

FACULTAD DE REHABILITACIÓN Y DESARROLLO HUMANO

DOCUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Los documentos de investigación de la Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano de la Universidad del Rosario son un espacio y una invitación permanente a la reflexión y a la crítica sobre aspectos de trascendencia en nuestro país, con miras a contribuir a la construcción de una sociedad más justa e incluyente. Los temas más recurrentes de discusión girarán en torno al bienestar humano, la integración y participación social, la comunicación humana, la salud y el bienestar de los trabajadores, el movimiento corporal humano, el ejercicio y la actividad física.



Universidad del Rosario
Facultad de Rehabilitación y
Desarrollo Humano



Fisioterapia en el ámbito de la salud

Lilia Virginia García Sánchez



Universidad del Rosario
Facultad de Rehabilitación y
Desarrollo Humano

No. 32/Octubre de 2008
ISSN: 1794-1318

Documento de investigación No. 32

FACULTAD DE REHABILITACIÓN Y DESARROLLO HUMANO

LA FISIOTERAPIA EN EL ÁMBITO
DE LA SALUD

Lilia Virginia García Sánchez



UR

Universidad del Rosario
Facultad de Rehabilitación
y Desarrollo Humano

García Sánchez, Lilia Virginia

La fisioterapia en el ámbito de la salud / Lilia Virginia García Sánchez. —Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, 2008.
20 p. —(Serie Documentos de Investigación; 32).

ISSN: 1794-1318

Fisioterapia / Terapéutica fisiológica / Medicina como profesión / Medicina.- Historia / I. Título / II. Serie.

615.82 SCDD 20

Editorial Universidad del Rosario
Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano
Lilia Virginia García Sánchez

Todos los derechos reservados
Primera edición: octubre de 2008
ISSN: 1794-1318

Impresión digital: Javegraf
Impreso en Colombia
Printed in Colombia

Para citar esta publicación: Doc.investig. Fac. Rehabil. Desarro. Hum.

LA FISIOTERAPIA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

*Lilia Virginia García Sánchez**

Históricamente, la mayoría de los conceptos formulados acerca de la salud parten del individuo y su funcionalidad orgánica; funcionalidad que es medida o diagnosticada con base en indicadores biológicos de normalidad. El presente texto pretende mostrar, en un rápido recorrido, elementos centrales de esta construcción.

En la época precartesiana¹ se definía la salud como la ausencia de enfermedad o de defectos y era considerada como “producto de la buena vida y observancia de los rituales, la gracia divina y buena fortuna, una vida en perfecto acuerdo con las leyes espirituales que gobiernan al hombre” (Crawford, 1995: 1348). En la díada alma-cuerpo se privilegiaba a la primera.

Posteriormente, las ideas platónicas fueron desplazadas por la propuesta epistemológica de Descartes, en la que el cuerpo era visto como un objeto sobre el que se podía actuar, expresión del mecanicismo imperante de la época. El cuerpo fue separado del alma y se dieron los primeros pasos para la producción del yo descorporizado (Granada, 1988).

Para el siglo XIX, la salud era el resultado de una práctica científicamente informada sobre un cuerpo natural (concepción biomédica), con una fuerte influencia religiosa que defendía el individualismo y el ascetismo. Se destaca aquí la fuerte influencia del calvinismo que conside-

* Fisioterapeuta. Magíster en Antropología Social. Miembro del Grupo de Investigación en Actividad Física y Desarrollo Humano. Profesora de la Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano, Universidad del Rosario.

¹ Se identifica como precartesiana, a la época que precedió al debate filosófico que concluyó con la división cartesiana del conocimiento a finales del siglo XVII y principios del XVIII, en la que prevalece la idea de que el ser humano está constituido por dos esencias: cuerpo y alma, que serían el fundamento de la división de las ciencias en naturales y sociales.

raba la salud como el deber ser ante Dios y el camino para la salvación eterna, la cual sólo podía ser alcanzada después de la muerte, o en vida a través del control y la mortificación del cuerpo, llevando una vida gobernada por la moral, la rectitud, el orden y la disciplina (Granada, 1988).

En la segunda mitad del siglo XIX, los nuevos conocimientos sobre anatomía, fisiología, bioquímica y farmacología producen la medicalización de la salud, para responder a la pregunta de la época ¿Cómo manejar el cuerpo para lograr un adecuado control y dominación de la enfermedad, considerada como desviación moral, conductual, estética? Ya que “el cuerpo en dolor, en enfermedad, agonizante, el cuerpo epidémico, el cuerpo colectivo, obstaculiza los proyectos de control, transformación y perfección concebidos en el nombre de la salud” (Crawford, 1995: 1348).

Es a partir del siglo XX cuando la cultura científico-tecnológica alcanza la máxima influencia social, política e intelectual, especialmente a través del neopositivismo o el empirismo lógico:

El gran impacto del Círculo de Viena, la influencia de los *Principia Mathematica*, de Alfred Whitehead y Bertrand Russell, la obra de Ludwig Wittgenstein y la de Karl Popper impulsaron la idea de desplazar a toda metafísica del dominio de las ciencias de la naturaleza. El conocimiento científico debía enmarcarse en dos coordenadas principales: la lógica matemática como estructura lógica del conocimiento y del razonamiento científico y el experimento empírico como contrastación de las ideas con los datos y los fenómenos de la naturaleza obtenidos mediante la observación y la experimentación (Barona 2004, 15-16).

En la primera mitad del siglo XX, la creciente presencia de epidemias obliga a que el Estado asuma el control sobre la salud, con el fin de reducir la perturbación económica, política y social, producto de las mismas. Con ese propósito, diferentes aparatos de poder estatal fueron llamados a hacerse cargo de los cuerpos, ayudarlos y, si fuese necesario, obligarlos a asegurar su propia buena salud (Granada, 1998).

Esta tendencia se mantiene, de manera que cada vez es más notorio que el imperativo de la salud se convierta en el deber ser de cada uno y el objetivo de todos:

El cuerpo individual y el cuerpo colectivo se imbrican simbólicamente en el concepto de salud. Se asume la salud colectiva como criterio de definición de una buena sociedad y de un buen gobierno. El cuerpo individual no pertenece a su dueño. Es un objeto colectivo, y por lo tanto puede ser criticado, intervenido, moldeado de manera que no perturbe los patrones estéticos, culturales, morales de la sociedad. De allí que cualquier violación a las leyes de salud se interpreta no sólo como pecados físicos (reductos del origen divino de la descorporización) sino como traiciones al cuerpo social –preocupado por el control–, y al progreso humano con sus múltiples aportes científicos y tecnológicos en emergencia (Granada, 1988: 34).

Queda claro que salud y enfermedad seguían marchando juntas para determinarse recíprocamente. Sólo hasta después de la Segunda Guerra Mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) redefine la salud como el estado completo de bienestar físico, mental y social y no sólo como la ausencia de enfermedad o defecto, ofreciendo tres variables para una comprensión más integral del ser humano (MacMahon, 1985). Sin embargo, rápidamente se evidenciaron las limitaciones de este concepto. La experiencia observada durante el desarrollo de proyectos en salud, liderados en su gran mayoría por la misma OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), dirigidos a los sectores más pobres de la humanidad, expresan y hacen explícitas las enormes dificultades que se enfrentan al ignorar las características sociales y culturales de los usuarios en el proceso de atención en salud (Alarcón, Vidal y Rozas, 2003).

Esto obedece a que tradicionalmente la atención médica no ha sido otra cosa que una forma particular de asistencia, de ayuda técnica, en la que entran en juego las características del “objeto” a reparar, que es un ser humano (el paciente), así como las características de quien practica la técnica de reparación (el médico). Tanto lo que se va a “arreglar” como

quien lo “arregla” son personas, lo que hace de esta interrelación una parte de la misma técnica (Sparr y cols, 1988).

En esta perspectiva, la enfermedad y la realidad del enfermo se convierten en elementos fundamentales en torno a los cuales se articula el saber médico. Así, el enfermo sólo adquiere su condición de tal, en la medida en que en él se manifiesten determinados signos o síntomas que aporten elementos que permitan definir con certeza su enfermedad. Por consiguiente, la díada signo-síntoma se convierte en la piedra angular del conocimiento médico al ser capaz de develar el significado de la enfermedad, su fisiopatología, y su gravedad, orientando la conducta médica a seguir (Barona, 2004). Este conocimiento es fundamental, pues es una referencia para entender a la persona y su motivo de consulta. Gracias a los datos aportados se va armando un caso, el cual se va clarificando al juntar todas las piezas del rompecabezas (Lowen, 1995).

Esta forma particular de relación atraviesa, según Von Gebattel (1995), por varias fases. Una primera fase es la de *llamada*, en la que el paciente acude a la consulta solicitando alivio para sus dolencias y el médico responde para satisfacer las necesidades del enfermo. La relación entre el experto y el enfermo es completamente anónima y está motivada por la búsqueda de ayuda para superar la enfermedad. En la fase de *objetivación*, el interés del médico se centra en el examen clínico-científico del proceso patológico de la enfermedad; en ésta, el paciente se entiende más como “objeto de estudio” que como una persona. Una vez realizado el diagnóstico y establecido el plan terapéutico a seguir, el médico se relaciona, por fin, no sólo con un “caso”, sino con la persona enferma, que se convierte en “su” enfermo.

El centro de toda la relación es la enfermedad, manifiesta en quien la padece mediante signos y síntomas y leída por el experto con ayudas científico-técnicas, en un contexto “aséptico” y neutral, es decir sin la contaminación de hechos que distraigan del propósito principal: combatir la enfermedad. Por eso, la relación sigue siendo con el enfermo, pero en ningún caso con la persona.

El logro de esta objetividad es deseable para el médico, pero para el paciente representa una despersonalización ajena a su padecimiento, lo cual puede traducirse en rechazo y falta de adhesión a los tratamientos, debidos, fundamentalmente, a diferencias en las concepciones de salud-enfermedad existentes entre el personal de salud y los pacientes. Lupton (1994) ya había señalado cómo la medicina científica, a pesar del estatus logrado durante la modernidad, evidencia la imposibilidad de dar respuesta a muchas preguntas que son explicadas desde otros saberes no científicos, lo cual produce, en la vida cotidiana de las personas, un cierto desencanto del sistema médico hegemónico, que las llevan a buscar soluciones alternativas a sus problemas de salud en los sistemas médicos populares o los de otras culturas.

Para el análisis del caso de la fisioterapia como profesión sanitaria, tomé como referencia la medicina, por ser ésta la que ha marcado los derroteros de los desarrollos en salud y, por supuesto, de lo que ha sido el devenir histórico de la fisioterapia misma.

La fisioterapia es concebida como un saber que contribuye a la solución de problemas relacionados con el movimiento del cuerpo, producto de lesiones o enfermedades que lo afectan. En esta perspectiva, se favorece el estudio del cuerpo como objeto por los nexos ya descritos con el saber biomédico de la modernidad.

Así, desde la visión estructuralista, la fisioterapia dirigió su atención en las primeras fases de desarrollo, a la manera como interactuaban los sistemas de órganos y tejidos vinculados con el movimiento. Había un énfasis en el estudio de los sistemas musculoesquelético y neurológico, con un esfuerzo explícito por dar cuenta de las implicaciones del daño en las estructuras que producen alteraciones del movimiento.

Posteriormente, más allá del profundo conocimiento de las estructuras involucradas, emergió una preocupación por el problema de la funcionalidad, para dar cuenta del impacto que producía el daño de las estructuras sobre las funciones que habitualmente desempeñaba el paciente. El proceso de rehabilitación se usó en función del desempeño específico de los

roles del paciente en el grupo social, tendencia que mantiene vigencia en la actualidad.

Es en esta perspectiva que los desarrollos fisioterapéuticos fueron fundamentalmente de orden práctico, dedicados al estudio y refinación de técnicas y procedimientos de movilización corporal, con el propósito de lograr el mayor grado de recuperación del movimiento perdido, de tal forma que la persona pudiera realizar las tareas propias de su autocuidado que le demandaban el medio familiar y el social.

Esta comprensión biológica y funcionalista, además de encontrarse centrada en la recuperación de la condición normal de la capacidad de movimiento, es consecuente con la manera como se concibe la salud desde las ciencias sociales,² con los planteamientos funcionalistas parsonianos, que ajustan la comprensión biológica a una de organización jerárquica. Según estos planteamientos, la enfermedad es “un estado de perturbación en el funcionamiento normal del individuo total, comprendiendo el estado del organismo como sistema biológico y el estado de su ajustamiento personal y social” (Clark, 1999: 8).

Se privilegia el saber experto, al otorgarle la potestad de decidir sobre el curso del proceso a seguir, a partir de la interpretación de los signos y síntomas que son leídos en el cuerpo del paciente y que permiten la objetivación de la situación de enfermedad, siguiendo un patrón idéntico al del saber médico descrito.

En este punto, vale la pena considerar que el significado otorgado al signo no es necesariamente consustancial a la realidad misma, sino que es un acto de conciencia (individual o colectivo) llevado a cabo por un testigo o intérprete (en este caso el fisioterapeuta). Por esto, es necesario reconocer que el significado del signo se halla mediatizado por la tradición

² El modelo “biologiza” los aspectos sociales y culturales, al considerarlos una parte más del funcionamiento del ser vivo; lo anormal, es decir, la enfermedad, se considera como una desviación del sistema. Ya en 1984, Abbel demostró cómo la teoría de sistemas es la ampliación del concepto de relaciones de equilibrio, desarrollado en el campo de la biología a casi todos los ámbitos del conocimiento (Citado por Prieto, 2002).

cultural del fisioterapeuta-testigo que determina una manera particular de interpretación de los signos y síntomas (Barona, 2004).

Aún así, el fisioterapeuta hace una lectura “desde afuera” de lo que le ocurre al cuerpo del paciente y, con base en ella, emite un diagnóstico en términos de funcionalidad del movimiento. Se establece así una relación dador-receptor, persona-objeto, en la que claramente hay una posición hegemónica del fisioterapeuta, que atiende un caso, representado en una patología evidenciada como enfermedad, lo que pone de manifiesto una velada negación del otro como persona.

Bajo este paradigma se analizan la etiología y los signos y síntomas de la enfermedad que afecta la capacidad de movimiento del paciente, procurando aislar el fenómeno que permita un estudio juicioso del problema desde el sustrato orgánico. Este procedimiento aísla al paciente de su contexto, al ignorar o pasar por alto aspectos sustanciales y determinantes de su condición, que sean producto de su historia personal, social y cultural.

Para señalar diferencias entre los factores biológicos, sociales y culturales, me pareció pertinente revisar los conceptos de patología, enfermedad y padecimiento implicados en el proceso. La patología determina el mal funcionamiento de procesos biológicos o psicológicos a causa de anormalidades funcionales o estructurales de base orgánica (Kleinman, 1980). La enfermedad se circunscribe a la dimensión social en la que se halla inmerso el proceso de la misma, con sus implicaciones económicas, sociopolíticas e ideológicas (Comelles y Martínez, 1993). El padecimiento lo constituye la valoración directa que la persona hace de su enfermedad y de sus manifestaciones, lo cual incluye tanto su respuesta afectiva, como la percepción, los conocimientos y los imaginarios acerca de la misma (Kleinman, 1980), incorporando dimensiones culturales (Comelles y Martínez, 1993).

Estas precisiones ayudan a comprender el desempeño del personal sanitario y, en particular, del fisioterapeuta, pues la perspectiva más generalizada se centra en abordar el problema “desde fuera”, tratando la patología y a lo sumo la enfermedad, lo cual minimiza o ignora la sub-

jetividad real del que sufre. Concebir la enfermedad (aguda y principalmente la crónica) como un padecimiento, pone en primer plano la visión “desde dentro”, lo que implica considerar prioritariamente la experiencia subjetiva de quien vive con uno o más padecimientos (Conrad, 1987).

Además, si se considera que el campo de la salud, como espacio simbólico, debe ser entendido a partir de la complejidad de sus múltiples relaciones internas y externas, en las cuales las primeras tienen como referente empírico los signos expresados a través del lenguaje y su significado para cada persona, mientras que las relaciones externas se refieren a la manera como se da la construcción colectiva de los imaginarios de la salud (Mélích, 1996: 49), resulta evidente que la perspectiva biomédica está bastante limitada para dar cuenta de los procesos de salud y enfermedad, al no incorporar en su análisis las dimensiones subjetiva e intersubjetiva que median estas construcciones.

Como producto de la globalización, las prácticas en salud para el tercer milenio (por ende las fisioterapéuticas) estarán cargadas por procesos de transnacionalización y por la emergencia de sujetos sociales e identidades culturales nuevas. Por lo tanto, los futuros profesionales deberán estar dotados de una elasticidad cultural que les permita una “camaleónica adaptación a los más diversos contextos” (Martín-Barbero, 2003: 13). Avanzar en este sentido requiere una aproximación a la axiología de los lugares de encuentro del acto terapéutico, a las funciones de las prácticas culturales profesionales y populares que se están transformando aceleradamente y a las cuales hay que responder con propuestas coherentes con los objetivos éticos, estéticos e intersubjetivos de las profesiones sanitarias. Sobre este punto, Le Breton (1995) considera un error la indiferencia de ciertos profesionales de la salud hacia las circunstancias particulares de sus pacientes, como las relacionadas con sus orígenes sociales y culturales.

Una aproximación metodológica centrada en los actores constituye un rasgo diferencial del enfoque antropológico respecto del biomédico, en relación con el estudio del proceso salud-enfermedad-atención. El dar la palabra a los sujetos sociales supone que no sólo han de ser escucha-

dos, sino que, fundamentalmente, se asume que esa voz es verdadera (Menéndez 1997a). Esto implica un reconocimiento a los actores y las situaciones que no han sido considerados hasta ahora centrales; tal es el caso del enfermo o del paciente y de los espacios grupales e institucionales como pueden ser el consultorio, el centro de rehabilitación o, inclusive, el mismo domicilio del paciente (Moreno, 2000).

Cultura y salud

El concepto de cultura, aplicado al campo de la salud, se constituye en eje para analizar los factores involucrados en cualquier proceso de salud y enfermedad, que es, en últimas, el propósito del sistema en su conjunto. A través del reconocimiento de las diferencias y similitudes en las prácticas sociales de usuarios y fisioterapeutas es posible comprender, por ejemplo, la manera de relacionarse, el nivel y el carácter de las expectativas que cada cual tiene del proceso, las percepciones de salud y enfermedad representadas en la interacción fisioterapeuta-paciente, los patrones con que se evalúan la calidad y el resultado de la acción fisioterapéutica y el despliegue de diversas conductas frente a la enfermedad.

La antropología define la cultura como un complejo y dinámico conjunto de creencias, conocimientos, valores y conductas aprendidas y transmitidas entre las personas a través del lenguaje y su vida en sociedad. La cultura se entiende como una entidad dinámica que se adquiere, transforma y reproduce a través de un continuo proceso de aprendizaje y socialización (Park, 2000). En el concepto de cultura convergen dos grandes dimensiones: una correspondiente a la cognitiva, la cual sintetiza el mundo simbólico de las personas, sus pensamientos, conocimientos y creencias, adquiridos a través del aprendizaje –lo que podría llamarse el *mundo de la conceptualización* o de lo abstracto– y una dimensión material que corresponde a cómo lo simbólico se manifiesta en conductas, prácticas, artefactos culturales y normas de relación social entre las personas (Handewerker, 2000; Geertz, 1998).

En el campo de salud y en el de la terapéutica en particular, las dimensiones cognitiva y material de la cultura se articulan para dar cuenta de cómo pacientes y fisioterapeutas se explican el fenómeno de salud y enfermedad, y las prácticas o procedimientos con que enfrentan los procesos de recuperación del movimiento del paciente.

Normalmente, los elementos cognitivos y prácticos difieren entre profesionales y pacientes, producto de las diversas historias sociales y culturales de cada uno, del contexto en que ocurre el proceso de socialización del acto terapéutico y del contenido propio de la cultura. Como en toda construcción humana, los componentes cognitivos y materiales se transforman en la medida en que se experimentan nuevos retos y problemas.

Una verdadera cultura médica comprende mucho más que la información acerca de los últimos adelantos en el diagnóstico, el tratamiento, la prevención o la rehabilitación de las enfermedades. Su verdadero fundamento proviene de una visión crítica de lo que es. Esto quiere decir que el conocimiento médico, además de influir en nuestras costumbres y formas de vida, ha llegado a constituirse, en algunos casos, en el eje alrededor del cual giran las actividades más significativas en la vida de las personas (Llaca Díaz y cols, 1999).

Para el caso de la fisioterapia, la Confederación Mundial de Fisioterapia (World Confederation Physical Therapy –WCPT–) señala que la interacción es un proceso que “pretende lograr un entendimiento mutuo entre el fisioterapeuta y el paciente/cliente, la familia y los cuidadores y constituye una parte integral de la fisioterapia. La interacción es un prerequisite para lograr un cambio positivo en la percepción corporal y el comportamiento motor que pueden promover la salud y el bienestar” (WCPT, 1999).

Respecto a la interacción humana, Berlin y Fowkes (1998), señalan que “el éxito de la comunicación puede ser logrado a través de un proceso compuesto de cinco elementos: escuchar, explicar, reconocer, recomendar y negociar”. Si bien el lenguaje puede ser fuente de barrera comunicativa por aspectos gramaticales, simbólicos o semánticos, esto no puede ser un obstáculo insalvable en la relación fisioterapeuta-paciente, si existe una

actitud abierta al diálogo y una disposición para conocer y comprender los aspectos relevantes de la cultura médica de sus pacientes (significados relacionados con la enfermedad, hábitos asociados a prácticas culturales, sentido del sufrimiento corporal, por mencionar algunas).

En este mismo sentido, Kleinman (1998) sostiene que la única forma de lograr un acto terapéutico eficaz es a través del compromiso entre el enfermo y el profesional, el cual se logra sólo si la propuesta de recuperación se inserta en la vida simbólica y cultural del enfermo, y si la intervención es aceptable, significativa y satisfactoria, tanto para los profesionales de salud como para los pacientes.

Retomando a López-Yarto (2002), es importante reconocer que el paciente tiene un mundo de experiencias –en este caso de cuerpo y de movimiento– absolutamente irreductibles, al que solamente él tiene acceso, lo cual modifica radicalmente el carácter de la relación paciente-fisioterapeuta. Cualquier intervención que convierta al fisioterapeuta en un técnico sabedor de las últimas claves de lo que al paciente le pasa, parte de una falsedad de fondo. Nadie, si no el paciente mismo, es ese experto conocedor de lo que él mismo está experimentando.

La credibilidad que los pacientes asignan a las fuentes de validación es la que permite, en último término, aceptar o no las explicaciones acerca de las causas de sus enfermedades y la adherencia a los tratamientos. Por lo tanto, el éxito en el proceso terapéutico depende en gran medida de la conjunción de explicaciones entre personal de salud y pacientes (Alarcón, Vidal y Neira, 2003).

De hecho, en la manera de concebir la enfermedad –tanto por parte de los pacientes como del personal de salud– se pueden presentar enormes discrepancias (Cohen y cols., 1994; Hunt 1998). Esto se debe a que en la dinámica de los sistemas de atención, los profesionales sanitarios están cada vez más alejados del conocimiento de la realidad de la población a la cual dirigen sus acciones, sobre todo en lo que respecta a las formas de concebir y actuar de las personas en relación con su salud y su enfermedad. Se reconoce que, en muchas ocasiones, la enfermedad del paciente no coincide con la enfermedad del médico (Herzlich y Pierret, 1988).

Estas discrepancias entre personal sanitario y usuarios pueden ser explicadas en palabras de Bourdieu:

Los agentes están en una situación actual y potencial, lo que supone tener en cuenta no sólo el estado de esa estructura sino su proceso de constitución. Y no sólo la situación del agente, sino también su trayectoria social. De forma que la especificidad de los diferentes campos y su lógica o reglas de juego vienen determinadas por esos recursos o especies de capital, ya sea capital económico, cultural o social (Bourdieu, 2000: 16).

Es decir que las posiciones de los agentes se definen históricamente de acuerdo a su situación (*situs*) actual y potencial en la estructura de distribución de las diferentes especies de poder (o de capital) –cuya posesión condiciona el acceso a los provechos específicos que están en juego en el campo– y de paso, por sus relaciones objetivas con las demás posiciones (dominación, subordinación, homología, etc.) (Bourdieu, 1995: 64).

Estas premisas señalan la importancia de las relaciones entre los agentes que participan en el proceso fisioterapéutico y de los capitales que las determinan, lo que pone de manifiesto la pregunta por el bagaje particular de experiencias sociales y corporales que están en juego en esta interacción. El tema implica valorar la diversidad biológica, social y cultural del ser humano, como factores importantes en todo proceso de salud y enfermedad (Alarcón, Vidal y Neira, 2003) en tanto que ellos condicionan las formas particulares de interacción.

Adicionalmente, describir y analizar los saberes de los pacientes o de las comunidades sobre la atención y las enfermedades, supone incluir no sólo sus construcciones simbólicas, sino articularlas con las condiciones de pobreza, explotación y subordinación dentro de las cuales construyen sus representaciones y prácticas (Menéndez, 1997b).

El conjunto de las relaciones entre las personas involucradas hace que el campo de la salud pueda ser definido como un sistema de diferencias, en el que el “valor” de cada posición asumida por fisioterapeutas y pacientes no se define en sí misma, sino que se mide por la distancia social

que la separa de otras posiciones inferiores o superiores. Por lo tanto, el resultado de las relaciones que se establecen en el campo de la salud y de las diferentes estrategias que llevan a cabo terapeutas y pacientes está en función de los diferentes capitales (Bourdieu, 1995).

El campo, como sistema de relaciones, es “independiente de la población que esas relaciones definen. Los individuos existen como agentes –y no como individuos biológicos, actores o sujetos– que se constituyen como tales y actúan en el campo siempre que poseen las propiedades necesarias para ser efectivos, para producir efectos en ese campo”... para construir el campo, uno debe identificar las formas de capital específico que operan en él, y para construir las formas de capital específico, uno debe conocer el campo (Bourdieu, 1995).

Con este marco de referencia, inicié mi trabajo de investigación “la relación terapeuta paciente en la práctica fisioterapéutica”, orientado a comprender los mecanismos mediante los cuales se hace posible la relación fisioterapeuta-paciente a través del cuerpo, dado que, a diferencia del tipo de relación con otros profesionales de la salud, el fisioterapeuta tiene un contacto corporal directo con el paciente, lo que no es usual en los servicios de atención sanitaria.

Por eso, es necesario reconocer que en el campo terapéutico y en la sesión de tratamiento en particular, se ponen en juego los conocimientos y las experiencias previas de cada persona. Tanto fisioterapeutas como pacientes, llegan a la sesión de tratamiento por trayectorias socioculturales distintas, las cuales, dadas las circunstancias, entran en interacción. Estas son las trayectorias que me propuse seguir para comprender las formas de relación que se instauran entre fisioterapeuta y paciente a partir de los capitales que cada uno posee y que les permite interactuar en este campo en particular.

Referencias bibliográficas

- Alarcón, M. Ana; Aldo Vidal H. y Jaime Neira Rozas (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev Méd Chile*, 131, 1061-65.
- Barona, Joseph L. (2004). Hacer ciencia de la salud: los diagnósticos y el conocimiento científico de las enfermedades. *Panacea*, 5(15), 11-23.
- Berlin, E. y C. Fowkes (1998). *Teaching framework for cross-cultural health care*. California: Mayfield Publishing Company.
- Bourdieu, Pierre (1995). *Respuestas. Por una antropología reflexiva*. México: Grijalbo.
- Bourdieu, Pierre (2000). *Poder, derecho y clases sociales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Clark, Juanne (1999). Un enfoque multiparadigmático de la sociología de la medicina, la salud y la enfermedad. En: De la Cuesta (ed.) *Salud y enfermedad. Lecturas básicas de la sociología en medicina*. Medellín: Yuluka.
- Cohen, MZ, Tripp-Reimer T, Smit C, Sorofman B y Lively S. (1994). Explanatory models of diabetes: patient practitioner variation. *Social Science & Medicine*, 38(1), 59-66.
- Comelles, J. y A. Martínez (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad*. Madrid: Eudema
- Conrad, P. (1987). The experience of illness: recent and new directions. En: Conrad, Peter y Julius Roth. The experience and management of chronic illness. *Research in the Sociology of Health Care* (6), 1-31. Connecticut: Jai Press Inc.
- Crawford, Robert (1995). Los límites del yo y el otro no saludable. Reflexiones sobre salud, cultura y sida. *Social Science & Medicine*, 18(10), 1347-65.
- Geertz, Clifford (1998). Thick description: Toward an Interpretative Theory of Culture. En: *High points in anthropology*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Granada Echeverri, Patricia (1998). El campo de la salud como espacio de construcción simbólica. *UTP: Revista de Ciencias Humanas*, 20, 31-37.

- Handwerker, W. (2000). *Quick ethnography*. California: Altamira Press.
- Herzlich, C. y J. Pierret (1988). De ayer a hoy: construcción social del enfermo. *Cuadernos Médico Sociales*, 43, 21-30.
- Hunt, L. (1998). Moral reasoning and the meaning of cancer: causal explanations of oncologist and patients in southern Mexico. *Medical Anthropology Quarterly*, 12(3), 298-318.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: California University Press.
- Kleinman, A. (1998). *Writing at the margin. Discourse between anthropology and medicine*. Los Ángeles: University California Press.
- Le Breton, David (1995). *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral. 1999.
- López-Yarto Elizalde, Luis (2002). *Terapia de grupo o terapia en grupo. Aperturas psicoanalíticas*. Madrid: Comunicación presentada en las Jornadas de la Asociación Laureano Cuesta.
- Lowen, Alexander (1995). *El lenguaje del cuerpo. Dinámica física de la estructura del carácter*. Barcelona: Herder.
- Lupton, D. (1994). *Medicine as culture. Illness disease and body in western societies*. Londres: Sage.
- Llaca Díaz, JM, Nava González EJ, Salazar Montalvo RG y Sarno Berardi JA. cols. (1999). *Uso de la medicina alternativa en la sociedad urbana o área metropolitana de Monterrey*. Manuscrito de la División de Postgrados. Monterrey: Facultad de Salud Pública y Nutrición, UANL.
- MacMahon, Brian (1985). *Principios y métodos de epidemiología*. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Martín-Barbero, Jesús (2003). *De los medios a las mediaciones*. Bogotá: Convenio Andrés Bello.
- Mélich, Joan Carles (1994). *Del extraño al cómplice. La educación en la vida cotidiana*. Barcelona: Anthropos, 1997.
- Menéndez, E. (1997a). El punto de vista del actor. *Relaciones*, 69, 237-270.
- Menéndez, E. (1997b). Nueva antropología. Los usos futuros de la antropología. *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma Metropolitana*, (52), 9-38.

- Moreno García, David (2000). Antropología médica. *Revista Facultad de Salud Pública y Nutrición (FASPYN)* 1(4): Octubre-diciembre. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2002). *División de desarrollo de sistemas y servicios de salud. Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud. Perfil del sistema de servicios de salud de Colombia*. Disponible en: http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=126 Acceso: Nov 21; 2006 (2a ed.).
- Park, A. (2000). *Introducing anthropology. An integrated approach*. California: Mayfield Publishing Company.
- Sparr, LF, Gordon GH, Hickman D.H. Girard DE. cols (1988). The doctor-patient relationship during medical internship: the evolution of dissatisfaction. Psychiatry service veterans administration, Medical Center. Portland, *Soc Sci Med*. 26(11), 1095-101.
- Von Gebattel, Viktor Emil (1995). The doctor-patient relationship. *Theor Med*, 16(1), 41-72.
- World Confederation Physical Therapy (WCPT) (1999). *Declaración de principios*. Nueva York: Autor.

