

La relación terapeuta-paciente en la práctica fisioterapéutica

Therapist-Patient Relationship in Physiotherapy Practice

Lilia Virginia García Sánchez*

Resumen

El estudio de la relación fisioterapeuta-paciente es de gran interés, pues a diferencia de 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 en salud. Así que identificar y analizar los mecanismos que hacen posible esta relación, permite avanzar en la comprensión de los mecanismos de interacción, de los elementos de poder presentes y de las posiciones relativas de cada actor, producto del bagaje social y cultural de cada uno de ellos. Se busca propiciar una mirada crítica a la manera de interactuar en la sesión de tratamiento, para redimensionar la práctica profesional del fisioterapeuta desde referentes sociales y culturales. En esta primera fase emergen categorías de estudio alrededor del lenguaje corporal, la comunicación verbal y los factores del ambiente que afectan la relación, como los ejes de análisis para el proceso de interpretación de la segunda fase.

Palabras Clave: Campo terapéutico, relación fisioterapeuta-paciente, cuerpo, poder, capital social, capital cultural.

Abstract

The study of the patient-physiotherapist relationship is of great interest, because unlike another health-care professional, the physio-

therapist is supposed to have a closer corporal contact than the others. Through the analysis and identification of the process involved in this relationship, is possible to get a better comprehension about the relative positions and the elements of power used in each role assumed, associated with their social and cultural background. The proposal is having a critical view of the interactions during a treatment session in order to give new dimensions and possibilities to the professional practice, having in account social and cultural references. In this paper is presented the first study phase, with the emerging conceptual categories, related to body language, verbal communication, surrounding and cultural factors. The influences in the therapist-patient relationship are discussed for being analyzed and interpreted in the second phase.

Key words: Therapeutic field, relationship patient-physiotherapist, body, power, social capital, cultural capital.

Recibido: noviembre 15 de 2005

Aceptado: diciembre 12 de 2005

* Profesora Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano, Universidad del Rosario. Fisioterapeuta. Universidad Nacional de Colombia. Candidata a Magíster en Antropología, Universidad de los Andes. Miembro del Grupo de Investigación en Ejercicio Físico y Desarrollo Humano. Correspondencia: vgarcia@urosario.edu.co

INTRODUCCIÓN

La fisioterapia se relaciona de modo directo con el campo de la salud, al ser concebida históricamente como un saber que contribuye a la solución de problemas relacionados con el movimiento del cuerpo, producto de lesiones o enfermedades que lo afectan.

El modelo biomédico que ha prevalecido en la práctica fisioterapéutica favorece el estudio del cuerpo como objeto, bajo el cual emergen múltiples interpretaciones del fenómeno salud-enfermedad. La visión estructuralista dirige su atención a la manera como interactúan los sistemas de órganos y tejidos, con un énfasis en el estudio de las relaciones entre estructura y función orgánicas. Más allá de la estructura, emerge una preocupación por el problema de la funcionalidad del paciente en el desempeño específico de sus roles en el grupo social, tendencia que tiene vigencia en gran medida en la actualidad.

Es en esta perspectiva que los desarrollos fisioterapéuticos son fundamentalmente de orden práctico, en 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 pueda realizar las tareas propias de su autocuidado que le demandan los medios familiar y social.

Esta comprensión biológica y funcionalista determina un tipo particular de relación terapéutica que privilegia al saber experto, y le otorga la potestad de decidir sobre el curso del proceso a seguir, apoyado en 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. El terapeuta 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 movimien-

to. Se establece así una relación dador-receptor, persona-objeto, en la que hay una clara posición hegemónica del terapeuta, que pone de manifiesto la velada negación del otro como persona. Bajo este paradigma, se analizan la etiología y las manifestaciones de la enfermedad, y se procura aislar el fenómeno de modo que permita un estudio juicioso del problema, desde el sustrato orgánico de la persona. Este procedimiento aísla en buena medida 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.

Aceptar como natural una relación terapeuta-paciente en las condiciones expuestas, implica mantenerse en una visión reduccionista. Es desconocer el proceso histórico-social fruto de la experiencia, que viven las personas en un contexto cultural específico, posición que restringe las posibilidades de desarrollo del paciente desde su propia conciencia, intereses y necesidades.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En sentido estricto las relaciones humanas están siempre mediadas por relaciones de poder y en esa dinámica es posible llegar al punto en que una persona anule a otra por completo. En el ámbito de la salud, y en particular en la relación fisioterapeuta-paciente, esta situación es poco probable dado que el paciente no es una persona pasiva, sino que se requiere de su permanente colaboración para llevar adelante el tratamiento con éxito. El punto importante es, cómo en el reconocimiento de esas relaciones de poder, cada uno de los involucrados es capaz de tomar determinada posición y aportar desde ella a la solución del problema que los convoca: la enfermedad del paciente.

Una somera aproximación a este respecto nos muestra que el fisioterapeuta ha sido formado en

un saber experto que lo avala como potencial agente solucionador de problemas relacionados con el movimiento del cuerpo. Bajo esta condición subyacen los intereses, motivaciones o circunstancias que lo llevaron a esa realización. Al respecto, parece haber coincidencia en la presencia de cierta "vocación de servicio" que impulsa a las personas a vincularse con especialidades del área de la salud, con el propósito de convertirse en apoyo y ayuda a personas en situación vulnerable.

Por otra parte está el paciente, que ha sufrido una lesión o enfermedad que afecta su condición de movimiento, a tal punto que ha tenido que recurrir al servicio del profesional fisioterapeuta en la búsqueda de alivio a su malestar, probablemente no sin antes haber buscado múltiples soluciones en otros escenarios.

Esta breve descripción pone de manifiesto que en la relación fisioterapeuta-paciente confluyen intereses sobre un asunto en común: la alteración del movimiento corporal producto de una lesión o enfermedad. Pero también es cierto que es un encuentro entre personas, lo que implica que las posiciones relativas de cada sujeto en esa interrelación serán las que determinen el grado de mutuo reconocimiento y el establecimiento de jerarquías.

Dentro del paradigma positivista de la ciencia, la posición hegemónica del saber experto es absolutamente natural, por lo que resulta interesante pensar en otras posibles formas de relación terapeuta-paciente, que reconozcan en el paciente la complejidad de sus relaciones sociales y culturales, en favor de una mayor comprensión de las condiciones que lo condujeron a ese estado de alteración de movimiento.

Esta comprensión no sólo orientaría el diagnóstico, pronóstico y tratamiento fisioterapéutico al reconocer el valor del movimiento del paciente en sus prácticas y contextos habi-

tuales, sino que además involucraría de manera directa al paciente en el papel que juega en su recuperación para volver, de ser posible, a ejercer los roles perdidos en esos contextos cotidianos o para, en el caso de limitaciones irreversibles, desarrollar al máximo su potencial de movimiento como base para la redefinición de sus roles y prácticas sociales.

Trabajar desde la fisioterapia con el cuerpo y para el cuerpo implica una forma particular de relación, en la que se ejercen los roles característicos del modelo biomédico, desde el cual se intenta tener una mirada "neutral" del problema del paciente a partir de la objetivación de las causas, los signos y los síntomas de su alteración de movimiento, para con base en ellos, emitir un diagnóstico, un pronóstico de funcionalidad y planear unas estrategias de intervención. Esta forma "objetivada" de operar desconoce, por lo general, el universo social y cultural particular del individuo que llega a su consulta, y asume que la solución al problema de la disfunción del movimiento está en manos del terapeuta, quien desde su saber experto posee las claves para la recuperación del movimiento perdido.

En ese orden de ideas, problematizar sobre la relación fisioterapeuta-paciente permite estudiar las relaciones de poder que están en juego, y la manera como cada actor o agente participa y desempeña su rol. Esto favorece una mirada crítica sobre el papel que ejerce el fisioterapeuta y el paciente, a la vez que permite replantear el grado de participación de cada uno en el proceso de recuperación del movimiento que ha perdido el cuerpo del paciente.

Reconocer el ejercicio de poder presente en esta relación, ayuda al fisioterapeuta a redimensionar el papel de cada agente involucrado, incluido el suyo, para buscar que de manera consciente se trabaje sobre la importancia del lengua-

je corporal, la intencionalidad del movimiento, las formas verbales de expresión y las experiencias previas de los sujetos en interacción. En el caso particular de la fisioterapia, durante el tratamiento se ponen en juego y en interacción los imaginarios, las creencias y las tradiciones sobre el cuerpo, el dolor, la salud y la enfermedad que tienen, tanto el terapeuta como el paciente. El punto de encuentro es, por consiguiente, la enfermedad que se manifiesta en un cuerpo y que no puede eludirse por la presencia del dolor que lo vivifica (1).

El padecimiento de un dolor o malestar provocado por una enfermedad coloca al paciente en situación de desventaja, lo que se traduce en una actitud de "sumisión" frente al personal de salud que le atiende, por ubicar en ellos la fuente que procura el alivio que busca. Esta circunstancia determina una relación asimétrica que proviene del grado de conocimiento sobre el origen de la enfermedad, las causas y posible evolución.

Las consideraciones hechas al respecto por Benzaid (2), Russell B (3), Frankl (4), Mastrovito (5) y Goleman (6), apuntan en su conjunto a que todo terapeuta debe abrirse a la comunicación, estar atento a lo que dice el paciente, captar sus dolores, emociones, angustias, ya que además de saber cómo vive en ese momento su enfermedad, se inicia un proceso terapéutico que exige la comprensión de la totalidad de la persona, no sólo el funcionamiento de un órgano o el curso de una enfermedad.

Entonces, es pertinente reflexionar en torno a la relación fisioterapeuta-paciente en la medida en que ello conduzca a favorecer otras maneras de ver y de interrogar el conjunto de fenómenos, en los que intervienen una multiplicidad de factores y agentes en permanente tensión, para construir formas de relación que favorezcan un

desarrollo del potencial de movimiento corporal del paciente, cualitativamente distinto al que se posibilita desde el modelo biomédico. Esto probablemente favorecerá el ejercicio de una práctica profesional más equitativa, igualitaria y participativa, en la que se obtengan resultados en la recuperación de movimiento, diferentes a los obtenidos con la práctica tradicional.

En palabras de Solís Gadea (7), sólo mediante una racionalidad más integral podremos ofrecer a la sociedad un modelo de atención a la salud con mayores posibilidades de resolver de fondo los problemas que nos aquejan. El conocimiento puede avanzar únicamente si tenemos conciencia de insatisfacción. De manera que el primer paso es reconocer la necesidad de comprender las totalidades, tener la humildad de asumir que con enfoques aislados e incomunicados entre sí no podremos contar con un sentido de comprensión del todo. Debemos avanzar en esa dirección y establecer un diálogo entre paradigmas que nos permita acceder a esa perspectiva más amplia.

MARCO TEÓRICO

El modelo biomédico, como sistema médico occidental, se ha establecido como el capaz de resolver los problemas de salud de la población independientemente de los contextos sociales y culturales en que se desarrollan las enfermedades. Sin embargo, la experiencia observada durante el desarrollo de proyectos en salud a nivel internacional, liderados en su gran mayoría por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), dirigidos a los sectores más pobres de la humanidad, expresan y dejan explícitas las enormes dificultades que se enfrentan al no considerar las características sociales y culturales de los usuarios en el proceso de atención en salud (8).

Las principales dificultades descritas se relacionan con el rechazo y la 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 (9) 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 que produce en la vida cotidiana de las personas un cierto desencanto del sistema médico hegemónico, que las lleva a buscar soluciones alternativas a sus problemas de salud en los sistemas médicos populares o los de otras culturas. Sobre este punto, Le Breton (10) considera un error la indiferencia de ciertos profesionales de la salud hacia las circunstancias particulares de sus pacientes, como las relaciones con sus orígenes sociales y culturales.

Bajo estos planteamientos subyace la idea de que es posible, desde la particularidad y especificidad de las prácticas de los profesionales de salud, visualizar problemas fundamentales y articular estrategias que contribuyan a su solución. Por eso es necesario comprender que la realidad de la salud-enfermedad es compleja y que no puede ser trabajada de manera aislada por ninguna disciplina científica.

Para el caso de la fisioterapia, la Confederación Mundial de Fisioterapia (WCPT), señala que el ejercicio profesional involucra la interacción entre el fisioterapeuta, el paciente, la familia y los cuidadores, en 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 prerrequisito para lograr un cambio positivo en la percepción corporal y el comportamiento motor que pueden promover la salud y el bienestar” (11).

Estas premisas señalan la importancia de las relaciones entre los agentes que participan en el proceso terapéutico, 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. El respeto a esta diversidad tiene larga trayectoria en países cuyas altas tasas de inmigración han generado contextos de gran diversidad étnica y cultural. Dicha situación ha puesto el imperativo de desarrollar estrategias que faciliten la relación terapeuta-paciente (8).

En este complejo entramado de relaciones, el concepto de cultura aplicado al campo de la salud se constituye en eje para analizar los factores sociales involucrados en cualquier proceso de salud y enfermedad. 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 a través del cuerpo y el movimiento, el nivel y carácter de las expectativas que cada cual tiene del proceso, las percepciones de salud y enfermedad representadas en la interacción terapeuta-paciente, los patrones con que se evalúa la calidad y resultado de la acción terapéutica, 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 (12). En el concepto de cultura convergen dos

grandes dimensiones: una correspondiente a la cognitiva que 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 la manera de cómo lo simbólico se manifiesta en conductas, prácticas, artefactos culturales y normas de relación social entre las personas (13, 14).

En el contexto de salud y en el campo 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 y mantenimiento del movimiento del paciente.

Normalmente los elementos cognitivos y prácticos difieren entre profesionales y pacientes, como 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.

Retomando a López-Yarto (15), 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 verdadero y auténtico acceso, lo cual modifica radicalmente el carácter de la relación paciente-fisioterapeuta. Cualquier intervención que convierta al terapeuta en un técnico sabedor de las últimas claves de lo que al paciente le pasa, parte de una falsedad de fondo. Nadie sino el paciente mismo es experto conocedor de lo que él mismo está experimentando.

Como sucede en cualquier tipo de fenómeno interpersonal, la motivación del paciente para trabajar en la recuperación del movimiento perdido y, por ende, de sus roles sociales, es el resultado de la interacción entre éste y el fisioterapeuta. Por eso es conveniente que, en vez de considerar la motivación del paciente como una cualidad innata que este trae consigo a la sesión de tratamiento, es más útil considerarla como resultado de la interacción paciente-terapeuta (16). Esta motivación se traduce en el compromiso y dedicación del paciente para realizar los ejercicios y procedimientos orientados por el fisioterapeuta, en la búsqueda del mayor grado de recuperación posible de sus cualidades de movimiento, traducidas en la capacidad de realizar sus prácticas cotidianas.

La antropología contribuye a develar y comprender prácticas sociales involucradas en el proceso de atención en salud y a proporcionar elementos para apreciar el fenómeno de salud y enfermedad desde su dimensión biológica, social y cultural en un escenario de creciente pluralismo que caracteriza a la sociedad contemporánea (8).

Sin embargo, darse a la tarea de avanzar en la comprensión del universo de la relación terapéutica a través del cuerpo y el movimiento, puede resultar bastante complejo. Para facilitar esta aproximación, es pertinente apoyarse en la teoría de los campos de Bourdieu y caracterizar este escenario como *campo terapéutico*.

Un campo puede definirse como una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones se definen objetivamente en su existencia y en las determinaciones que imponen a sus ocupantes, ya sean agentes o instituciones, por su situación (sitio) actual y potencial en la estructura de la distribución de las diferentes especies de poder (o de capital) – cuya posesión implica el acceso a las **ganancias**

específicas que están en juego dentro del campo- y, de paso, por sus relaciones objetivas con las demás posiciones (dominación, subordinación, homóloga, etcétera) el campo es escenario de relaciones de fuerza y de luchas encaminadas a transformarlas y, por consiguiente, el **sitio de un cambio permanente**. Un campo es un juego que nadie inventó, pero que resulta mucho más fluido y complejo que todos los juegos que se puedan imaginar (17).

Para efectos de este trabajo, el **campo terapéutico** es concebido como un conjunto más o menos organizado, coherente y estratificado de agentes, modelos explicativos de terapéutica, salud-enfermedad, prácticas y tecnologías al servicio de la salud individual y colectiva, referidas a la capacidad y cualidades de movimiento corporal. La forma en que estos elementos se organizan internamente, otorgando coherencia al sistema, depende del modelo sociocultural en que se desarrolla la medicina, reconociendo la fuerte dependencia de la terapéutica del sistema médico. En consecuencia, las terapéuticas son construcciones culturales que responden a necesidades sociales específicas. En términos de Bourdieu:

... el espacio social está construido en forma tal que los agentes que ocupan en él posiciones semejantes o vecinas son situados en condiciones y sometidos a acondicionamientos semejantes, y tienen todas las posibilidades de tener disposiciones e intereses semejantes, de producir por lo tanto prácticas también semejantes. El espacio social tiende a funcionar como un espacio simbólico, un espacio de estilos de vida y de grupos de estatus, caracterizados por diferentes estilos de vida (18).

Se asume entonces que cualquier conocimiento social en el "campo terapéutico" requiere de un trabajo de construcción a partir de la relación

del cuerpo y el movimiento y, que este trabajo no tiene nada en común con un trabajo puramente intelectual, sino que se trata de una reflexión práctica del conocimiento dispuesto por el sentido práctico o sentido común, y se hace patente en la respuesta inmediata -e incluso inconsciente- ante los casos de enfermedad (17).

Si se considera que "las formas de interacción emergen de los contactos y negociaciones entre individuos, resultantes de los recursos de poder y de las interpretaciones que tienen los grupos de sus respectivas posiciones en el orden social" (19), es claro que cuando el agente social (fisioterapeuta o paciente) pone en práctica sus conocimientos y experiencias de cuerpo y movimiento, está actuando dentro de la estructura social en la que ha sido socializado y ocupando el lugar que le corresponde y que le posibilita su participación en la comprensión y construcción social de las enfermedades y de sus tratamientos.

Al respecto, Berlin y Fowkes (20) 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 hay 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), el tratamiento fisioterapéutico será más eficaz en la medida en que la propuesta de recuperación se inserte en la vida simbólica y cultural del paciente, y el tratamiento sea aceptable, significativo y satisfactorio tanto para el terapeuta

como para el paciente (21).

En este punto no se puede ignorar el hecho de que el paciente busca al terapeuta precisamente por la autoridad que proviene de su saber experto. Así que la pretensión no puede ser la de eliminar la autoridad en la relación terapeuta-paciente (22).

Se trata más bien de identificar el modo de interrelación que facilite el logro de los objetivos consensuados. La atención se dirige entonces, a mejorar los procesos de comunicación entre paciente y profesional, fenómeno que no sólo involucra al lenguaje verbal como acto comunicativo, sino para el caso del fisioterapeuta, también al lenguaje corporal y al conocimiento de aspectos culturales y sociales del paciente.

Así, el *campo terapéutico* es una realidad social que se construye y se verifica en las disposiciones corporales (lenguaje del cuerpo), en las actuaciones (realización de movimiento intencionado), en las narrativas y en las trayectorias sociales (experiencias previas) de los distintos agentes que lo integran. Es una construcción sociocultural siempre cambiante, según el devenir histórico, los contactos culturales y las experiencias vividas.

Por eso, este trabajo de investigación busca establecer y comprender los mecanismos mediante los cuales se hace posible la relación terapeuta-paciente a través del cuerpo, debido a que, a diferencia del tipo de relación que se establece 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 en salud.

Desde esta perspectiva, se avanza en el análisis de las relaciones de poder presentes en la práctica terapéutica y en el papel que juegan las experiencias previas de movimiento durante el desarrollo del tratamiento fisioterapéutico, con el propósito de propiciar una reflexión dentro

del gremio de profesionales, sobre la manera como se interactúa con el usuario y cómo se puede potencializar la participación del paciente en procura de una mejor recuperación de sus cualidades de movimiento.

OBJETIVO GENERAL

Identificar, comprender y analizar los mecanismos mediante los cuales se hace posible la relación fisioterapeuta-paciente, para avanzar en el análisis de las relaciones de poder presentes en dicha relación, con el propósito de redimensionar la acción profesional a partir de elementos sociales y culturales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características del contacto corporal entre fisioterapeuta y paciente para identificar los elementos que facilitan o limitan dicha relación.
- Describir las características de la comunicación verbal durante las sesiones de tratamiento, para identificar elementos de poder.
- Contrastar cambios en las formas de interrelación corporal y verbal durante el desarrollo del tratamiento, con el fin de interpretar las posibles variaciones en el ejercicio de poder entre terapeuta y paciente.
- Reconocer las experiencias previas de movimiento de cada agente, que se ponen de manifiesto en las sesiones del tratamiento fisioterapéutico, de tal manera que se pueda relacionar y comprender las formas de interacción particulares empleadas por cada uno de ellos.
- Describir las condiciones ambientales en que se desarrolla la sesión de tratamiento para identificar elementos que simbolicen estructuras de poder.

METODOLOGÍA

Desde los enfoques cualitativos de investigación, la comprensión de las relaciones que ocurren dentro del campo terapéutico se estudia desde la perspectiva *fenomenológica* (23). Siguiendo la tradición hermenéutica heideggeriana (24), se busca revelar prácticas compartidas y significados comunes que suelen darse por sentados. De ahí que el análisis esté orientado a *observar y comprender las formas de interacción* de los agentes a partir del cuerpo y las relaciones de poder visibles en dicha interacción.

La lectura de estas prácticas se realiza mediante un *registro fílmico* que permite la observación detallada de los agentes y el contexto en que se realiza la sesión de tratamiento. Se constata una importante presencia del lenguaje corporal, dado que la sesión terapéutica está mediada por el contacto físico. Sin embargo, es evidente que la relación a través de los cuerpos en movimiento no es la única que entra en juego, por lo que otras formas de comunicación como la verbal son consideradas: en la comunicación verbal, se capta la forma discursiva que se emplea desde el primer contacto, en la que es susceptible de análisis el tipo de lenguaje empleado por el terapeuta, si éste es eminentemente técnico o si usa términos que sean familiares al paciente, a la vez que se observa el lenguaje empleado por el usuario, que permite captar la posición relativa de sus saberes con respecto a los del terapeuta.

En este escenario se analizan las relaciones de poder que están en juego, no sólo a través de la comunicación verbal y corporal, sino adicionalmente por la presencia de símbolos que las denotan: el uso de bata blanca, el uso de instrumentos especializados y la disposición del mobiliario en el sitio donde se desarrolla el tratamiento.

Estos elementos constituyen la *primera fase* y son trabajados a partir de la Teoría Fundamen-

tada (25) con el propósito de hallar, a partir de los datos del registro fílmico, las categorías de análisis. La información obtenida en esta primera fase se contrasta con los planteamientos teóricos empleados. Aquí se realiza un trabajo de interpretación de las relaciones construidas a través del cuerpo y del movimiento, situando a los sujetos participantes en sus contextos específicos y considerando sus relaciones de interdependencia.

En una *segunda fase*, se realiza una entrevista semiestructurada a los agentes (fisioterapeuta y paciente) para explorar el capital físico, social, cultural y económico de que disponen y que determina en buena medida el rol asumido por cada persona en la relación.

Finalmente, se realiza el trabajo de interpretación y contrastación, se cruzan las categorías construidas a partir del análisis del registro fílmico con las categorías encontradas en el análisis de las entrevistas y se avanza en la comparación del tipo de relación construida en contextos diferentes.

Las técnicas de recolección de la información mencionadas imponen limitaciones al estudio, pues la presencia de una cámara durante las sesiones de tratamiento supone una alteración del comportamiento de los sujetos al saberse observados (24). En este sentido, se espera que la presencia continua de la cámara provoque una adaptación progresiva a la misma, de modo con el transcurrir de las sesiones de tratamiento no haya intimidación ante ella. Así mismo, la grabación de la entrevista limita hasta cierto punto la espontaneidad en las respuestas del informante, situación que se resuelve en parte al establecer una relación de confianza creciente durante el proceso, que permita a los actores estar más desprevenidos al emitir sus juicios.

La unidad de análisis empleada es la *sesión de tratamiento*, en la que se ponen en juego múltiples factores de interacción, que deben ser

analizados en contexto. A este respecto, y con el propósito de contrastar relaciones terapéuticas en contextos diferentes, se registran tratamientos realizados en *consultorio privado y en el domicilio del paciente*. En sentido estricto, los hallazgos sólo serán válidos para los sujetos y contextos estudiados, por lo que no se espera hacer generalizaciones de los resultados.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación no implica riesgos para las personas vinculadas al estudio, ya que los métodos de investigación planteados no involucran experimentos clínicos, ni condiciones que puedan afectar su integridad personal. La participación de los informantes es de carácter voluntario, previo consentimiento informado. En este sentido, se hace explícita a los participantes la preservación de la confidencialidad y el anonimato. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario (Colombia) en marzo de 2005.

RESULTADOS DE LA PRIMERA FASE

El objetivo central este trabajo es mostrar los resultados de la primera fase, de la que emergen las categorías de análisis. En virtud de esta condición, la discusión y conclusiones presentadas se orientan a describir el sistema de categorías resultante de trabajar los datos a partir de la teoría fundamentada. No se da cuenta del cumplimiento de los objetivos de estudio, por cuanto son resultados parciales.

Para la construcción de las categorías, se transcriben los vídeos y se procede a realizar la codificación abierta, mientras que la imagen es analizada sin sonido para detallar contactos, movimientos, gestos, posturas y actitudes de los agentes en interacción. De este proceso inicial emergen como grandes ejes de análisis la co-

municación verbal, la comunicación corporal y los aspectos relacionados con el ambiente. A estos ejes fueron articuladas las subcategorías que aparecieron en la codificación axial.

CONSULTORIO PRIVADO

En el eje de *comunicación verbal* se identificaron diferentes tipos de diálogos. Al inicio de la sesión invariablemente la conversación se orienta a establecer *contacto interpersonal* (saludo y frases de "protocolo") acompañados de indagaciones por parte del terapeuta sobre el curso de la enfermedad y la evolución del tratamiento. Una segunda clase de diálogo se relaciona con *aspectos específicos de la enfermedad o lesión del paciente*, de sus mecanismos de acción y sus manifestaciones y algunas veces se acompañan con la aclaración de dudas del paciente. Aquí se incluyen todas las órdenes impartidas por el terapeuta, las expresiones de dolor del paciente, las frases de apoyo emocional ante situaciones estrés y las indicaciones orientadas a promover cuidados generales. El tercer tipo de diálogo es sobre *temas generales*, dentro de los que se destaca compartir con los demás pacientes experiencias relacionadas con su enfermedad, también hablan de fiestas religiosas (por la proximidad de la semana santa), de comida, de música, del clima y de la presencia de la cámara de filmación. La cuarta forma de diálogo busca conocer un poco más *aspectos de la vida privada del paciente*. El quinto tipo de expresión verbal proviene de *aspectos administrativos* tratados con la secretaria, para resolver asuntos propios del consultorio (pagos de servicios, recibos, facturaciones, citas, etc.) y la atención permanente a llamadas telefónicas. De todos estos tipos de diálogo, los que más espacio ocupan en el desarrollo de la sesión son los temas generales y los relacionados con la condición de salud del paciente y su evolución, luego están las

“interferencias” para atender asuntos administrativos y llamadas telefónicas, seguidos de los temas relacionados con la vida privada del paciente. Es interesante señalar que durante la sesión hay largos tiempos de silencio durante los cuales el paciente permanece solo.

En la *comunicación corporal* se consideró la forma de vestir y la ropa usada para trabajar en la sesión de tratamiento, la manera de saludar (si había algún tipo de contacto y sus características), la actitud postural, los gestos, la capacidad de ejecución de órdenes del paciente con relación a las solicitudes del terapeuta, la superficie corporal en contacto, el tiempo y características del contacto, el tiempo de permanencia del terapeuta con el paciente y el uso de contacto visual.

Con relación al *medio ambiente* se precisaron las condiciones de acceso al sitio de consulta, la disposición de mobiliario y decoración, el área de tratamiento (condiciones de iluminación, ventilación, espacios, música ambiente), la disposición y clase de equipos tecnológicos, los recursos físicos disponibles para los tratamientos y el estado de los mismos.

CONSULTA DOMICILIARIA

En el eje de *comunicación verbal* se identificaron los mismos tipos de diálogos, excepto el quinto, pues las interrupciones al tratamiento ocasionadas por la intervención de terceros prácticamente no existen, salvo cuando el paciente debe atender algún asunto familiar o una llamada telefónica importante. La mayor parte de los diálogos se concentran en los temas relacionados con el trabajo terapéutico que se realiza. Después de varias sesiones se habla de la vida privada del paciente en la medida en que él lo propone y lo permite. Los silencios aquí están dedicados a concentrarse en las ejecuciones de las indicaciones del terapeuta, pues este está presente durante todo el tiempo de tratamiento. Los diálo-

gos sobre temas generales son esporádicos y en general se relacionan con el clima, el tráfico vehicular o aspectos varios de la ciudad.

En la *comunicación corporal* se identificaron las mismas categorías.

En el eje de *medio ambiente* se considera la clase de vivienda (casa o apartamento), el sitio donde se realiza la sesión de tratamiento (sala, habitación), los elementos de que se dispone para trabajar, música y decoración.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES DE LA PRIMERA FASE

La aplicación de la teoría fundamentada para la construcción de categorías es un proceso exigente. Para el caso particular del presente estudio en su primera fase, el tener como fuente primaria de datos el vídeo, implicó, como lo señala Grimshaw (26) trabajar con un material denso. La recolección de datos (filmación) tuvo una limitación, pues sólo se contó con una cámara que no permitía hacer registros generales y específicos de manera diferenciada. En ese “juego” de acercamiento-alejamiento fue inevitable perder aspectos significativos de la gestualidad, a la vez que tomas de primer plano sacrificaron la posibilidad de observar ejecuciones de movimiento. A pesar de esa limitación, el material obtenido permitió la transcripción de la totalidad de los diálogos para el análisis del eje de comunicación verbal y la observación sistemática para el análisis de la comunicación corporal y del medio ambiente.

De esta codificación se infiere que las estructuras de poder y la comunicación cambian sustancialmente de la atención en consultorio a la consulta domiciliaria. El paciente está más seguro en la consulta domiciliaria, debido a que está en su propio espacio, mientras que el extraño allí es el fisioterapeuta. Éste está limitado en su desenvolvimiento espontáneo, pues debe pedir per-

miso o ayuda cada vez que necesita algo. El consultorio privado es territorio del fisioterapeuta, por lo que en este espacio él se desenvuelve con naturalidad, mientras el paciente se muestra algo tímido e inseguro. En estos dos campos terapéuticos es claro que el poder sobre el espacio cambia de agente de un ambiente al otro, pero a pesar de esta circunstancia, el poder del saber experto se mantiene en el fisioterapeuta. En términos de comunicación, uno de los aspectos más relevantes tiene que ver con el tiempo de permanencia en la interacción terapeuta-paciente. Mientras que en el consultorio privado el fisioterapeuta atiende simultáneamente a dos o tres pacientes, en la consulta domiciliaria el fisioterapeuta está todo el tiempo con el mismo paciente. Eso hace que las interacciones de uno y otro ambiente sean significativamente distintas. Durante la consulta domiciliaria se profundiza en el conocimiento de

la persona y el diálogo tiene un desarrollo similar al de la narración de una historia, pues los temas se van hilando y se avanza o profundiza en ellos. De otra parte, la sesión realizada en el consultorio exige una "comunicación paralela" para atender las demandas de varios sujetos al mismo tiempo. Aquí se sostienen diálogos comunitarios en los que cada persona, desde su camilla o sitio de tratamiento, participa con apreciaciones personales sobre el tema en cuestión. Esta unidad se rompe cuando la fisioterapeuta requiere de la atención específica de uno de ellos; así mismo, la conversación más íntima o privada con el paciente pierde continuidad cuando la terapeuta se retira para atender otro asunto. Esta situación se aplica de manera similar para la comunicación corporal en la que se observa un contacto más cercano y permanente en la consulta domiciliaria comparada con la realizada en consultorio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Le Breton D. Antropología del dolor. 6ª ed. Buenos Aires. Editorial Nueva Visión. 2000. p. 5 - 31.
2. Benzaid N. La consulta médica. 2ª ed. México, Siglo XXI Ed. 1970. p. 9 - 38.
3. Russell B. Antología. Madrid. 3ª ed, Siglo XXI Ed. 1981 p. 384 - 431.
4. Frankl VE. Ante el vacío existencial: hacia una humanización de la psicoterapia. 9ª ed. Barcelona, Editorial Herder. 2003.
5. Kalinsky BYW. Aurré. Claves antropológicas de la salud. El conocimiento en una realidad intercultural. 1ª ed. Argentina. Mino y Dávila Ed. 1996. p. 21 - 24.
6. Goleman D. La inteligencia emocional en la práctica. Por qué es más importante que el cociente intelectual. 1ª ed. Javier Vergara Ed. Buenos Aires. 1996. p. 97 - 107.
7. Solís Gadea H. Notas para la construcción de una visión sociológica de la salud y la enfermedad. Revista Universidad de Guadalajara. Dossier. Ciencias sociales y ciencias de la salud., 2002; 23. En: <http://www.cge.udg.mx/revistaudg/index.html>
8. Alarcón A, Aldo Vidal H, Neira Rozas J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev Med Chile*. 2003; 131: 1061 -1 065.
9. Lupton D. Medicine as culture. Illness disease and body in western societies. Londres. Editorial Sage. 1994. p. 170 - 174.
10. Le Breton D. Anthropologie de la douleur. 2ª ed. Paris: Editorial Meteilié .1995. p. 27 - 32.
11. WORLD CONFEDERATION PHYSICAL THERAPY, WCPT. Declaración de principios. Nueva York. 1999. En: <http://www.wcpt.org/>

12. Park A. *Introducing anthropology. An integrated approach*. 1ª ed. California: Mayfield Publishing Company. 2000. p. 93-101.
13. Handwerker WP. *Quick ethnography*. 3ª ed. California: Altamira Press. 2000. p. 40 - 41
14. Geertz C. *Thick description: Toward an Interpretative Theory of Culture*. High points in anthropology. 1ª ed. Nueva York, Ed McGraw-Hill. 1998. p. 529 - 551.
15. López-Yarto Elizalde L. *Dinámica de grupos cincuenta años después*. 1ª ed. Bilbao, Ed Desclée de Brouwer, 1999. p. 166 - 167.
16. Miller W, Rollnick S. *Terapia breve centrada en la solución como modelo de terapia familiar de toxicómanos*. Memorias II colloquio di motivazione. Florencia, Ed Erickson. 1994.
17. Bourdieu P. *Respuestas. Por una antropología reflexiva*. México, Ed Grijalbo. 1995: p. 69.
18. Bourdieu P. *Razones prácticas. Sobre la teoría y la acción*. 3ª ed. Barcelona, Ed Anagrama. 1997: 131.
19. Lomnitz-Adler C. *Conceptos para el estudio de la cultura regional. Las salidas del laberinto. Cultura e ideología en el espacio nacional mexicano*. 5ª ed. México. Ed. Joaquín Mortiz. 1995. p. 48.
20. Berlin E, Fowkes C. *Teaching framework for cross-cultural health care*. *West J Med*. 1983; 139: 934 – 938.
21. Kleinman A. *Writing at the margin. Discourse between anthropology and medicine*. 1ª ed. Los Angeles. Ed University California Press. 1998. p. 83 - 107.
22. Seguí CA. *Eros psicoterapéutico*. 6ª ed. Buenos Aires. Actualidad psicológica Ed. 1999. p. 17 - 19.
23. Denzin N, Lincoln Y. *Handbook of qualitative research*. 2ª ed. Thousand oaks: Sage Publications Inc. 1994. p. 146 - 152.
24. Bottorff J, Boyle J, Carey MA *et al*. 1994. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín: Morse, Janice Eds. Ed Universidad de Antioquia. 2003. p. 84 - 95.
25. Strauss AL, Corbin J. *Basics of qualitative research: grounded theory, procedures, and techniques*. 2ª ed. Newbury Park. Ed Sage Publications Inc. 1990. p. 110 - 197.
26. Grimshaw AD. *Sound-image data records for research on social interaction: Some questions and answers*. *Sociol Methods Res*. 1982; 11: 121 - 144.