras y restricciones que enfrentó, para acceder a este servicio por medio de su seguro de salud, lo cual se traduce en un impacto negativo sobre las finanzas personales y del grupo familiar.

Su devoción católica se constituyó en pilar fundamental y una de las principales herramientas de motivación para María Cecilia. Sin embargo, en un primer momento, al ser consciente de las limitaciones producto de su incidente, pensó que se trataba de “un castigo divino”, pero no comprendía el porqué. Ese sentimiento se fue transformando para dar lugar a valorarlo como una prueba a ser superada y a poner en manos de Dios su salud y recuperación. Las actividades de entretenimiento como el cine y el teatro se

restringieron por completo debido a su estado de salud, al igual que los viajes y la salida a la casa de descanso, pues prefería no realizar este tipo de actividades.

Su núcleo familiar se puso frente al proceso de salud de María Cecilia y se reestructuraron todos los roles familiares. Su esposo y su hija se encargaron de la administración de su hogar, así como de los procesos administrativos para iniciar el tratamiento del meningioma con radioterapia y quimioterapia, además de gestionar el proceso de rehabilitación con la EPS. Su familia se convirtió en el apoyo emocional y físico más importante para ella, puesto que las rutinas se configuraron de forma tal que se pudieran organizar frente al cuidado de María Cecilia,

“mi motor principal, mi Dios y segundo, por ejemplo, mi hija, mi marido, cuando me dijeron - mire María vamos a salir adelante todos y aquí nos vamos a ayudar entre todos. Sí, lo que le dio fue grave, pero fue una cosa que ya tenemos que cerrar y tenemos que vivir lo que se viene ahora, vienen las terapias-” (María Cecilia).

La situación de María Cecilia, impactó enormemente la relación con su madre, quien solo la contactaba telefónicamente para saber cómo seguía y evitar las fuertes emociones que le producía verla en esa nueva condición, luego de haber sido su cuidadora y el soporte de su hogar. Esta emoción de la madre también se relacionaba con la impotencia que sentía de que otro de sus hijos enfrentara una situación de discapacidad,

“yo inicialmente tuve un momento emocional tenaz, no quería ver a nadie. No quería que me vieran en esas condiciones, era más por ese lado” (María Cecilia).

María Cecilia perdió por completo lo que ella significaba para su familia como protectora y ordenadora de la vida cotidiana, por sus roles de cuidadora y administradora del hogar. Ahora había pasado a demandar cuidado y apoyo permanente, lo cual le resultaba muy pesado, doloroso y frustrante.

En cuanto a su **corporeidad**, al salir de la clínica María Cecilia no era consciente de los acontecimientos, debido a su estado de conciencia, aún alterado por el evento. Paulatinamente recobró la conciencia y empezó a notar la imposibilidad para moverse, con un bloqueo del lado izquierdo de su cuerpo y su cara, falta de control de esfínteres y problemas para deglutir, notó que no podía hacer prácticamente nada, lo cual le generó un sentimiento de rechazo y negación ante la situación de discapacidad,

“empezó como a despertar el cuerpo y toda esa cosa, y ya me empecé a dar cuenta de lo que tenía, porque no ni idea de lo que me había dado, sino mi hija era la que me hacía reaccionar -mami mira tú has avanzado, porque tu saliste de allá muy mal, tú estabas grave, tu estuviste en cuidados intensivos, me decía, y desde ahí entre a mi proceso de terapia” (María Cecilia).

Al hacer consciencia de sus cambios corporales, aparecieron estados de ánimo negativos y depresivos, por lo cual decidió aislarse de todo su círculo social y restringir su contacto al núcleo familiar, pues no quería que nadie la viera en esa condición.

Como respuesta a las limitaciones físicas, María Cecilia decidió aferrarse a sus creencias religiosas y recurrir al ser supremo para pedirle que la ayude a cambiar su situación, pues esta postración le resultaba insufrible, luego de haber sido una persona muy activa y vital. Mantenía su mente en constante actividad, en búsqueda de respuestas que le permitieran comprender la situación, esto incidía con su interacción diaria y con su descanso nocturno.

Debido a las limitaciones físicas de María Cecilia, su independencia funcional, se vio completamente comprometida. Como consecuencia de esa dependencia para todas las actividades de autocuidado y las propias de los roles que ella ejercía, la familia requirió del apoyo profesional de una enfermera, que pudiera proveerle la asistencia necesaria para suplir sus necesidades vitales.

Como consecuencia de su estado de conciencia inicialmente las decisiones se tuvieron que relegar a la familia, fueron asumidas por su esposo e hija.

Proceso de rehabilitación

Como consecuencia de las barreras que enfrentó la familia para acceder a los servicios de rehabilitación, asociadas con demoras en la autorización y la falta de disponibilidad de profesionales especializados para la atención de pacientes oncológicos, por parte de la aseguradora a la que se encontraba afiliada María Cecilia, pasaron casi dos meses sin tratamiento. En esta circunstancia, la familia consideró vital iniciar el proceso y acudió a un centro especializado en rehabilitación, para solicitar la prestación como paciente particular, sin embargo, no encontraron disponibilidad de servicios en el momento, pero le refirieron con una fisioterapeuta que prestaba servicios domiciliarios.

Estrella, la fisioterapeuta que habían referido, tenía experiencia en las áreas de neurorehabilitación y ortopedia, con habilidades en el manejo de pacientes con enfermedad crónica y estaba familiarizada con los requerimientos de la rehabilitación integral en todas sus fases. El primer contacto con María Cecilia, lo orientó a valorar su situación actual con el propósito de establecer el diagnóstico, pronóstico y objetivos del tratamiento que iniciarían.

Al momento de iniciar el tratamiento fisioterapéutico, María Cecilia también había comenzado la quimioterapia y la radioterapia, que comprometían ligeramente su estado de conciencia, a pesar de lo cual, la fisioterapeuta le informaba, tanto a ella, como a su familia, los hallazgos y objetivos propuestos, orientados fundamentalmente a la recuperación de funcionalidad y la educación, de ella y de sus cuidadores sobre el manejo alineado al proceso.

Involucrar la familia de María Cecilia en el proceso, evidenció mayor adherencia al tratamiento, no solo en las sesiones programadas, sino con la ejecución de actividades fuera de ellas, con el apoyo de su enfermera y que pronto comenzaron a mostrar cambios en el área motora. La familia se convirtió en la principal fuente de apoyo y tenían claro que los objetivos propuestos se cumplirían con disciplina, sin embargo, tenían claro que dichas metas dependían no solo del tratamiento, sino de la respuesta del cuerpo ante las intervenciones, por lo cual evitaban hacerse falsas expectativas y con el apoyo de la fisioterapeuta, planteaban objetivos tangibles,

“con ella se establece una comunicación diaria de mirar los progresos y explicarle a ella antes de iniciar la sección, lo que queremos trabajar. Y aplicamos diferentes modalidades fisioterapéuticas y neurológicas que nos permitan activar su lado izquierdo que es el que está comprometido. Y ella se adhiere al tratamiento junto a la enfermera que la maneja a llevar a cabo juiciosos los ejercicios que yo les dejo para que practiquen en la mañana o los fines de semana que son los días que no estoy con ella, o cuando viajo” (Estrella).

La relación de María Cecilia con Estrella, fue de un vínculo cercano y de confianza, debido a que los propósitos del tratamiento, atendían a sus necesidades funcionales. Mantenían una comunicación clara y asertiva, con la información necesaria, en la que María Cecilia podía expresar sus necesidades y expectativas, que permitían acordar estrategias en pro de las mismas, lo que permitió que la familiar reconociera los logros progresivamente y se le permitiera a María Cecilia mayor independencia,

“Estrella ha sido un motor, es una persona muy carismática para los pacientes, para los seres humanos, de lo contrario no hace uno nada [...] Estrella es un ser

humano que yo creo que ella me lee mis estados anímicos y esa forma de tratar a los pacientes, de motivar al paciente, de ¿cómo has estado?, de cogerlo a uno de primeras ¿cómo amaneciste, dormiste anoche? ¿cómo te fue en la quimioterapia?, ¿te duele algo? ¿aguantas? [...] Entonces esa relación con ella ha sido muy bonita, yo digo que eso es la vocación y el carisma de cada persona y de cada carrera” (María Cecilia).

El proceso de rehabilitación de María Cecilia inicio en medio de la depresión, producto de la pérdida de sus roles y de su funcionalidad y lo que esto significaba para ella y su familia. No obstante, a medida que la rehabilitación progresaba y recuperaba paulatinamente la funcionalidad, la actitud de María Cecilia era más positiva. Cada vez requería menos apoyos, lo que se traducía en mayor motivación y compromiso con su proceso. Otra de sus motivaciones, era la esperanza de poder retomar el cuidado de su nieto,

“la comunicación, confianza del paciente con el profesional y el conocimiento del profesional que lo está interviniendo, la información del paciente para darle un buen manejo” [...] “ella más que su cuerpo, está preocupada por la funcionalidad, de ser una persona que tenía que atender dos hogares, el de su madre y el de ella, se ve afectada. No puede pararse y valerse por sí misma, eso la deprime y hace que comprometa más su proceso de rehabilitación, esa necesidad de atender a su familia” (Estrella).

Alrededor de los dos meses después de la salida de María Cecilia de la clínica y una vez había iniciado su intervención domiciliaria, la familia recibió la autorización para iniciar un plan integral de rehabilitación en casa por parte de la EPS.

Le autorizaron servicios de fisioterapia y terapia ocupacional, que se convirtieron en una oportunidad para trabajar interdisciplinariamente. Estrella y la terapeuta ocupacional lograron coordinar acciones en equipo orientadas al logro de los objetivos planteados acordes a las necesidades de María Cecilia, lo cual fue de vital importancia, para avanzar positivamente en la rehabilitación. Desafortunadamente, la alta rotación de fisioterapeutas asignadas por la EPS, para atender a María Cecilia, impidieron el trabajo en equipo con este profesional,

“Es esa relación con ella, ese lenguaje que ella maneja con un paciente, a mí me motiva muchísimo que ella me toque las terapias que son pesaditas en que hace uno mucho ejercicio, pero de igual manera el cuerpo se relaja y yo duermo bien en la noche, entonces me gustan esas terapias, entonces inclusive son tan

sagradas, que no podemos faltar a esas terapias. Puede faltar otra menos esa” (María Cecilia).

María Cecilia señala que el proceso con sus fisioterapeutas fue diferente: con Estrella construyó un vínculo cercano, ya que ella se preocupaba no solo por su estado físico sino también por el emocional; buscó siempre comprender e involucrar a su familia, era intuitiva en relación con sus estados de ánimo, reconocía sus logros y la motivaba constantemente, tenía disposición para las intervenciones, era carismática, respetuosa y cumplía con las responsabilidades que su quehacer le demandaba, sin dejar de lado la exigencia del proceso, por lo cual, se ganó la confianza y respeto de toda la familia. Por otro lado, María Cecilia consideró que si bien las fisioterapeutas de la EPS, le brindaron atención de calidad, su relación fue más distante pues su actitud era la de cumplir con la atención asignada (paciente – terapeuta) y con las obligaciones concernientes a su actividad, no obstante, en ocasiones las terapeutas incumplían con los horarios y esto incomodaba a María Cecilia, lo cual se repercutía en actitudes algo displicentes por parte de las fisioterapeutas,

“la terapeuta de la EPS, era una persona muy alegre, se reía de lo que yo le decía y le parecía chistoso lo que yo hacía, pero la relación no es tan estrecha y familiar, como con Estrella. Yo a Estrella la considero, no más la forma de hablar y de como ella llega de saludar, lo motiva a uno muchísimo. La otra fisioterapeuta como que corta un poquito esa relación, llega como que a que tiene que cumplir... “siéntese, muévase, etc., el cumplimiento [...] Además, hay momentos que no cumplía, entonces no llegaba indispuesta, pero llegaba como que vengo a cumplir, - por favor me firma aquí, terminé. Pero de ahí no más” (María Cecilia).

Resignificación de la Corporalidad

Con relación al *capital económico*, el hecho de contar con ahorros personales y el apoyo familiar, favoreció el acceso a servicios particulares de rehabilitación, lo cual impactó el capital personal y familiar de María Cecilia. Adicionalmente, como ella estaba en espera de cumplir el requisito de la edad para acceder a su pensión y seguía aportando al sistema, planea solicitar anticipadamente la pensión, debido a su condición de salud asociada a la incapacidad para seguir trabajando.

En lo referente a su *capital cultural*, su fe católica ha sido soporte para su estabilidad emocional, y atribuye su recuperación a la intervención divina, que le ha dado la fortaleza necesaria para seguir adelante. En vista de los avances en la recuperación de María Cecilia, ella junto con su familia, decidieron retomar por completo los espacios de esparcimiento a los cuales estaban acostumbrados,

“las cosas, desde el día que me ocurrió el accidente tienen que seguir común y corriente, si íbamos a cine o teatro lo vamos a seguir haciendo. Si vamos a salir con la niña o con el bebe y el esposo a almorzar, tenemos que seguir. Aquí no va a cambiar nada. Tenemos que hacer las cosas que veníamos haciendo. Y tenemos que ayudarnos todos [...] Entonces hace como dos semanas empezamos ya a salir, a la misa, al centro comercial, con la niña” (María Cecilia).

En relación con el *capital social*, la red de María Cecilia, se mantuvo estable durante el proceso de rehabilitación, debido a que estaba compuesta fundamentalmente por su familia. El cambio consistió en contener el impacto de la pérdida de los roles protagónicos que tenía María Cecilia, en la dinámica de funcionamiento familiar. Fue necesaria la reasignación de responsabilidades para cubrir lo que habitualmente ella hacía y adicionalmente para dispensarle el cuidado que ahora requería. La respuesta del grupo fue de unidad para enfrentar esta contingencia.

Su capital social se vio enriquecido por la incorporación de su enfermera y una persona de apoyo con las tareas del hogar. La enfermera apoyó las actividades derivadas de las terapias y ayudó a canalizar las emociones de María Cecilia; la persona que se dedica a los quehaceres del hogar, estuvo pendiente de todo el proceso, hasta convertirse en uno de los principales soportes del día a día, incluso asumiendo algunas actividades en el hogar de la madre y el hermano de María Cecilia.

En lo referente al *capital simbólico*, la familia reconoce permanentemente sus logros y han propiciado espacios de independencia para potenciar sus capacidades, el reconocimiento de los progresos que ha tenido, por parte de sus vecinos, la animan y mejoran la imagen de sí misma y su autoestima, sin embargo, la mirada de lástima de algunos otros, la hace sentir vulnerable. De otro lado, se siente reconocida y valorada en el servicio de oncología al que asiste para su tratamiento, ya que allí, todos están en igualdad de condiciones y se apoyan mutuamente. Este es un espacio social propicio para sentir pertenencia a un grupo, en el que se valoran las capacidades y logros de cada uno, lo cual se traduce en motivación para avanzar con esperanza en el proceso, a la vez que favorece estados de ánimo positivos.

Resignificación de la Corporeidad

En cuanto a su *imagen corporal*, María Cecilia aprendió a valorar la nueva condición de su cuerpo al reconocer las capacidades y habilidades que progresivamente ha recuperado, lo cual la reta para seguir avanzando. Considera que los cambios en su cuerpo le han permitido reconectarse con su vida y entorno y otorgarle más valor al cuidado de sí. Estos cambios, son valorados por María Cecilia, como logros

esperanzadores que la motivan para continuar la rehabilitación con compromiso y entrega. Adicionalmente aceptó su condición de salud y creó conciencia sobre la posibilidad de que las intervenciones que recibe puede que no resuelvan todas las secuelas generadas tras el evento,

“el ver cada día progresos, el ver que ya puedo con una férula caminar, el ver que estoy comiendo bien, el ver que los ejercicios que ellas me hacen me motivan muchísimo [...] Mi cuerpo lo veo más valioso a través de las terapias, porque primero he descubierto muchas cosas, he mejorado muchísimo [...] al principio tal vez Dios me perdone, veía tanta limitación [...] pero ahorita lo siento, quiero a mi cuerpo, lo que he avanzado, y me preocupo por avanzar más” (María Cecilia).

En relación con su *autonomía*, María Cecilia, no requirió más del apoyo de enfermería, lo que refleja gran confianza en su capacidad para asumir las actividades cotidianas. Recuperó su capacidad para tomar decisiones sobre asuntos vitales suyos y de su familia,

“a pesar de que físicamente cambiaron mis roles, mentalmente yo ando por ejemplo recordando que mi esposo que tal cosa, que mi hija, yo trato de estar conectada con todo, con cosas de mi mamá, el rol de hija, yo desde aquí ando conectada con mi mamá través del teléfono, con esto, entonces sí se cambia un poquito pero igual manera yo no me he alejado de eso, sino que me he tratado de incorporar a eso a mi manera y a mi forma de hacer las cosas o lo que yo pueda” (María Cecilia).

A pesar de esto, hay actividades complejas para las que requiere apoyo, por lo cual su principal reto es recuperar su total independencia para reintegrarse por completo a sus roles de cuidadora y administradora de dos hogares. En este sentido, María Cecilia ya acepta su condición y se adaptada a la situación, adecuando las herramientas para realizar algunas actividades que coordina y realiza de manera remota en específico aquellas relacionadas con el hogar de su madre, lo cual le ha permitido recuperar su papel como el eje central que estructura y conecta a su familia, sin embargo, su reto es recuperar totalmente su independencia y espera reintegrarse por completo a las actividades de cuidado.

La resignificación del cuerpo para María Cecilia ha estado permeada de aspectos positivos, principalmente su Fe se ha constituido en un elemento de soporte emocional para asimilar todos los cambios que su vida ha tenido. Este soporte espiritual le permitió valorar su nueva forma corporal, así como darle el reconocimiento al logro atribuido al potenciamiento de sus capacidades y habilidades, no solo por ella sino por su familia.

También es importante señalar que la capacidad económica familiar le ha permitido acceder a terapéuticas que han facilitado su proceso de recuperación funcional. Sumado a esto, la estabilidad de su red familiar en el proceso permanente de cambio, favoreció sus estados emocionales y su reintegración progresiva a cada uno de los roles que ejercía, también favoreció la recuperación de la autonomía, específicamente en lo relacionado con toma de decisiones y el desarrollo de alternativas que le han permitido volver a asumir su papel de cuidado familiar.

7. Discusión

Este apartado da cuenta del análisis de la resignificación del cuerpo en sus dimensiones de corporalidad y corporeidad y del papel que cumple el fisioterapeuta por medio del proceso de rehabilitación de los sujetos a quienes atiende.

Todos los cambios corporales a mayor o menor escala, traen consigo la resignificación de las formas de ser, sentir, pensar, estar, actuar y vivir el cuerpo. Es así que, un cambio corporal abrupto, transforma los parámetros de vida de la persona y todo su entorno. Inicialmente, se privilegia la noción funcional y orgánica del cuerpo, esto influye directamente en la imagen corporal que la persona posee de sí, a su vez, la noción simbólica de su cuerpo, asocia negativamente dicha condición debido a los referentes sociales que categorizan y homogeneizan los cuerpos. Sin embargo, el proceso de rehabilitación posibilita que emerjan nuevas miradas y posibilidades sobre aquellos parámetros y prejuicios previos y favorece una etapa de desestructuraciones y otros aprendizajes. En dicho proceso de transformación, inciden no sólo aquellas características del sujeto y su contexto, sino también aquellas específicas del campo de la rehabilitación (San Martín, 2016).

Es así como, la diversidad funcional asociada al inherente dinamismo de cambio de los cuerpos es consecuente con la resignificación de la corporalidad y la corporeidad, debido a su estrecha relación con la existencia y la experiencia personal (Morales-Caro y Torres-Baquero, 2013).

Como se mencionó anteriormente, la construcción subjetiva del cuerpo permite que las representaciones propias se reorganicen conforme se adquieren experiencias de vida, se experimenta el cuerpo y se interactúa con la construcción social del mismo. Por lo cual, todas las marcas sociales y subjetivas del cuerpo se impregnan, para determinar la identidad del sujeto y otorgarle sentido y significado. La construcción de la corporeidad corresponde a aquellos elementos intangibles suscritos a la percepción del propio cuerpo (imagen corporal), ligados a la experiencia misma de vivirlo y a la significación de dichas apreciaciones como un actuar consecuente del mismo (autonomía); correlacionados con la mirada del otro y las representaciones y reconocimiento otorgado por ello (capital

simbólico); que a su vez como calificativo social utiliza la aprobación o el rechazo (Cachorro, 2008).

La corporeidad se cimienta, conforme se adquieren experiencias de vida y se establece una relación armoniosa o conflictiva con su construcción objetiva (corporalidad). Las trayectorias analizadas en el presente estudio, evidencian la fluctuación de la relación entre la corporeidad y la corporalidad en el proceso de resignificación del cuerpo. Las trayectorias de Mandela, La Pelirroja y María Cecilia, parten del conflicto con la subjetividad ante una transformación del cuerpo a partir de una experiencia de vida que genera representaciones negativas de sí mismos, con ello, también emergen representaciones simbólicas, que interpelan la corporeidad a partir de las concepciones de normalidad que categorizan los cuerpos diversos, por lo cual la mirada del otro, cobra gran importancia (San Martín, 2016). El soporte que brinda el proceso de rehabilitación, posibilita a la persona la resignificación de su cuerpo a partir de la aceptación de la diversidad, puesto que beneficia la reivindicación con su imagen corporal, además de los logros físicos que ponen en evidencia el desarrollo de capacidades que le permiten redefinir roles y favorecen la autonomía.

Como bien se ha mencionado, el proceso de resignificación del cuerpo sitúa una relación estrecha entre la corporalidad y la corporeidad, pues si bien la corporeidad es un proceso subjetivo condicionado por las experiencias individuales, también es nutrido por las representaciones acumuladas de los capitales y su vinculación con otras subjetividades del campo. Por lo cual, el desarrollo consecuente a partir de las posibilidades individuales, da lugar a la resignificación de la corporeidad e impacta positivamente la resignificación de la corporalidad.

En el caso particular de las trayectorias analizadas, es preciso mencionar que el reconocimiento social condicionó las representaciones propias y con ello la valoración positiva o negativa que dicha percepción suscita. Por lo cual, el aporte desde la fisioterapia, desde la perspectiva social, debe enfocarse en promulgar la configuración positiva de la diversidad, la valoración de capacidades y habilidades y promover la recuperación de roles y la autonomía. Sin embargo, se debe entender que el proceso terapéutico es una responsabilidad que no recae solo en el fisioterapeuta, sino que, en mayor medida, le corresponde al sujeto de la experiencia, pues el profesional es una fuente de apoyo y orientación dentro del proceso de rehabilitación, pero la persona debe demostrar su relación de pertenencia y compromiso con su proceso, en pro de favorecer el logro de sus metas, objetivos y satisfacción propia de sus necesidades.

La resignificación del cuerpo también implica la construcción objetiva de la corporalidad, puesto que en su esencia, integra todas las disposiciones encarnadas, los esquemas, las

formas de conocimiento y las competencias adquiridas en los en los contextos sociales (Crossley, 2001), por lo cual, en ese contexto cobra relevancia el tipo de relación que el sujeto establece, no solo con su red de apoyo, sino con el fisioterapeuta, debido a que la corporalidad es una construcción social que emerge de la representación simbólica del sujeto y está mediada por las subjetividades de los otros actores del campo.

En el campo de la rehabilitación, desarrollado históricamente bajo el modelo biomédico de la modernidad, se han naturalizado formas de dominación basadas en la objetividad, las cuales han conducido a una atención individualizada y deshumanizada, caracterizada por centrarse y darle poder a los sujetos poseedores de algún saber experto (García-Sánchez, 2012). En este contexto que se desenvuelve la fisioterapia, el profesional se privilegia de una posición relativa de poder, producto del dominio del conocimiento. El modelo positivista, que ha atravesado la formación de los fisioterapeutas, propone la atención de aquellos cuerpos enfermos que presentan alteraciones en el movimiento, para ello, orienta sus acciones hacia la normalización por medio de la intervención y tratamiento, con protocolos de atención para cada patología y guías de práctica de manejo generalistas. Con ello, la fisioterapia suele propender por el logro de parámetros cuantitativos asociados con el funcionamiento normal del cuerpo y desliga la integralidad del sujeto emocional, pensante e histórico, con un proyecto de vida.

Es importante mencionar, que al ser la rehabilitación un sistema institucionalizado que busca la normalidad, contiene cuerpos que producen subjetividades y se estructuran influenciados por las características de dicho campo social (Cachorro, 2008). Por lo cual, es necesario integrar competencias profesionales de distintos actores y sectores que favorezcan la integración de los sujetos en los diferentes ambitos de la vida, y a su vez brinden servicios institucionales de calidad que reconozcan sus necesidades y no privilegien las necesidades identificadas por las instituciones que dan respuesta al sistema. El sistema tiene una mirada pasiva sobre los sujetos, fragmenta el cuerpo funcional y el cuerpo social, con lo cual produce intervenciones individualistas, homogéneas y tipificadas por parte de las diferentes profesiones del campo, con propósitos desligados del proyecto de vida de la persona y su contexto, para así poner en tensión los paradigmas de *“inclusión – exclusión, lo individual y lo social y el rol activo-pasivo del sujeto y su familia”* (Moreno-Angarita et al., 2016, p.83)

Sin embargo, los programas de formación trabajan para migrar hacia prácticas integrales que contemplen el sujeto hablante, pensante y dinámico, con el propósito de que los profesionales se conviertan en actores de cambio desde el movimiento corporal humano. Esa ruptura de la hegemonía sobre una praxis históricamente positivista, avanza hacia ejercicios profesionales más humanizados y permite la *“la re-formulación epistemológica y metodológica de los saberes y prácticas sobre el cuerpo y el cuerpo en movimiento y su “relación con la salud humana”* (Morales-Caro y Torres-Baquero, 2013).

Uno de los elementos clave para minimizar las brechas impuestas por dicha hegemonía biomédica, es el reconocimiento del otro (García-Sánchez, 2012), lo cual implica un desaprender del modelo positivista, para comprender el sujeto y no solo enfocar el quehacer profesional en la atención de la enfermedad. Este reconocimiento se hace tangible en el valor que se otorga al sujeto de atención, en la medida que se reconocen sus necesidades, se valora su experiencia vivida desde la diversidad funcional, se reconoce su contenido histórico y social y se promueven espacios en beneficio de su proyecto de vida.

El reconocimiento del otro, la valoración de su historia e incorporación en la misma para el análisis de la situación, privilegia una posición de respeto hacia la persona, sus experiencias, necesidades y expectativas (Rodríguez, Morera, Moreno y López, 2018). Esto facilita la interrelación y da lugar a prácticas humanizadas, en las que los objetivos y metas de tratamiento son concertadas entre el saber experto y la necesidad sentida de los sujetos que experimentan la diversidad funcional, dichas prácticas conllevan a procesos de rehabilitación contextualizados que aportan en el desarrollo integral de la persona (Martínez, 2013).

En el proceso de rehabilitación de las tres trayectorias analizadas, todos tuvieron vínculos desfavorables con algún profesional de fisioterapia por diferentes causas.

En la primera trayectoria, el sujeto se encontró con un profesional con quien no tuvo un canal de comunicación asertivo debido al uso inapropiado del lenguaje, que estuvo centrado en el uso de diminutivos y esto amenazó la continuidad del proceso de rehabilitación debido a los sentimientos de subvaloración y negación de su condición de adulto, por lo que el lenguaje empleado por la fisioterapeuta le restaba credibilidad, como consecuencia se afectó la adherencia al tratamiento. El sujeto estigmatizado como difícil e irrespetuoso, por sus formas contestatarias de comunicación, finalmente, coincidió con una terapeuta con quien logró una comunicación asertiva y respetuosa, basada en el reconocimiento del contexto y características propias del sujeto, lo que produjo un cambio significativo en el curso de su rehabilitación y propició la construcción de una relación empática y de confianza, a partir de la cual fue posible resignificar su corporeidad y corporalidad.

En el segundo caso, la ejecución de procedimientos técnicamente mal aplicados y la falta de sensibilidad de los terapeutas frente a la situación de la persona, limitaron la adherencia al tratamiento y produjeron una estigmatización del paciente ante otros profesionales, caracterizándola como intolerante y difícil, lo cual incidió en la atención por parte de otros profesionales. En la búsqueda de mejores oportunidades, finalmente logró encontrar una terapeuta capaz de interpretar sus necesidades y reconocer su historia

personal, como un punto de apoyo para avanzar positivamente en su rehabilitación. Esta interacción facilitó la construcción de una nueva mirada sobre el proceso y la búsqueda de logros, que a la postre, facilitaron la recuperación de sus roles y su autonomía.

La tercera trayectoria estuvo más ligada a la atención tradicional del modelo biomédico y el lugar del saber experto tomó el protagonismo de las decisiones, las cuales fueron aceptadas por el sujeto de la experiencia y de su entorno familiar, quienes asumieron el rol de receptores de ayuda. Sin embargo, se evidencian notables diferencias entre el vínculo establecido con los profesionales de las instituciones prestadoras de servicios de salud y la fisioterapeuta particular, principalmente relacionado con los tiempos de dedicación a la atención, el cumplimiento de los compromisos (programación de citas) y la relación de confianza, que resultó ser más favorable para la atención particular.

En relación con los profesionales de las diadas vinculadas en el proceso investigativo se presentan dos escenarios diferenciales.

El primer escenario se reconoce en las dos primeras diadas, puesto que evidencia la habilidad de los profesionales para realizar una lectura de contexto, así como su capacidad para identificar las necesidades sentidas de las personas con diversidad funcional por medio de su interacción y con base en la identificación de sus roles y sus prioridades en relación con su rehabilitación. Estas acciones fueron determinantes para involucrar activamente a los sujetos en la toma de decisiones relacionadas con su proceso terapéutico, que a su vez favorecieron su agencia y empoderamiento. La rehabilitación impactó positivamente los procesos de resignificación de estas personas, debido a la construcción de vínculos de confianza entre las profesionales y los sujetos, con relaciones caracterizadas por la empatía, asociada con el reconocimiento de la persona con quien interactuaban, de tal suerte que el proceso estuvo caracterizado por compartir los retos que se trazaron y otorgar protagonismo al sujeto de la experiencia, como responsable de la decisión transformadora de su situación.

Cabe resaltar que, en la primera diada la empatía no fue el único factor determinante, puesto que el papel de la fisioterapeuta también consistió en interpelar a la persona sobre su forma de vida, su percepción sobre las interrelaciones sociales, los logros, proyectos y la apreciación hedónica de su cuerpo. Esto hizo que el sujeto repensará el proceso a partir de una relación de reto con el mismo y que finalmente se reconociera más humano y vulnerable. Para la segunda diada, además del vínculo estrecho con la terapeuta, la relación se caracterizó por el reconocimiento del capital cultural del sujeto de la experiencia, que le otorgó una posición de control proveniente de su dominio de los saberes en fisioterapia, como un factor determinante en su rehabilitación al ser concedora y crítica de los tratamientos recibidos.

La capacidad de las profesionales de ponerse en el lugar del otro y hacer una lectura sentida de necesidades ante dicha transformación corporal fue determinante, pues facilitó prácticas sensibles que atendían no solo los aspectos funcionales del sujeto, sino que involucraban su emocionalidad, esto generó satisfacción para quienes experimentaban la diversidad. Lo cual coincide con los planteamientos de Thompson (1989), en el sentido de que el reconocimiento del otro, genera vínculos de confianza, pues sitúa una “relación encarnada de gente real en un contexto real”. En este sentido, el fisioterapeuta se convierte en un actor crucial al ser la principal guía ante situaciones de salud amenazantes y desconocidas. En razón a su saber experto, le corresponde orientar, aclarar, acompañar y apoyar con acciones que reconozcan la particularidad y diversidad de cada persona y favorezcan el desarrollo y la adherencia al proceso de rehabilitación.

El segundo escenario se evidencia en la tercera diada, en la cual la terapeuta establece una relación objetivada, caracterizada por ser más distante y con una intervención enfocada en la recuperación funcional que propone el modelo biomédico, este abordaje es una limitante para la resignificación de la persona debido a que se abstiene de comprender al sujeto como histórico, pensante, social y cultural para enfocarse en una atención a la patología, que entraña una visión reduccionista del cuerpo (Madariaga, 2008). Esta diada se caracterizó por la cordialidad de la relación paciente-terapeuta, el cumplimiento de los objetivos de rehabilitación propuestos por el terapeuta y el reconocimiento del logro de los mismos por parte de la paciente. En términos de resignificación corporal, no se identificó una influencia clara del terapeuta, que limita su actuación al manejo de la situación desde el saber experto, como rasgo dominante de la relación. Si bien este modelo impacta positivamente la recuperación funcional y orgánica de la persona, no favorece la reintegración a los espacios vitales, ni a la recuperación de los roles (Libreros, 2012).

Por otra parte, en la resignificación de la corporalidad a partir del análisis de los capitales (según Bourdieu), se puede identificar el alcance de las acciones de los profesionales de fisioterapia y su incidencia en cada uno de ellos. Se evidenció que la mayor incidencia de los profesionales es sobre el capital simbólico, seguido del capital social, en menor medida sobre el capital cultural y en mínima proporción sobre el capital económico.

Al ser el capital simbólico, la integración de las demás formas de capital y en específico el que interpela las representaciones sociales, es claro que es el más afectado después de un evento de salud crítico que desencadena la pérdida de buena parte de dichos capitales. Por lo anterior, el papel del fisioterapeuta es clave para la resignificación del mismo, puesto que un profesional que reconozca al sujeto con diversidad funcional como un ser histórico-cultural, da valor al acumulado de capitales que lo sitúa en determinada posición social y a su vez le facilita la comprensión sobre la magnitud del impacto provocado por el evento crítico que generó la diversidad funcional y las implicaciones que

esto genera en los diferentes roles que ocupa en sus entornos, familiar, social y laboral. En este contexto, el reconocimiento de los capitales, le permite identificar la posición y trayectoria del sujeto en un espacio social (ascendente o descendente) y a su vez conocer las posibilidades de las personas, debido a que ello condiciona la vivencia de la diversidad funcional, al ser predisponentes de las oportunidades para cada persona (Ferrante y Ferreira, 2011).

En relación con los capitales, las tres trayectorias inicialmente evidenciaron una desposesión total de valor del capital simbólico asociado con el hito de la discapacidad, hecho que devaluó por completo lo que representaban los tres sujetos de experiencias en relación con los roles que ejercían en los distintos contextos. Sin embargo y como consecuencia del proceso, los sujetos resignificaron sus corporeidades y corporalidades con base en su contexto histórico y cultural.

En la primera diada la resignificación se centró en la transformación de nociones previas relacionadas con la autonomía, la capacidad corporal, la estética, la egolatría y hedonismo dedicado al cuerpo al ser reconocidas durante el proceso como banales; supuestos que migraron hacia concepciones más humanas, menos ensimismadas y atravesadas por la experiencia misma de la diversidad. Esto permitió dale otro sentido al valor otorgado a sí mismo y a su círculo más íntimo y cercano (su familia), al replantearse sus objetivos de vida y reconocerse como es un mejor ser humano. En la segunda diada el proceso se centró en la transformación de los roles, en mayor medida relacionado con la recuperación de la autonomía y el reconocimiento de ello; que a su vez impactó positivamente las representaciones que tenían de sí mismos producto de su acumulado de capitales. En la última diada, más allá del reconocimiento a la recuperación funcional que aportó el proceso terapéutico, la resignificación estuvo centrada en la revalidación de su Fe y en la reorganización y unión familiar en torno a los ajustes de su rol como cuidadora y lo que este representaba para su familia.

Por otro lado, es importante mencionar que en las tres trayectorias el capital económico se afectó en mayor o menor medida debido a los costos que implicaba una nueva condición de salud. En la primera diada la pérdida del rol productivo significó una afectación económica a largo plazo, debido a que por su prolongada incapacidad se tuvo que asumir una pensión de invalidez que no generaba mayor ingreso. En la segunda diada la pérdida del rol productivo significó gran dificultad en la autonomía económica debido a esto, se generó dependencia absoluta de la red familiar. No obstante, este capital se favoreció al recuperar los roles relacionados con la capacidad productiva, y los ingresos devengados por ello. En la tercera diada este capital únicamente se afectó en la medida en que representaba un gasto adicional para la familia.

El capital social de dos de las trayectorias se caracterizó inicialmente por pérdidas sociales, que después significaron ganancias, relacionadas con la transformación de relaciones familiares y la generación de nuevas relaciones de pareja; para la tercera trayectoria se solidificó la red familiar en torno a las nuevas dinámicas de vida. Al mencionar el capital cultural, se debe decir que este se afectó en las tres trayectorias, en la medida en que las oportunidades culturales se vieron significativamente reducidas por las condiciones de los tres sujetos. Especialmente en la primera y segunda diada la desposesión de valor de este capital significó una gran pérdida, pues las oportunidades culturales son de gran importancia en la vida de estos sujetos, al representar no solo estilos de vida, sino por lo que representaban en sus círculos sociales. En la última diada se afectó en menor medida, debido a que se limitaron los espacios dedicados al culto espiritual. La resignificación de este capital en las tres diadas se evidencia conforme se le otorga otro sentido a la corporeidad y los sujetos se permiten la reintegración y el disfrute de diversos espacios sociales y culturales.

Por último, es importante mencionar que los discursos evidenciaron categorías emergentes relacionadas principalmente con el reconocimiento del logro, la reconfiguración de la vida y en menor medida con la capacidad de resiliencia. Sin embargo, estas no fueron exploradas por desbordar el objeto de este estudio y requieren de otro proceso investigativo que las indague con mayor profundidad.

8. Conclusiones y recomendaciones

8.1 Conclusiones

Inicialmente se debe mencionar que los sujetos que participaron en el estudio evidencian en sus relatos los diferentes aspectos que influyeron en su resignificación, con ello se evidencia que los tres procesos son completamente diferentes debido a las historias de vida, el contexto, la experiencia vivida de diversidad funcional y el proceso de rehabilitación de cada sujeto. Por lo cual se puede inferir, por un lado, que la rehabilitación no puede ser un proceso genérico o estandarizado puesto que depende directamente de la trayectoria de vida de cada sujeto. Por otro lado, se interpela nuevamente el modelo biomédico y se valida la idea de que la rehabilitación se comporta como un campo en el sentido que hay actores, historicidad y contexto que interactúa activamente con el sujeto, su corporeidad (construcción subjetiva) y corporalidad (construcción objetiva).

Por otro lado, es importante resaltar el papel de la diversidad funcional como una experiencia, en cuanto es vivida y sentida por un sujeto que habita y constituye su condición vital con base en su contenido histórico y social para así determinar su lugar en el mundo y para el mundo. Por lo tanto, es de vital importancia que los profesionales de fisioterapia que facilitan procesos de rehabilitación, reconozcan la experiencia particular del sujeto que vive la diversidad y su contenido simbólico, con el propósito de relacionarse desde el reconocimiento del otro.

Se debe destacar, que, si bien los tres terapeutas fueron formados en la tradición del modelo de biomédico, para uno de ellos en particular fue una opción asumir procesos de rehabilitación diferentes y complementarios desde otras perspectivas, lo cual marcó una diferencia al momento de desarrollar el proceso de rehabilitación. En este sentido, la formación de fisioterapeutas debe transitar hacia la incorporación de un paradigma que reconozca al sujeto histórico y social; pues si bien la tradición del modelo biomédico pesa y sigue siendo dominante, el trabajo permite ver el impacto de asumir opciones alternativas al modelo biomédico, que se traducen en un aporte fundamental en la resignificación de los cuerpos.

La experiencia práctica de la diversidad funcional, está condicionada por las posibilidades y oportunidades que brinda el acumulado de capitales de una persona. A su vez, dicha experiencia coarta la desposesión de valor de los mismos como condición innata de la diversidad y su estigmatización bajo parámetros normalizadores. En relación con los capitales se evidenció un peso diferencial en la transformación de los mismos. El capital que cobra mayor relevancia es el simbólico debido a su particularidad de interrelación con los demás capitales de la corporalidad; este capital es de gran importancia en tanto la mirada del otro suscribe significados, representaciones y roles en el cuerpo del sujeto. Por otro lado, el segundo capital con mayor relevancia es el capital social, en tanto que la familia principalmente representa el soporte del sujeto con un papel coadyuvante en la rehabilitación, lo que a su vez ratifica el hecho de que la rehabilitación no debe ser un proceso individual, biológico y ahistórico, sino social, político y contextual. También se debe mencionar que, si bien la red social más inmediata y con mayor relevancia es la familia debido a su papel protagónico en la reorganización logística de la vida, las relaciones con otros actores también inciden en el proceso; en particular para el campo de rehabilitación el vínculo que se establezca con el terapeuta toma gran relevancia en tanto el profesional puede entrar a formar parte de este capital.

En relación con el capital económico, este se ve afectado en mayor o menor medida por los requerimientos específicos en salud que generan un gasto adicional y por otro lado la afectación de la capacidad productiva del sujeto en tanto su rol estuviera condicionado al ingreso devengado por ello. Es importante mencionar que, si bien el proceso de rehabilitación no incide directamente en la recuperación de este capital, puesto que en principio se constituye como un gasto, a la postre permite redefinir roles y en algunos casos da la posibilidad de recuperar el rol productivo.

Por último y en menor medida, el capital cultural se afecta en tanto las oportunidades culturales se reducen transitoriamente debido a condiciones particulares de salud y al reconocimiento individual del sujeto que elige marginarse, sin embargo, se evidencia que en tanto se resignifica la corporalidad y la corporeidad dichos espacios vuelven a cobrar importancia para los sujetos.

Adicionalmente, se debe reconocer que la corporeidad es una percepción nutrida de las construcciones sociales, lo cual sitúa una reciprocidad en tanto los contenidos sociales afectan la subjetividad y la autopercepción se manifiesta en las representaciones de la trayectoria social de los sujetos.

Finalmente se reconoce que en el proceso de resignificación de la corporalidad y la corporeidad, todos los agentes del campo representan un contenido que se interrelaciona

con el propósito de situar experiencias en cuerpos reales, que construyen historias y contextos sociales.

Esto obliga a la academia a repensar el proceso de formación de los fisioterapeutas, para contemplar un modelo social, que integre los aspectos sociopolíticos e históricos y no se limite al conocimiento estructural y funcional estandarizado y homogeneizador, extrapolado del escenario clínico y orientado favorecer el desarrollo del proyecto de vida de la persona con quien se interactúa, ya que un cambio abrupto en la vida de una persona reordena las prioridades y replantea un nuevo estilo de vida, no solo en lo estructural sino fundamentalmente, en lo relacionado con sus roles, relaciones y experiencias.

Por lo anterior la academia debería repensarse modelos de formación más humanos, donde se privilegie la relación con el sujeto, a fin de comprender su contexto, necesidades y prioridades, para así por medio de su ejercicio profesional favorecer la resignificación del sujeto y su reintegración a la vida social y comunitaria.

8.2 Recomendaciones

Es pertinente desarrollar investigaciones que integren la voz de otros agentes sociales del campo en el que tienen lugar la rehabilitación.

Así mismo se debe considerar la posibilidad de hacer explícitos en los procesos de formación las reflexiones en torno a la construcción social y subjetiva del cuerpo.

Se recomienda profundizar en las categorías de resiliencia, logro y reconfiguración de la vida en futuros estudios.

Los resultados de esta investigación pueden brindar elementos orientadores como punto de reflexión en el quehacer profesional.

9. Bibliografía

- Albrecht, G. Seelman, K. y Bury, M. (2001). *Handbook of disability studies*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc. doi: 10.4135/9781412976251.
- Amengual, G. (2007). El concepto de experiencia: de Kant a Hegel. Tópicos. *Revista de Filosofía de Santa Fe*, 15, p.5–30.
- Barrera, O. (2011). El Cuerpo en Marx, Bourdieu y Foucault. *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, VI(11), p.121–137.
- Berenzon, B. (2003). La Re/Significación y la Historia. *Frenia*, III(2), p.7-17. Citado por Molina, N. (2013). Discusiones acerca de la resignificación y conceptos asociados. *MEC-EDUPAZ*, 1 (3), p.39-63.
- Blacking, J. (Ed). (1977). *The anthropology of the body*. New York: Academic Press. Citado por Scheper-Hughes, N., y Lock, M. M (1987). *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work*. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), p.6-41.
- Bornstein-Gómez, G. (2010). Gloria Anzaldúa: Borders of Knowledge and the (re)Signification. *Confluencia*, 26(1), p.46-55. Citado por Molina, N. (2013). Discusiones acerca de la resignificación y conceptos asociados. *MEC-EDUPAZ*, 1 (3), p.39-63.
- Bourdieu, P. (1977) *Outline of a Theory of Practice*, Cambridge, Cambridge University Press. Citado por Crossley, N. (2001). *The Social Body: Habit, Identity and Desire*. Londres: SAGE Publications Ltd doi: 10.4135/9781446219867
- Bourdieu, P. (1977). "Remarques provisoires sur la perception sociale du corps", en *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 14, p.51- 54. Citado por Pedraza, Z. (2004). Intervenciones estéticas del yo sobre estético-política, subjetividad y corporalidad. En: Laverde, M. Daza, G. Zuleta, M. (2004). *Debates sobre el sujeto. Perspectivas contemporáneas*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, p.61-72.
- Bourdieu, P. (1987). *Cosas Dichas*, Gedisa, Barcelona. Citado por Ferrante, C. y Ferreira, M. (2011). Cuerpo y habitus: el marco estructural de la experiencia de la discapacidad. *Intersticios: Revista sociológica de pensamiento crítico*, 5(2), p.85–101.
- Bourdieu, P. (1990). *Algunas propiedades de los campos*. Sociología y cultura. México: Grijalbo.

-
- Bourdieu, P. (1991). El sentido práctico. Madrid: Taurus. En: Matoso, E. (ed.). El cuerpo in-cierto. Corporeidad, arte y sociedad. Buenos Aires: Letra Viva, p.45-106 Citado por Castro, J., y Farina, C. (2015). Hacia un cuerpo de la experiencia en la educación corporal. *Revista Brasileira de Ciências Do Esporte*, 37(2), p.179–184.
- Bourdieu, P. (1997). Capital, cultural, escuela y espacio social, Madrid, Siglo XXI. Citado por Ferreira, M. y Ferrante, C. (2010). El habitus de la discapacidad: la experiencia corporal de la dominación en un contexto económico periférico. *Política Y Sociedad*, 47(1), p.85 - 104.
- Bourdieu, P. Wacquant, L. (1995). “Respuestas”, Por una antropología reflexiva. México: Grijalbo, p.185-190.
- Bourdieu, P., Wacquant, L. (2008). Una invitación a la sociología reflexiva. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Brioli, N. (2007). La construcción de la subjetividad. El impacto de las políticas sociales. *Historia Actual Online*, 13, p.81–88.
- Braddock, D. y Parish, S.(2002). An institutional history of disability. En: Albrecht,G. Seelman, K. y Bury,M. (2001). Handbook of disability studies. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc. doi: 10.4135/9781412976251.
- Cachorro, G. (2008). Cuerpo y subjetividad: rasgos, configuraciones y proyecciones. Jornadas del cuerpo y cultura de la UNLP, 15 – 17 de Mayo 2008, La Plata.
- Cash, T.F. y Pruzinsky, T. (1990). Body images: development, deviance and changes. Nueva York: Guilford Press.
- Castro-Lemus, N. (2016). Re-conceptualización del constructo de imagen corporal desde una perspectiva multidisciplinar. *ARBOR*, 192(781), p.a353.
- Castro, J., y Farina, C. (2015). Hacia un cuerpo de la experiencia en la educación corporal. *Revista Brasileira de Ciências Do Esporte*, 37(2), p.179–184.
- Citro, S. (2006). Variaciones sobre el cuerpo: Nietzsche, Merleau-Ponty y los cuerpos de la etnografía. En: Matoso, E. (ed). El cuerpo in-cierto. Corporeidad, arte y sociedad. Buenos Aires: Letra Viva. Citado por Castro, J., y Farina, C. (2015). Hacia un cuerpo de la experiencia en la educación corporal. *Revista Brasileira de Ciências Do Esporte*, 37(2), p.179–184.
- Coy, L. Y. Martínez, R. y Benítez, A. (2016). Reflexión acerca de los conceptos disciplinares de los directivos de un programa de fisioterapia. *Revista Cubana de Educacion Medica Superior*, 30(2).
- Crossley,N. (2001). The Social Body: Habit, Identity and Desire. Londres: SAGE Publications Ltd doi: 10.4135/9781446219867
- Cruz, J. (2017). El concepto de experiencia en Victor W. Turner, E. P. Thompson y Anthony Giddens: Un diálogo entre antropología social, historia y sociología. *Sociología Histórica*, 7, p.345–375.

-
- Csordas, T. (1999). Embodiment and Cultural Phenomenology. Perspectives on Embodiment. New York-London: Routledge. p.143-62. En: Matoso, E. (ed). El cuerpo in-cierto. Corporeidad, arte y sociedad. Buenos Aires: Letra Viva. Citado por Castro, J., y Farina, C. (2015). Hacia un cuerpo de la experiencia en la educación corporal. *Revista Brasileira de Ciências Do Esporte*, 37(2), p.179–184.
- Cuervo, C. Trujillo, A. Pérez, L. (2008). Modelo conceptual colombiano de discapacidad e inclusión social. Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia. Citado por Moreno-Angarita, M. Balanta-Cobo, P. Mogollón-Perez, A. Molina-Achury, N. Hernández-Jaramillo, J. Rojas-Castillo, C. (2016). Análisis cualitativo del concepto y praxis de rehabilitación integral percibido por distintos actores involucrados. *Rev Fac Med*, 64(3Sup), p.S79-S84.
- Davis, S. (2006). Rehabilitation: The Use of Theories and Models in Practice. Edinburgh: Elsevier Health Sciences.
- Douglas, M. (1979). Implicit Meanings: Essays in Anthropology. Londres: Routledge. Citado por Martínez, A. (2004). La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas. *Papers*, 73, p.127-152.
- Douglas, M. (1988). Símbolos Naturales Exploraciones en cosmología. Madrid, España. Alianza Editorial. Criado, C. (Trad).
- Elizalde, R. (2010). Resignificación del Ocio. Aportes para un Aprendizaje Transformacional. *Polis*, 9(25), p.437-460. Citado por Molina, N. (2013). Discusiones acerca de la resignificación y conceptos asociados. *MEC-EDUPAZ*, 1 (3), p.39-63.
- Escribano, X. (2015). Poética del movimiento corporal y vulnerabilidad: una reflexión desde la fenomenología de la enfermedad. *Co-Herencia*, 12(23), p.71-88.
- Ferrante, C. y Ferreira, M. (2010). El habitus de la discapacidad: la experiencia corporal de la dominación en un contexto económico periférico. *Política Y Sociedad*, 47(1), p.85 - 104.
- Ferrante, C. y Ferreira, M. (2011). Cuerpo y habitus: el marco estructural de la experiencia de la discapacidad. *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 5(2), p.85–101.
- Ferreira, M. (2011). Cuerpo y discapacidad: perspectivas (latino) (ibero)americanas. En XXVIII Congreso ALAS. Congreso llevado a cabo en Recife, Brasil.
- Finlay, L. (2014). Embodying research. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 13(1), p.4–18.
- Fortin, S. 2002, "Living in Movement. Development of Somatic Practices in Different Cultures". *Journal of Dance Education*, 2(4), p.128-13. Citado por Pedraza, Z. (2013) Pedraza, Z. (2013). Por el archipiélago del cuerpo: Experiencia, práctica y representación. *Nómadas* [online], (39), p.13-27.
- Gallagher, S., Cole, J. (1995). Body schema and body image in a deafferented subject.

-
- Journal of Mind and Behavior*, 16, p.369-390.
- García, F. (2013). Reflexiones en torno al movimiento corporal humano desde una perspectiva multidimensional y compleja. *Ciencia e innovación en salud*, 1(1), p.78-91
- García, L.V. (2006). La relación terapeuta-paciente en la práctica fisioterapéutica. *Rev. Cienc. Salud*, 4(1), p.39-51.
- García-Sánchez, L. V. (2012). Interrelaciones en procesos terapéuticos: una mirada a la fisioterapia Bogotá D.C. Colombia: Universidad del Rosario.
- Guattari, F.(1996). Caosmosis. Buenos Aires: Manantial, p.8-15. En: Matoso, E. (ed). El cuerpo in-cierto. Corporeidad, arte y sociedad. Buenos Aires: Letra Viva. Citado por Castro, J., y Farina, C. (2015). Hacia un cuerpo de la experiencia en la educación corporal. *Revista Brasileira de Ciências Do Esporte*, 37(2), p.179–184.
- Guerrero, P. (2002). La Cultura Estrategias conceptuales para entender la identidad, la diversidad, la alteridad y la diferencia. Quito: Ediciones Abya-Yala.
- Guimón, J. (1999). Los lugares del cuerpo. Barcelona: Paidós.
- Gutiérrez, A. (2012). Las prácticas sociales: una introducción a Pierre Bourdieu. (1Ed). Villamaria:Eduvrim.
- Herrera, E. Rivera, L. Prada, A. y Sánchez, D. (2004). Evolución histórica de la fisioterapia en Colombia y en la Universidad Industrial de Santander. *Revista Salud UIS*, 36(1), p.21–31.
- Le Breton, D. (2002). Antropología del cuerpo y modernidad. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión.
- León, O. (2016). Lo que esconde la sonrisa de la peliroja: En los zapatos del paciente. Bogotá: A. P. León Urquijo.
- Libreros, P. (2012). The health-disease process and transdisciplinarity. *Revista Cubana de Salud Pública*. 38(4), p.622-628.
- Madariaga, C. (2008). La crisis del modelo biomédico y los desafíos actuales. *Reflexión*, (36). Ediciones Cintras.
- Martínez, A. (2004). La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas. *Papers*, 73, p.127-152.
- Mendieta-Izquierdo, G., Ramírez-Rodríguez, J. C., & Fuerte, J. A. (2015). La fenomenología desde la perspectiva hermenéutica de Heidegger: una propuesta metodológica para la salud pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 33(3), p.435-443.
- Merleau-Ponty, M. (1945): Fenomenología de la percepción. Barcelona:Ediciones península. Cabanes, J. (Trad).
- Meza, J. y Castellar, N. (2012). La resignificación y redignificación del cuerpo en la escuela. *Revista Actividad física y desarrollo humano*, 4, p.8-12.

-
- Meza, E. Yandún, A. Fique, D. Jiménez, A y Rodríguez, G. (2017). Orientaciones conceptuales y metodológicas de rehabilitación (funcional/integral) para el componente primario de atención en salud (fase 1 y 2). Corporación Universidad Iberoamericana. Facultad de ciencias de la salud: Bogotá.
- Mieles, M., Tonon, G., y Alvarado, S. (2012). Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas Humanística*, 74, p.195–225.
- Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993 (1993). Colombia. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION_8430_DE_1993.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Ley estatutaria No. 1618 de 2013. Bogotá, Colombia, 27 de febrero de 2013. Recuperado de <https://discapacidadcolombia.com/phocadownloadpap/LEGISLACION/LEY%20ESTATUTARIA%201618%20DE%202013.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Lineamientos nacionales de rehabilitación basada en comunidad – RBC. Bogotá, Colombia. Recuperado de <https://discapacidadcolombia.com/phocadownloadpap/GOBIERNO/lineamientos-nacionales-rbc.pdf>
- Molina, N. (2013). Discusiones acerca de la resignificación y conceptos asociados. *MEC-EDUPAZ*, 1 (3), p.39-63.
- Morales-Caro, M. S., y Torres-Baquero, M. (2013). Acercamiento y comprensión del cuerpo-sujeto en la kinesiterapia: una experiencia académica. *Revista de La Facultad de Medicina*, 61(4), p 477–482.
- Moreno-Angarita, M. Balanta-Cobo, P. Mogollón-Perez, A. Molina-Achury, N. Hernandez-Jaramillo, J. Rojas-Castillo, C. (2016). Análisis cualitativo del concepto y praxis de rehabilitación integral percibido por distintos actores involucrados. *Revista de la Facultad de Medicina*, 64(3Sup), p.S79-S84.
- Núñez, J. (2017). Elementos básicos de la teoría de los campos sociales de Pierre Bourdieu. *Ars boni et aequi*, 7(1), p.209-219.
- Nussbaum M. (2006). *Las fronteras de la justicia: consideraciones sobre la exclusión*. Barcelona: Paidós.
- Olson, A., Worsham, K. (2000). Changing the subject: Judith Butler's politics of radical resignification. *Journal of Composition Theory*, 20(4), p.727-765. Citado por Molina, N. (2013). Discusiones acerca de la resignificación y conceptos asociados. *MEC-EDUPAZ*, 1 (3), p.39-63.
- Organización de las Naciones Unidas (2006). Convención sobre los derechos de las personas con Discapacidad. Recuperado de <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Clasificación Internacional del

-
- Funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. Ginebra. Recuperado de https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/e74e4-cif_2001.pdf
- Palacios, A. y Romañach, J. (2006). El modelo de la diversidad: la bioética y los derechos humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional. España: Ediciones Diversitas - AIES.
- Pantano, L. (2005): "De las personas con discapacidad y de la discapacidad. Condición y situación". Citado por Ferrante, C. y Ferreira, M. (2010). El habitus de la discapacidad: la experiencia corporal de la dominación en un contexto económico periférico. *Política Y Sociedad*, 47(1), p.85 - 104.
- Pantano L. (1987). La discapacidad como problema social: un enfoque sociológico: reflexiones y propuestas. Buenos Aires: Editorial Universitaria.
- Pedraza, Z. (2004). Intervenciones estéticas del yo sobre estético-política, subjetividad y corporalidad. En *Debates Sobre El Sujeto. Perspectivas Contemporáneas*, p.61–72.
- Pedraza, Z. (2013) Pedraza, Z. (2013). Por el archipiélago del cuerpo: Experiencia, práctica y representación. *Nómadas* [online], (39), p.13-27.
- Parrini, R. (2012). Los archivos del cuerpo: ¿cómo estudiar el cuerpo?. México Distrito Federal, México. Universidad Nacional Autónoma de México. Citado por Perujo Lavín, E. (2013). Los Archivos Del Cuerpo ¿Cómo Estudiar El Cuerpo?. *Tramas*, 39, p.395–399
- Raich, R.M. (2000). Imagen corporal. Madrid: Pirámide.
- Romañach, J. y Lobato, M. (2005). Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano. *Foro de Vida Independiente*, p.1–8.
- Rodríguez, O. Morera, J. Moreno, A y López, A. (2018). Importancia de la comunicación en el establecimiento y satisfacción con el tratamiento en fisioterapia. 3er Congreso Internacional de Comunicación en Salud, 3ICHC (19-20/10/2017). Universidad Carlos III de Madrid.
- San Martín, M. (2016). La sexualidad en la discapacidad motriz adquirida; resignificación del cuerpo (Tesis de pregrado). Universidad de la República. Facultad de Psicología. Montevideo, Uruguay.
- Schilder, P. (1970). The image and appearance of the human body. Gran Bretaña: Routledge and Kegan Paul Ltd.
- Scheper-Hughes, N., y Lock, M. M (1987). The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), p.6-41
- Sen, A. (2004). Discapacidad y Justicia. En: Segunda Conferencia Internacional sobre Discapacidad y Desarrollo Inclusivo. Washington: Banco Mundial.
- Shilling, C. (2012a). The socially constructed body. En *Theory, Culture & Society: The body and social theory*, p.75-102. London: SAGE Publications Ltd.

-
- Shilling, C. (2012). The body and physical capital. In *Theory, Culture & Society: The body and social theory*, p. 135-160. London: SAGE Publications Ltd.
- Tadeo, J. (2011). Fenomenología y hermenéutica como epistemología de la investigación. *Revista Paradigma*, (2), p.7–22
- Thompson, E. P. (1981). Miseria de la teoría., Barcelona:Crítica. Citado por Cruz, J. (2017). El concepto de experiencia en Victor W. Turner, E. P. Thompson y Anthony Giddens: Un diálogo entre antropología social, historia y sociología. *Sociología Histórica*, 7, p.345–375.
- Thompson, E. (1989): “Prefacio”, en *La formación de la clase obrera en Inglaterra*, p.XIII-XVIII, Barcelona: Crítica. Citado por Cruz, J. (2017). El concepto de experiencia en Victor W. Turner, E. P. Thompson y Anthony Giddens: Un diálogo entre antropología social, historia y sociología. *Sociología Histórica*, (7), 345–375. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6341751>
- Thompson, J. K. (1990). *Body image disturbance: Assessment and treatment*. New York: Pergamon Press.
- Torrence, C., DeCristofaro, Elliott, L. (2011). Empowering the primary care provider to optimally manage mild traumatic brain injury. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. (23), p.638–647. Citado por Meza, E. Yandún, A. Fique, D. Jiménez, A y Rodríguez, G. (2017). Orientaciones conceptuales y metodológicas de rehabilitación (funcional/integral) para el componente primario de atención en salud (fase 1 y 2). Corporación Universidad Iberoamericana. Facultad de ciencias de la salud: Bogotá.
- Torres, G. (2014). Esquema, imagen, conciencia, y representación corporal: mirada desde el movimiento corporal humano. *CES Movimiento y Salud*, 2(2), p.80–88.
- Universidad Nacional de Colombia. (2014). *Situando y sintiendo experiencias estudiantiles*. Bogotá D.C. Colombia: Pregraf Impresores S.A.S.
- Valles, M. (1997). *Técnicas Cualitativas de Investigación social*. España: Editorial Síntesis
- Vehmas, S. (2004). Análisis Ético Del Concepto De Discapacidad*. *Revista Española Sobre Discapacidad Intelectual*, 35(4), p. 50–68.
- Vilanou, C. (2000). La configuración postmoderna del cuerpo humano. *Movimiento*, VII(13), p.81-98.