

SABERES EXPERTOS, PRÁCTICAS REHABILITADORAS Y AUTONOMÍA INDIVIDUAL EN EL CONTEXTO DEL CAPITALISMO CONTEMPORÁNEO. EL CONCEPTO BOBATH EN ARGENTINA (2018-2023).

Silva, Gustavo

Universidad del Gran Rosario, Santa Fe, Argentina

gsilva19@hotmail.com

Lescano, Andrea

Universidad del Gran Rosario, Santa Fe, Argentina

andreapaolalescano@gmail.com

RESUMEN

Esta investigación analizó las relaciones entre saberes expertos, prácticas rehabilitadoras y autonomía en el capitalismo actual, a partir del Concepto Bobath en Rosario y Santa Fe -Argentina- (2018-2023). Se exploraron los tratamientos, los rasgos de subjetividad que producen y las nuevas instituciones rehabilitadoras emergentes. Con un enfoque sociológico y perspectiva hermenéutica, se empleó análisis documental, observación participante y entrevistas. Se cuestionó la noción de autonomía individual, entendida como integración motriz, frente a las demandas contemporáneas del capitalismo posfordista.

Palabras Claves:

Capitalismo actual- Salud - Rehabilitación - Concepto Bobath- Autonomía individual

ABSTRACT

This research analyzed the relationships between expert knowledge, rehabilitation practices, and autonomy in contemporary capitalism, drawing on the Bobath Concept in Rosario and Santa Fe, Argentina (2018–2023). Treatments, the subjective traits they produce, and the new emerging rehabilitation institutions were explored. Using a sociological approach and hermeneutic perspective, documentary analysis, participant observation, and interviews were used. The notion of individual autonomy, understood as motor integration, was questioned in light of the contemporary demands of post-Fordist capitalism.

Keywords:

Rent capitalism- Healthcare- Rehabilitation - Bobath Concept - Autonomy

RÉSUMÉ

Cette recherche a analysé les relations entre les connaissances expertes, les pratiques de réadaptation et l'autonomie dans le capitalisme actuel, sur la base du concept Bobath à Rosario et Santa Fe -Argentine- (2018-2023). Les traitements, les traits subjectifs qu'ils

produisent et les nouvelles institutions de réadaptation émergentes ont été explorés. Avec une approche sociologique et une perspective herméneutique, l'analyse documentaire, l'observation participante et les entretiens ont été utilisés. La notion d'autonomie individuelle, entendue comme intégration motrice, a été remise en question face aux exigences contemporaines du capitalisme post-fordiste.

Mots-clés:

Capitalisme actuel - Santé - Réhabilitation - Concept Bobath - Autonomie

Introducción

El capitalismo actual requiere que continuemos siendo productivos como en su etapa anterior, pero se desplaza la productividad desde la fuerza de trabajo corporal hacia competencias y habilidades cognitivas y sensitivas (Castel, 2002); principalmente, debido a los cambios tecnológicos y organizacionales, constituyendo relaciones sociales flexibles (Sennett, 2006), bajo lógicas de proyectos (Boltanski y Chiapello, 2002). Estas condiciones estructuran nuevas subjetividades -con base en el rendimiento- y afecciones -las de tipo neuronales las que aquí principalmente interesan- que las convierten en un problema social (Han, 2012); afectando el campo de la salud y discapacidad (Fisher, 2019).

La figura del individuo a corregir, construida a partir de los aportes de diversos autores (Vigarello, 2005; Foucault, 2007), que consideran consolidada, principalmente, en el siglo XIX, propone que existe el desarrollo de una pedagogía sobre los cuerpos de toda la población (Vigarello, 2005) y una creciente medicalización del cuerpo discapacitado (Foucault, 2006), a los fines de reconducirlos hacia la eficiencia productivista requerida por las sociedades industriales. La figura del individuo a corregir da nacimiento a la normalidad corporal -entre otras-, y a las discapacidades como su contracara -anormalidad (Foucault, 2007)-; creando instituciones especializadas donde, por medio de una ortopedia de los cuerpos, aplicada a través de una pedagogía del poder, se tratará de revertir una corporalidad deficiente a través de los saberes expertos que allí se aplican (Vigarello, 2005).

Sin embargo, las transformaciones sociales actuales, tensionan el saber científico en general (Morin, 2002), y el campo de la rehabilitación médica, particularmente; en la medida que estas últimas, estructuran significativamente la (re)producción de la vida cotidiana a través de su función de integrar, rehabilitando, la capacidad funcional del

individuo como sostiene desde 1974 la OMS¹ (Cibeira, 1997). En Argentina, la función de integración rehabilitadora, en términos motrices, posturales y gestuales del cuerpo, la lleva adelante la kinesiología y fisiatría –en buena medida–; disciplina que entiende a la rehabilitación y se identifica con el objetivo de recuperar la autonomía del paciente en su vida diaria a través de recobrar la normalidad del movimiento. No obstante, la kinesiología y fisiatría, como otros saberes expertos normalizadores, surgieron para mantener o recuperar la integración de un individuo bajo una representación de «cuerpo-máquina» –tomando la noción de David Le Breton (2002)–, en una organización social que está en franco retroceso: la sociedad del capitalismo industrial².

Los cambios profundos en la organización social implican que, nociones tales como, salud/enfermedad, paciente, técnicas rehabilitadoras, movimiento normal y autonomía, entre otras, requieren ser revisadas en el marco de las actuales instituciones rehabilitadoras, específicamente, aquellas relacionadas con los tratamientos kinésicos; en la medida que, la función de (re)producción social que detentaron en sus orígenes, la mantienen bajo las nuevas condiciones de la sociedades postindustriales, dado que, no se observa una desaparición de estos saberes; sino más bien, una readaptación y/o ampliación disciplinar de los mismos³.

La kinesiología y fisiatría, ante este nuevo escenario, viene ampliando su campo de acción profesional y protagonismo en el ámbito de la salud. Inicialmente, como disciplina, aportó a la traumatología -heridos de guerra, trabajadores lesionados, y pacientes seculares de poliomielitis, entre otros- (Cibeira, 1997; Benedetto, 2011), en

¹ OMS. 138ª Sesión del Comité Ejecutivo. Realizada en Washington DC, EEUU, 19-23 de junio de 2006.

² El neoliberalismo ha dado paso a una sociedad donde aquello que lo motoriza no reside en la centralidad de la fuerza corporal como lo fue en el capitalismo industrial. Mientras la productividad industrial a nivel mundial aumentaba a un 2,5% anual en el año 1994, la gente empleada en estos sectores decrecía de un 30% a un 20% en la Comunidad Europea, y de un 28% a un 16% en EE.UU. (Bauman, 2000).

³ Si bien no hemos realizado un análisis exhaustivo de los distintos campos disciplinares rehabilitadores, la OMS ofreció en el año 2024 algunos datos, cifras y pronósticos sobre afecciones y la rehabilitación, que van en dirección a lo que observamos preliminarmente y de modo exploratorio para el campo de la kinesiología y fisiatría. La primera de ellas es que, “en el mundo, actualmente, hay 2400 millones de personas que tienen alguna afección que podría mejorar con rehabilitación. Además, “se prevé que la necesidad de rehabilitación aumente en todo el mundo debido a los cambios en la salud y las características de la población. Por ejemplo, se vive durante más tiempo, pero con más enfermedades crónicas y discapacidad. Por otro lado, en el presente, “buena parte de las necesidades de rehabilitación no están atendidas. En algunos países de ingreso bajo y mediano, más del 50% de las personas no reciben los servicios de rehabilitación que precisan”. Finalmente, la OMS señala que, “Se vive más años, se prevé que el número de personas mayores de 60 años se duplique de aquí a 2050, y cada vez son más las personas que padecen enfermedades crónicas, como diabetes, accidentes cerebrovasculares y cáncer.” <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>

tanto que, de un tiempo a esta parte, expresa una dispersión y alta especialización en múltiples áreas que responden a diversas demandas (kinesiología y fisioterapia del deporte, cardiorrespiratoria, neurológica, entre otras), junto con una ampliación de alcances del título; tales como promoción y prevención de la salud, investigación, tratamientos más invasivos - oxigenoterapia y la aspiración de secreciones de la vía aérea, entre otros (Benedetto y Silva, 2012). Entre las especializaciones que han expandido su campo de acción y practicantes se encuentra la especialización neurológica, abocada a la neurorehabilitación –que se correlaciona con las secuelas de las nuevas patologías y afecciones neuronales que ha traído la nueva etapa del capitalismo, componiendo nuestro objeto de estudio, y que se desarrolla en el próximo apartado–.

La práctica neurorehabilitadora, en el presente, se encuentra liderada en el mundo occidental, en el cual queda comprendida la Argentina, por el Concepto Bobath (CB) como modo de abordaje (Kollen et al., 2009). El CB, desarrollado por el Dr. Karel Bobath y la Sra. Berta Bobath en los años cincuenta, implica un enfoque global, novedoso para la época, dirigido a pacientes con alteraciones neurológicas producidas en el Sistema Nervioso Central (SNC). Este abordaje que se halla dirigido a recuperar el movimiento normal mediante la optimización del mecanismo de control postural, al momento de su formulación, se presentó como una aproximación rupturista al modelo mecanicista y biologicista predominante en el campo de salud –y en la ciencia en general (Wallerstein, 1999)– de la época; posicionándose desde una perspectiva biopsicosocial que comenzaba a desplegarse, en la segunda mitad del siglo XX, en la producción y aplicación del saber científico médico.

El CB, como aproximación terapéutica dentro de la kinesiología y fisiatría, es definido como un “concepto” por sus creadores y la comunidad de practicantes, en tanto se pretende apartarlo de la noción de un conocimiento técnico o técnica, para ser asumido como un saber que interpreta de modo abarcativo y contextualizado el movimiento corporal de un paciente (Bobath, 1997; Davies, 2002; Paeth Rohlf, 2007; Raine et al., 2009)⁴. El CB, de este modo, estableció una apertura a la tarea rehabilitadora del movimiento corporal que no se circunscribe a la recuperación de una dimensión

⁴ La selección del CB responde a que, según sus creadores y practicantes, no constituye un saber técnico determinado y determinante de una terapia como otros modelos rehabilitadores, tales como: Facilitación Neuromuscular Propioceptiva (FNP), Terapia Vojta, método Perfetti, entre otros (Bobath, 1997). Lo que se procura, tal como lo señala una de las discípulas de la pareja Bobath, es conocer “los fundamentos del concepto Bobath, que permita tratar correctamente las afecciones de personas afectadas sin necesidad de aprender recetas determinadas” (Paeth Rohlf, 2007: 7).

sensoriomotriz descontextualizada, sino que se otorga, en el razonamiento clínico profesional, relevancia central a los diversos aspectos de la vida cotidiana comprometidos con el movimiento, postura y gestualidad del paciente. Trabajar con el CB implica poner en relación tres premisas centrales: a)- el movimiento normal existe, b)- el movimiento es absolutamente individual y c)- la tarea rehabilitadora, partiendo de una noción de normalidad, debe trabajar con las singularidades del paciente para la participación del individuo nuevamente en la sociedad –no para la realización de actividades aisladas– (Paeth Rohlfs, 2007)⁵.

Las premisas recientemente descritas colocan a las tareas de evaluación funcional de la motricidad afectada y diagnóstico y elaboración de hipótesis de trabajo en una relación estrecha con la dimensión social del movimiento humano. El tratamiento en cuanto a objetivos, por tanto, se organiza partiendo de la evaluación de tres factores que deben ser tenidos en cuenta para la recuperación del movimiento normal: i) la impronta del profesional –la base teórica, el conocimiento práctico y el grado de habilidades que posea, entre las relevantes–, ii) las singularidades del paciente –contexto, tipo de lesión, preferencias del paciente, comorbilidades, entre otras– y iii) las condiciones del contexto histórico-social donde el tratamiento rehabilitador debe lograr la integración; exigiendo

⁵ Esto implica que el CB define y utiliza la noción de movimiento normal -entendido como la respuesta del mecanismo de control postural central- compuestos por el tono, la sensibilidad, la inervación recíproca y el equilibrio - a un estímulo sensomotriz interno o externo-, pero sosteniendo que, el movimiento, es absolutamente individual, en la medida que debe ponerse en relación con una serie de variables que lo afectan, tales como, la edad, el género, la altura, las proporciones morfológicas, el peso, el clima del sitio donde vive el paciente, entre otras.

Ahora bien, la respuesta del mecanismo de control -el movimiento del individuo-, en condiciones de normalidad, adquiere para la pareja Bobath una serie de características determinadas, las cuales no se desarrollan óptimamente en el paciente afectado y que, por lo tanto, son las que éste intentará adquirir con la ayuda del terapeuta. De esta manera, el movimiento normal posee las siguientes particularidades: va dirigido a un objetivo, es económico, es adaptado y, por último, se caracteriza por ser automático, voluntario o automatizado. Entonces, que el movimiento posea un objetivo implica que la intencionalidad del paciente al moverse sea un rasgo primordial a tener en cuenta: siempre tiene una finalidad. Por otro lado, el carácter económico implica un accionar del sistema nervioso central dirigido a gastar la menor cantidad de energía en cada movimiento, a través de actividades selectivas, evitando la utilización de patrones globales de movilidad. Además, teniendo en cuenta que el medio en el cual se desplazará el paciente presentará cierta variabilidad, su movimiento debe ser capaz de adaptarse a las modificaciones en el espacio y las funciones a realizar. Y por último, si un movimiento se halla incorporado a lo largo del desarrollo psicomotor y se reproduce involuntariamente (por ejemplo, una reacción de equilibrio), o bien se lleva a cabo a fuerza de voluntad, el mismo será automático o voluntario, respectivamente; a su vez, si a fuerza de repetición un movimiento voluntario acaba por tornarse automático, se dice que el mismo se halla automatizado (Paeth Rohlfs, 2007).

una tarea de evaluación reflexiva constante, por parte del profesional, de las hipótesis de trabajo (Bobath, 1997; Paeth Rohlf, 2007; Graham et.al., 2009; Cott et al., 2011)⁶.

De esta manera, dentro de las ciencias de la rehabilitación y el movimiento, el CB aplicado en la kinesiólogía y fisiatría, se presenta como un campo fértil para analizar qué vínculos se pueden establecer entre la actual etapa del capitalismo, las prácticas rehabilitadoras de los profesionales de la salud como saber experto, y la autonomía individual de los pacientes. En torno a esta pregunta general, interrogamos en relación a los tratamientos, qué características de autonomía individual promueven, qué rasgos de subjetividad (re)producen en la búsqueda de rehabilitar al paciente y, a qué nuevos tipos de instituciones rehabilitadoras dan lugar en este campo.

La teoría de la estructuración de A. Giddens señala que, la participación autónoma en la vida cotidiana por parte de un individuo implica vivir en un contexto de integración social.

Integración social que requiere comprender que, las conexiones de la vida cotidiana y su estructuración suceden, principalmente, en el aspecto corporal de la acción de los agentes; específicamente, en el desplazamiento espacio-temporal de las rutinas cotidianas con base a sendas diarias. El movimiento corporal, por lo tanto, juega un papel fundamental en la posibilidad de ejercer prácticas autónomas (Giddens, 2015).

Sin embargo, la condición de autonomía no se agota en esa dimensión, sino que, en *Transformaciones de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas* (1998), Giddens analizando los alcances del saber científico médico, la psicología, entre otros, señala que, la autonomía está presente y puede ampliarse en sociedades modernas –y democráticas– en tanto circulan saberes expertos necesarios para que los individuos reflexionen con mayor entendimiento sus acciones y experiencias. Es por ello que, dadas las condiciones recién planteadas, el autor define que, “La autonomía es la capacidad de los individuos de reflexionar por sí mismos y de autodeterminarse: deliberar, juzgar, elegir y actuar en diversos modos posibles de acción” (Giddens, 1998:111). La autonomía es posible a través de las distintas dimensiones en la que se compone el accionar de un agente: la conciencia discursiva, la conciencia práctica y el

⁶ Es necesario señalar que la relevancia de la dimensión social como fundamento del CB se evidencia en primer lugar en la manera que se construye el objeto de estudio en cuanto a la manera de definir el movimiento normal -y anormal- como concepto central de análisis.

inconsciente. Estas dimensiones, señala el autor, se manifiestan, en parte, a través de sus respectivos registros; registros que implican instancias de racionalización de la acción, el carácter reflexivo de la acción y la motivación que el agente expresa en su entendimiento (Giddens, 2015[1984]:43-51)⁷.

A. Giddens en su obra *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea* (1995), propone que los saberes expertos, más allá de otorgar capacidad autónoma a las personas por medio de la reflexividad, no escapan a la lógica de un uso en tanto dispositivos de poder para administrar las prácticas cotidianas –en tanto rutinas diarias–. Los saberes expertos son aplicados para elaborar reglas y recursos que operan dispositivos, diseñados por agentes estratégicamente situados en la estructura social, para regular las condiciones generales de una reproducción sistémica. Si bien como dispositivos de administración no clausuran el autogobierno, sí implican obstáculos para expandir la autonomía de sus destinatarios en sus experiencias de producción y reproducción de subjetividades y sociabilidad. De este modo, “Las instituciones modernas, al tiempo que ofrecen posibilidades de emancipación, crean mecanismos de supresión más bien que de realización” (Giddens, 1995:15).

La autonomía responde, en este trabajo, a la capacidad de producción de entendimiento⁸ sobre una acción por parte de un individuo a partir de saberes disponibles que proveen los sistemas; saberes que pueden ser ampliados por la capacidad de reflexionar por sí mismos y autodeterminarse que tienen los individuos y, por tanto, expandir los márgenes de autonomía existente en sus diferentes dimensiones, implicando la reorganización de la acción –o incluso su omisión–, en condiciones de dependencia. Es por ello que, el tratamiento rehabilitador kinésico, en tanto conocimiento experto, implica bajo su objetivo integrador, instancias de autonomía del paciente, pero también de significativa dependencia, en torno a las reglas y recursos que emplean para organizarlo por parte del profesional; en la medida que contribuye a la (re)producción del poder de la nueva etapa del capitalismo, con base en el rendimiento individual (Han, 2012).

⁷ A los fines de profundizar las lecturas sobre la composición de la acción, a través de lo que el autor denomina el modelo estratificado del agente, se recomienda leer *La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la Estructuración* (2015). Este modelo fue adoptado en la presente investigación para organizar el diseño metodológico; principalmente, en la elaboración de los instrumentos de recolección de la información como así también su análisis.

⁸ Bajo el concepto de entendimiento hacemos referencia a “todo lo que unos actores saben (creen) sobre las circunstancias de su acción y la de otros, y que aplican a la producción y reproducción de esa acción, incluidos un saber tácito, así como uno discursivamente asequible” (Giddens, 2015[1984]:396).

Los presupuestos generales que se sostienen en el trabajo, a luz del marco teórico de la teoría de la estructuración de A. Giddens (2015), es que, a pesar de la pérdida creciente de las condiciones sociales fundantes de la kinesiólogía y fisioterapia en el capitalismo posindustrial, los tratamientos neurorehabilitadores continúan cumpliendo su función original de integración social autónoma del individuo; en la medida que, dado su condición de saber experto, al ser aplicados como dispositivos, se diseñan e implementan sobre competencias y habilidades que estructuran las subjetividades actuales y, con ello, reproducen registros de reflexividad basados en el rendimiento –como nueva forma de productividad posfordista– en y por el profesional y el paciente. En este sentido entonces, los nuevos tratamientos si bien generan autonomía individual refuerzan, principalmente, los mecanismos de supresión de realización personal –emancipación–, tanto del paciente como del profesional; en la medida que, los tratamientos se convierten en mecanismos de reproducción de los requisitos y principios de estructuración del sistema capitalista actual -posfordista-, específicamente, los que se vinculan con la lógica del rendimiento.⁹

A fin de dar cuenta del objetivo general y, en relación con los presupuestos generales del trabajo, la hipótesis que sostenemos, es que, el tratamiento kinésico, específicamente, el neurorrehabilitador bajo CB, es una práctica alcanzada por los cambios del capitalismo actual y, por tanto, condicionando al mismo, al orientarlo a una lógica del rendimiento en la manera en la que se estructuran sus objetivos y saberes científico-técnicos (Han, 2012). La lógica del rendimiento, implica que, para el capitalismo actual posfordista, no es suficiente –incluso necesario– ya, apropiarse de la movilidad del cuerpo del individuo sino de otras dimensiones de éste; lo que requiere que, los tratamientos al perseguir como objetivos la autonomía del paciente, se enfocan no sólo en la funcionalidad y calidad de la motricidad sino también en abordar otras dimensiones

⁹ La hipótesis trabaja sobre la noción de contradicción que propone la teoría de la estructuración; la cual refiere a “una oposición de principios estructurales con tal que cada uno dependa del otro pero al mismo tiempo, niega al otro; consecuencias perversas asociadas con esas circunstancias” (Giddens, 2015: 394). A su vez, es necesario indicar que la hipótesis de trabajo se inscribe en una de las tensiones fundacionales en el campo de la filosofía política y las ciencias sociales, desde la invención de la autonomía individual (Schneewind, 2009), referida a su posibilidad. La tensión refiere a que, las condiciones que el Estado establece para la vida en sociedad a través de sus acciones restringen la autonomía del individuo en pos de un orden social que asegure su supervivencia -la del Estado- y la del colectivo. Las condiciones de la tensión fundacional, en el campo específico de nuestra investigación, implica identificar a los dispositivos rehabilitadores y a las instituciones del capitalismo como expresiones legítimas y autorizadas a nivel estatal para establecer el orden social y restringir el autogobierno personal. Esta tensión, que hemos denominado contradicción, sigue vigente y ha sido ampliamente abordada, cuando la ponemos en relación con nociones de cuerpo, subjetividad y saber experto, entre otros. (Foucault, 1999, 2008; Giddens, 1998; Canguilhem, 2004; Vigarello, 2005; Benhabib, 2006; Rose, 2019).

del obrar/accionar, principalmente, referido a los aspectos de la sensibilidad humana – afectivo y emotivo– y desiderativo.

Si bien, se han relevado en los antecedentes, investigaciones referidas a la rehabilitación -y discapacidad- en los contextos del capitalismo desde el campo de las ciencias sociales, a nivel local (Pantano, 2006; Perez de Velazquez, 2008; Venturiello, 2014a, b; Ferrante, 2014) e internacional (Mattos, 2008; Mladenov, 2015; Méndez Castillo, 2020), no se identificaron, hasta el momento, investigaciones que problematicen bajo el CB, en torno al campo de la rehabilitación y el movimiento, específicamente, a la Kinesiología y Fisiatría, la práctica neurorehabilitadora; poniendo atención a la correlación de los cambios y continuidades en el capitalismo y el tratamiento.

El diseño metodológico para analizar las relaciones entre saberes expertos, prácticas rehabilitadoras y la autonomía individual en el contexto del capitalismo actual, tomó como caso de análisis el CB aplicado en neurorehabilitación en pacientes adultos en tratamientos kinésicos, en las ciudades de Rosario y Santa Fe, Argentina (2018-2023)¹⁰. La investigación prioriza un enfoque sociológico, adoptando una dinámica exploratoria, de tipo cualitativa, desde una perspectiva hermenéutica-interpretativa – doble hermenéutica (Giddens, 2015)–, basado en análisis documental -manuales y publicaciones sobre CB-, observación participante en talleres de neurorehabilitación CB y, entrevistas semiestructuradas a instructores nacionales en CB, kinesiólogos/as neurorehabilitadores de las ciudades de Rosario y Santa Fe –Argentina– que aplican el CB con pacientes adultos, como así también, a pacientes adultos implicados en estos tratamientos con secuelas de afecciones neurológicas, principalmente ACV (accidente cerebro-vascular)¹¹. El período que aborda es 2018- 2023, definido por el año de inicio y de finalización del trabajo de campo¹².

¹⁰ El presente trabajo se enmarca en investigaciones acreditadas en la UGR-Argentina (Res.N° 01/2017; 16/ 2018; 145/2021; 506/2022; 463/2023; 447/2024) y realizadas por un equipo transdisciplinar de docentes-investigadores y auxiliares, provenientes del campo de las ciencias sociales y humanísticas y del campo de las ciencias de la rehabilitación y el movimiento.

¹¹ La técnica de muestreo aplicada para todas las entrevistas fue no probabilística, intencional o por conveniencia (Otzen y Manterola, 2017).

¹² El trabajo de campo para la recolección de información tuvo dos grandes etapas; que se llevaron adelante a partir de un proceso de ir desplegando y precisando interrogantes y conjeturas en la tarea de indagación exploratoria que viene llevándose adelante en la investigación. La primera etapa del trabajo de campo en torno al problema investigado se orientó a las entrevistas en profundidad y semi-estructuradas a instructores en CB y profesionales kinesiólogos neurorehabilitadores en CB, respectivamente; y a observación participante de talleres en neurorehabilitación en la Especialización en Kinesiología y Fisioterapia Neurológica en la UGR-Argentina. La segunda etapa, en el período 2022-2023, se abocó a la recolección de datos a través de entrevistas semi-estructuradas a pacientes adultos con afecciones neurológicas,

El desarrollo de los hallazgos y discusiones preliminares en torno al problema de investigación se presentan en el siguiente orden; en el primer apartado realizamos una descripción de los rasgos generales de los capitalismos industrial y postindustrial, específicamente, con relación a la organización del mundo del trabajo; la noción de individuo y las características que debería contener para participar autónomamente de las sociedades capitalistas; como así también, lo que aparece como patologías frente a la idea de normalidades de cada época. Este tramo del trabajo se inscribe en la propuesta de Robert Castel (2012), en cuanto a desarrollar una historia y sociología del individuo¹³. En el segundo apartado, se realiza un análisis de la información reunida –tanto de profesionales como de pacientes adultos–, presentando algunas características de los tratamientos neurorehabilitadores kinésicos bajo CB que permitan identificar relaciones con las transformaciones del capitalismo en su organización, principalmente, a través de los cambios y continuidades de la noción de autonomía individual aplicados en las terapias kinésicas. Finalmente, se presentan una serie de reflexiones finales y discusiones sobre los alcances teóricos de los hallazgos en esta investigación.

Capitalismo, individualidades y patologías actuales

El neoliberalismo ha dado paso a una sociedad donde aquello que lo motoriza no reside en la centralidad de la fuerza corporal como lo fue en el capitalismo industrial. El movimiento del cuerpo humano ha perdido su exclusivo significado instrumental para la creación de capital. En un contexto donde las personas eran asimiladas a máquinas, disciplinadas para obedecer a los fines de una sociedad productora; Byung-Chul Han, en *La sociedad del cansancio* (2012), señala que ha emergido otro significado, a la luz de esta nueva etapa del capitalismo post-industrial, asociado al sujeto del rendimiento.

La sociedad donde el sujeto del rendimiento se constituye, necesita cada vez menos disciplinar a los individuos y sus cuerpos a través de espacios institucionalizados,

principalmente ACV, que estuvieran atravesando tratamientos neurorehabilitadores, principalmente, bajo el CB.. La decisión de priorizar pacientes con afecciones generadas por ACV responde a poder dar cuenta, en parte, al incremento de las patologías propias a las nuevas condiciones del capitalismo actual - que desarrollamos en el apartado siguiente-.

¹³ En este campo de reflexión pueden pensarse las obras -o parte de ellas- de autores como, N.Elias, M.Foucault, G. Vigarello, R.Sennett, M.Fisher, B.C.Hang, Z. Bauman, F. Dubet, G. Lipovetsky, E. Illouz, D. Vincent, entre otros.

fábricas, escuelas, cárceles, psiquiátricos, hospitales, por mencionar los más significativos de las sociedades industriales; en la medida que, ya no es central enseñar a administrar y usar la fuerza de trabajo corporal para participar del sistema social. Sin embargo, los sujetos del rendimiento están constantemente desafiados a ser productivos. Lo novedoso en este tipo de subjetividad(es), no está en desafiarse, sino en la autoexigencia permanente, la ausencia de una meta y de etapas a transitar y medios a emplear provisto por un recorrido burocrático predeterminado, como acontecía en las instituciones de socialización del capitalismo anterior. El desafiarse permanentemente es el fin del sujeto del rendimiento, pero sin una escala externa que valide o desacredite lo hecho frente a los demás y uno mismo. Por lo tanto, la ansiedad por hacer y la angustia por no hacer lo suficiente es el rasgo distintivo de las subjetividades en las sociedades actuales. De este modo, aquello que aparece como un desafío personal, un acto de autodeterminación, en numerosas ocasiones, no es más que una nueva forma de productividad del capitalismo actual.

La estructuración de la lógica del rendimiento en los sujetos se la observa originariamente en las transformaciones de las instituciones burocráticas del mundo del trabajo, pero también opera en otros ámbitos de la vida cotidiana actual; dando indicios de la presencia de un rasgo social extendido. Un ejemplo de esta condición, por fuera de las exigencias del ámbito laboral, Zygmunt Bauman la identifica en la práctica creciente de deportes y ejercicios de tipo individuales en los momentos de ocio, tales como trekking, running o crossfit, entre otros –o la espectacularización creciente de las prácticas de deportes o actividades extremas–, por fuera de las instituciones tradicionales, como clubes y federaciones, donde lo perseguido es la experiencia de una sensación corporal satisfactoria y no el logro o competencia por una meta compartida u objetivo externo medible y reconocible por otros junto a reglas y técnicas convenidas para aplicar en la práctica. Lo efímero del objetivo buscado por los practicantes de estas actividades, sensaciones de bienestar, señala Bauman, convoca, irremediablemente, a volver a desafiarse, corriendo los límites y aumentando los riesgos con tal de obtener una nueva experiencia, como un acto más de consumo ¹⁴.

La idea de productividad actual, asociada al rendimiento, genera nuevas patologías. B.C. Han señala que, “la depresión y las enfermedades psíquicas son la

¹⁴ Un análisis más extendido en torno a este tema puede encontrarse en Z. Bauman (2009), “Consumidores en la sociedad moderna líquida” en *Vida líquida*.

manifestación patológica de la falsa libertad” que la sociedad actual nos propone (Han, 2012:20). El comienzo del siglo XXI, desde un punto de vista patológico, no será ni bacterial ni viral, sino neuronal; ya que las “enfermedades neuronales como la depresión, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el trastorno límite de la personalidad (TLP) o el síndrome de desgaste ocupacional (SDO) definen el panorama patológico de comienzos de este siglo” (Han, 2012:59).

Las nuevas lógicas organizacionales que venimos describiendo, en parte, han dado lugar a una estructuración de subjetividades tensionadas por la ansiedad y la angustia; en la medida que, la seguridad ontológica, en términos de Giddens (2015)¹⁵, necesarias para construir nuestras rutinas en la vida cotidiana, requiere de espacios reglamentados y perdurables en el tiempo para constituirse –tiempo institucionalizado, lo definirá Sennett (2006)–, que hoy escasean. Esto implica que, el “sujeto de rendimiento se encuentra en guerra consigo mismo y el depresivo es el inválido de esta guerra” (Han, 2012:19). La invalidez a la que refiere Han, no es una representación dramatizada del enfermo actual, sino que, expresa alguna de las consecuencias que trae sobre la motricidad corporal la sociedad del rendimiento cuando se observan los datos epidemiológicos a nivel mundial.

A partir de la segunda mitad del siglo XX, ha acontecido una marcada transición en los patrones de prevalencia de patologías a nivel mundial, en donde las enfermedades infectocontagiosas han dejado de constituir la primera causa de mortalidad¹⁶, para pasar a ser, en su lugar, las patologías no transmisibles, específicamente, las enfermedades crónicas, que contribuyen al 73,4% del total de defunciones anuales a nivel mundial (Roth et al., 2018). Ejemplos de ellas los constituyen las enfermedades cardiovasculares (como el infarto agudo de miocardio) y cerebrovasculares (ACV). Esta última enfermedad y sus secuelas, una de las afecciones que aborda la neurorrehabilitación kinésica, constituye la segunda causa de muerte a nivel mundial, al igual que en Argentina. Además, supone, un claro ejemplo del impacto epidemiológico de dichos cambios sociales, principalmente,

¹⁵ El concepto seguridad ontológica responde a que el agente social pueda construir la “certeza o confianza en que los mundos natural y social son tales como parecen ser, incluidos los parámetros existenciales básicos del propio-ser y de la identidad social.” (Giddens, 2015:399)

¹⁶ Mención especial merece en este apartado el fenómeno actual de pandemia que gira en torno a una afección de carácter infectocontagioso (COVID-19, producto de la infección por el virus SARS-CoV-2). Se abre aquí la discusión respecto a la re-emergencia de la focalización del sistema sanitario mundial hacia una afección de este carácter. Sin embargo, resulta demasiado pronto un ulterior análisis epidemiológico que pudiese arrojar datos fehacientes respecto a su impacto social en comparación con las enfermedades crónicas, que por lo pronto tampoco sabemos cómo han avanzado desde el comienzo de la pandemia y de qué manera y en qué medida se verán afectadas por ésta.

en la población joven. Los datos estadísticos de salud internacional arrojan un aumento del 25% en la incidencia en adultos de edad comprendida entre los 20 y los 64 años, particularmente, en países de ingresos medios y bajos (Katan et al., 2018). Más aún, cada año en todo el mundo, más de 83.000 personas de 20 años –o incluso menores– padecen un accidente cerebrovascular. Entre los factores de riesgo asociados a este evento neurológico se encuentran el estrés psicosocial, la depresión, la tensión laboral y muchas horas de trabajo (Hankey, 2007).

La trama que se ha venido describiendo incide en las disciplinas del campo de la rehabilitación y el movimiento, al menos en dos aspectos. En primer lugar, la nueva etapa del capitalismo, organizada en torno a subjetividades del rendimiento, acentúa epidemiológicamente tipos de afecciones sobre las cuales opera, en parte, y de manera creciente, la práctica de la kinesiología neurorehabilitadora –como se refirió en varios pasajes del trabajo–, de hecho, es una especialización que ha tenido un crecimiento significativo, por ejemplo, a través de las instituciones universitarias que la imparten –sin ir más lejos, la universidad donde se afinsa la presente línea de investigación¹⁷. En segundo lugar, afecta –como a muchos otros campos– a la organización del campo laboral de las ciencias de la salud, y específicamente, al de las ciencias de la rehabilitación y el movimiento; en la medida que se observa una desarticulación creciente de las tradicionales instituciones de la sociedad del disciplinamiento, propias a la etapa anterior del capitalismo y donde habitualmente se llevaron adelante los tratamientos kinésicos, por nuevas articulaciones. Hoy el tratamiento tiende a adquirir carácter ambulatorio, tanto para el paciente como para el profesional; situación que se ha visto reforzada por las tecnologías de la información y la comunicación a través de una plataformización digital de la salud; por ejemplo, como lo promueve la Organización Mundial de la Salud en su documento *Estrategia mundial sobre salud digital 2020–2025* (OMS, 2021). Las instituciones tradicionales de encierro, basado en la hospitalización del paciente, están decreciendo o bien disminuyendo el período temporal de internación. Por lo tanto, la relación profesional-paciente no está exclusivamente mediada por una institución que controla tanto a uno como a otros bajo el modelo nosocomial¹⁸. Los cambios descritos,

¹⁷ La Universidad del Gran Rosario (UGR) imparte actualmente en su sede Rosario-Argentina, la Especialización en Kinesiología y Fisioterapia Neurológica, como curso de posgrado para kinesiólogos/gas, de dos años y medio de duración.

¹⁸ Vale resaltar que el documento provee de un glosario de “nuevos” conceptos a incorporar en este nuevo paradigma de salud digital entre los cuales se encuentra el de “hospital digital”, y cuya definición es “El hospital digital ofrece servicios dentro y fuera del recinto hospitalario, con lo que se aparta de la prestación

habilitan preguntas referidas a, qué tipo de relaciones y acuerdos se dan entre profesionales y pacientes, en estos nuevos contextos donde se desarrollan los tratamientos neurorehabilitadores; como también, qué se entiende por autonomía del paciente al estar mediada la práctica kinésica por las nuevas tecnologías¹⁹.

La bibliografía que cruza las temáticas aquí centralmente abordadas –capitalismos, individualidades y patologías–, muchas de las cuales contribuyen al campo de la sociología del individuo, permite delinear algunas respuestas, a modo de diagnóstico general, a los interrogantes planteados con respecto a las transformaciones descritas. Autores diversos –que dan sustrato a la hipótesis de investigación en este trabajo–, indican que han surgido, a finales del siglo pasado, otras formas y sentidos de relacionarse en el mundo del trabajo que responden, en buena medida, a la lógica del rendimiento.

El autor R. Sennett, bajo la definición de capitalismo flexible, mencionado al inicio de este trabajo, observa que, en las últimas décadas del siglo XX, la productividad humana que estaba depositada, centralmente, en la fuerza corporal, habilidades cognitivas y la experiencia laboral –“carrera profesional”– ha perdido valor debido a la incorporación sistemática y permanente de tecnologías –robótica, comunicación e información y podemos agregar la inteligencia artificial– que permiten reemplazar de manera más eficiente las destrezas antes valoradas (Sennett, 2006, 2012). Ante esta situación, el autor describe, tomando como casos empresas de alta tecnología en programación de software, que el componente productivo del ser humano, en las instituciones del capitalismo flexible, reside en las habilidades para las interrelaciones interpersonales basadas en la sensibilidad²⁰. Por tales razones, Sennett señala que, “No es casual que las organizaciones flexibles hagan hincapié en las «habilidades para las relaciones humanas» y ofrezcan formación interpersonal” (Sennett, 2006:48). La sensibilidad humana y las habilidades que se pueden desarrollar a partir de ellas son necesarias por el fantasma de la inutilidad que recorre las sociedades actuales, en las

de cuidados basada en un centro y se aproxima a una red de cuidados virtual e inteligente centrada en el paciente e integrada en el proceso continuo de la salud.” (OMS, 2021:46).

¹⁹ Esta nueva situación abre la puerta a muchos interrogantes, claro que no pueden ser abordados en este trabajo dado que exceden los objetivos de la investigación; sin embargo, es necesario señalar que el problema de la autonomía y las nuevas tecnologías, específicamente, la IA, en los contextos de postpandemia están generando un intenso debate en cuanto al uso y la afectación de las personas y la toma de decisiones, tanto de los destinatarios, usuarios o consumidores -en nuestro caso, pacientes y profesionales- y posibles escenarios posthumanistas en el ámbito laboral -entre otros- (Cortina, 2024).

²⁰ R. Sennett señala que la nueva institucionalidad del capitalismo flexible se organiza en “estructuras fluidas, donde la sensibilidad sustituye al deber” (Sennett, 2006:48).

cuales, cualquier labor basada en las destrezas valoradas en el capitalismo fordista es plausible de ser sustituida por las nuevas tecnologías (Sennett, 2006).

El empleo tiende a ser cambiante y breve en el capitalismo posfordista, señalan varios autores (Boltanski y Chiapello, 2002; Sennett, 2006; Castel, 2012; Fisher, 2019). Simultáneamente al incremento y aplicación de tecnologías se produce una descomposición de las instituciones del asalariado protegido y la consciencia de la pertenencia a un colectivo organizado en los individuos. Las instituciones basadas en el soporte de la continuidad laboral –derecho al trabajo, derecho a la salud, derecho a la jubilación, entre otros–, que están desapareciendo, hicieron posible el desarrollo de nuevas facetas de la individualidad, vinculada a la certeza y fiabilidad de la vida personal frente al futuro, que hoy están en retroceso (Castel, 2012). El declive de las instituciones del empleo de la etapa fordista, implica nuevas formas de atomización, que fuerza a los sujetos a entrar al juego de la competencia individualista y adoptarlo como ideología; despojándolo, más temprano que tarde, de la conciencia de lo colectivo (Fisher, 2019). Estas nuevas condiciones del mundo del trabajo, que se afianzan a inicio de la década del '80 del siglo pasado, además de la flexibilización de la arquitectura interna de las empresas tradicionales –como describimos anteriormente–, da lugar a formas nuevas de flexibilidad laboral, sostienen L. Boltanski y É. Chiapello (2002); al gestarse por fuera del modelo institucional anterior, y estructurándose en forma de proyectos, conformando un mundo laboral reticular²¹. La ideología de la competencia individual detrás de ambos modo de flexibilización, señalan Boltanski y Chiapello, se implementa bajo la lógica del rendimiento personal; lógica que inicialmente fue adoptada e impulsada por ciertos sectores de la sociedad –aquí los autores tienen un contrapunto con Fischer–, en tanto que, la creatividad y, principalmente, la autonomía, fueron valores centrales para que los individuos se identifiquen con los cambios; principalmente, los más jóvenes, en tanto recién llegados al mercado de trabajo. El cambio al que dio lugar, de modo esquemático, fue “sustituir el control por el autocontrol y, de este modo, en la externalización de los

²¹ La noción de trayectoria laboral bajo estos términos supone que un individuo puede participar de uno o varios proyectos –simultáneamente–, que adoptan la forma de encuentro, teniendo un principio y un final predefinido –generalmente–, en condiciones flexibles de espacio-tiempo, los cuales se suceden y reemplazan según prioridades y necesidades, componiendo grupos o equipos de trabajo (Boltanski y Chiapello, 2002). Una vez finalizado el proyecto, la red de relaciones queda “latente”; es decir, cada uno de los integrantes frente a una futura necesidad o demanda puede volver a activar esa conexión

costes muy elevados que lleva aparejado el control mediante el desplazamiento de la organización sobre los asalariados” (L. Boltanski y É. Chiapello, 2002: 281²²).

Las transformaciones en el mundo del trabajo dieron paso a una nueva etapa para la individualidad: el individuo hipermoderno, como lo define Castel (2002). Un individuo que tendría la exclusividad en la historia, por la evolución misma de las condiciones – culturales y tecnológicas– de la sociedad, que la conformaron en una experiencia fiable y confortable para el ser humano, de vivir desconociendo que vive en sociedad. El individuo se asume como autosuficiente. Esta nueva cultura contemporánea funda una nueva dimensión psicológica del individuo que implica desechar lo social, creyendo que él mismo es portador de todas las capacidades necesarias para obtener independencia social. El principio de esta nueva cultura es, “el individuo en sociedad funciona por debajo de sus potencialidades” (Castel, 2002:321). No es casual que este principio, señala Castel, esté siendo promovido y aplicado para la organización de muchas técnicas derivadas de un psicoanálisis diluido -trabajan el aquí y ahora- que se orientan a maximizar las potencialidades psíquicas individuales. La autonomía personal es entendida como una experiencia de desvinculación, desconexión y descompromiso de cualquier tipo de pertenencia a un colectivo para lograr su propio bienestar, con el convencimiento de que es posible. Por lo tanto, la tarea del individuo es “trabajar sobre sí mismo para mejorar y ampliar sus capacidades sensitivas, psíquicas y comportamentales... para ser más productivo” (Castel, 2002:321), para un capitalismo que así lo requiere; más allá de –o junto a– la voluntad o autodeterminación personal. Lo que asoma como problema, como efecto no deseado, es la condición y la experiencia de soledad.

Mark Fisher, en su libro *Realismo capitalista* (2019), describe que los cambios que se sucedieron en el mundo del trabajo desde la década del ´80 del siglo pasado –en Europa– y que ha tenido nuevas versiones a partir de los cambios tecnológicos provistos por la comunicación digital en el presente siglo, han dado lugar a condiciones de empleos precarios, provisorios e incommensurables en las tareas a realizar, y a un individuo que se asume autosuficiente, adoptando y desarrollando capacidades tales como, la autogestión, el gerencialismo y la auditoría y monitoreo personal permanente, entre las más

²² A los fines de una lectura profunda sobre estos cambios y el rol de la autonomía como principio, se recomienda la lectura de la “Segunda parte. Las transformaciones del capitalismo y el desarme de la crítica” en *El nuevo espíritu del capitalismo* de los autores L. Boltanski y É. Chiapello (2002)

significativas, rasgos propios a la lógica del rendimiento²³. Las capacidades desarrolladas para participar de la sociedad del rendimiento responden a mecanismos de autovigilancia significativas, generando una serie de daños psíquicos colaterales, asociados a la depresión, ansiedad, angustia y estrés, entre otros mencionadas por Fischer (2019)²⁴. El autor define a estos nuevos daños como la privatización del estrés; en la medida que, la depresión y el malestar no toma forma colectiva; no puede tomar forma colectiva en un mundo social donde esas referencias institucionales están desapareciendo, y el individuo decide desvincularse de ellas como un acto de autonomía –como lo describe Castel–. La privatización del estrés -con sus distintas expresiones patológicas: depresión, angustia, ansiedad, otras- es la expresión, o el costo, de la conciencia del individuo hipermoderno del fantasma de la inutilidad personal –como lo define Sennett (2006).

Las condiciones y daños colaterales últimos descritos en el marco del capitalismo posfordista por Fischer, componen los factores de riesgo asociados al evento neurológico ACV y sus afecciones neuromotrices en pacientes –como se mencionó anteriormente (Hankey, 2007)–, de las cuales se ocupa la creciente kinesiólogía neurorehabilitadora. Los tratamientos neurorehabilitadores, se inscriben como una nueva etapa dentro de la figura del individuo a corregir, formando parte de un sistema perfecto y elegante del capitalismo actual –como otras técnicas y dispositivos lo hicieron con la motricidad durante el fordismo– (Fisher, 2019)²⁵. Ahora bien, los trabajos recorridos en los distintos autores permiten reconstruir la siguiente idea, las capacidades desarrolladas bajo lógicas de eficiencia del capitalismo posindustrial o posfordista, supervisadas bajo mecanismos de autovigilancia, han rebasado el mundo laboral para componer rasgos de las subjetividades actuales, que se aplican a la sociedad del rendimiento²⁶. En este

²³ En parte, esta conjetura que acompaña a la hipótesis general de la investigación, se constata en los resultados preliminares de la investigación y que desarrollamos en el apartado siguiente, por ejemplo, en torno a la noción de acondicionamiento corporal como uno de los objetivos perseguidos de la terapia kinésica bajo CB aquí en estudio.

²⁴ “Así como el giro del fordismo al posfordismo ha provocado un sinnúmero de daños colaterales a nivel psíquico, el posfordismo ha innovado también en la multiplicación de las formas de estrés” (Fisher, 2019:31)

²⁵ “La privatización del estrés es un sistema de captura perfecto, elegante en la brutalidad de su eficiencia. El capital enferma al trabajador, y luego las compañías farmacéuticas internacionales le venden drogas para que se sienta mejor” (Fisher, 2019:135)

²⁶ Reconocemos que, todo tratamiento médico implica un aspecto laboral por parte del profesional que lo diseña; y es posible que, a partir de ello, las dinámicas de las terapias de rehabilitación incorporen la lógica del mundo de trabajo posfordista descritos. Estas condiciones en los tratamientos no se reproducen por esa única condición -o dirección-, en tanto que, los pacientes, tienen capacidades autónomas para tomar decisiones sobre cómo conducirse, producto del carácter reflexivo; vale decir, que la reproducción social no sucede a modo de una estructura invalidante del sujeto -como propone Giddens (2015)-.

rebasamiento, entendemos que se aplican también a los procesos de interpretación de salud-enfermedad, en tanto saberes expertos –teorías, tratamientos y técnicas, entre otros– como a los saberes prácticos e inconscientes de los sujetos. En el caso de los saberes vinculados a la figura del individuo a corregir, afectan nociones centrales como las de autonomía y normalidad con las cuales trabajan.

Es por ello que, la hipótesis de trabajo refiere que, el tratamiento kinésico neurorrehabilitador bajo CB es una práctica alcanzada por los cambios del capitalismo actual y, por tanto, condicionando al mismo, al orientarlo a una lógica del rendimiento en la manera en la que se estructuran sus objetivos y saberes científico-técnicos (Han, 2012). La lógica del rendimiento, implica que, para el capitalismo actual posfordista, no es suficiente –incluso necesario– ya, apropiarse de la movilidad del cuerpo del individuo sino de otras dimensiones de éste; lo que requiere que, los tratamientos al perseguir como objetivos la autonomía del paciente, se enfocan no sólo en la funcionalidad y calidad de la motricidad sino también en abordar otras dimensiones del obrar/accionar, principalmente, referido a los aspectos de la sensibilidad humana –afectivo y emotivo– y desiderativo. El tratamiento entendido en los términos recién planteados, tiende a reponer, en parte, las condiciones epidemiológicas (ansiedad, angustia y estrés, entre otras, propias de la privatización del estrés) de las nuevas afecciones neuronales de la sociedad del rendimiento en la instancia de recuperación del paciente.

Una aproximación al análisis de las técnicas kinésicas en las sociedades de rendimiento

Los resultados, parte de una investigación más amplia, arroja que los contextos del capitalismo actual, que estructuran sociedades del rendimiento, desarticulan las instituciones de la sociedad del disciplinamiento donde habitualmente se llevaron adelante los tratamientos kinésicos; lo que no implica la desaparición de lógicas y procedimientos nosocomiales y post-nosocomiales que se siguen requiriendo en ciertos casos, pero que tienden a reducirse en la medida de las posibilidades. En relación a los tratamientos neurorrehabilitadores aquí bajo estudio, el cambio institucional permitió observar la presencia de características cada vez más de tipo ambulatorio por parte de los pacientes. Un dato significativo que emerge del análisis –dado que no formó parte de la búsqueda intencionada de los integrantes de la muestra– fue que, más de la mitad

de los/las kinesiólogos/as de la muestra desempeñaba su práctica profesional en estas nuevas condiciones institucionales (Silva y Galetto, 2022; Galetto, 2022).

Las tradicionales instituciones disciplinares de encierro enfrentan una creciente competencia con las instituciones flexibles en el campo de la salud afectando los tratamientos neurorehabilitadores bajo el CB. Los cambios y/o tensiones identificadas se vinculan con: **a)**- el abordaje terapéutico, en tanto le otorga centralidad a la singularidad del paciente y los saberes expertos del profesional interviniente; **b)**- los objetivos de la terapia, los cuales no se circunscriben a rehabilitar el movimiento sino también a poder *acondicionar el movimiento*, en la medida que la vida cotidiana hoy nos presenta tareas inciertas e inespecíficas a las cuales hay que estar presto a responder para no quedar aislados; **c)**- la concepción de movimiento normal, partiendo de revisar las nociones de *calidad y función* en la motricidad, se resignifica al revalorizar las condiciones de vida cotidiana del paciente -el saber práctico del paciente se recupera y pone en tensión con el saber experto modélico-; **d)**- la organización y diseño de la terapia, operando a modo *de proyecto y en forma reticular* -atomizando las dinámicas burocráticas de organización del trabajo en salud (Boltanski y Chiapello, 2002) y; **e)**- el *rol del paciente* en la terapia, la voz del paciente es significativa para el profesional al momento de evaluar, diseñar y aplicar el tratamiento, entre los más destacado.

Las novedades recién planteadas para los tratamientos neurorehabilitadores kinésicos se basan en una nueva lógica de relación profesional-paciente. En la medida que los tratamientos kinésicos, al no estar la relación profesional-paciente determinadamente mediada por pautas terapéuticas impersonales propia de la burocracia típica de la institución de encierro, los mismos adoptan una creciente estructuración por acuerdos interpersonales. Los acuerdos se construyen a partir de los tradicionales registros del saber experto que aporta el CB y los parámetros éticos disciplinares y generales que implican a la práctica profesional kinésica involucrada, como así también, en las habilidades para las interrelaciones interpersonales basadas en la sensibilidad propia de la organización flexible del capitalismo actual.

La condición de flexible durante el tratamiento, se presenta en la experiencia de los profesionales de la salud involucrados, a través del empleo de nociones tales como, “ameno” y “descontracturado”. La descripción de la relación profesional-paciente bajo tales nociones implica que las reglas de trabajo se les representan más difusas y confortables en tanto se traen al ámbito laboral y trato con el paciente, habilidades

emocionales y afectivas, sin que esto sea percibido, ni promueva, la ausencia de orden y rigurosidad. No es menos cierto que, esta posibilidad de introducción y desarrollo de habilidades interpersonales, los profesionales las identificaron, principalmente, con aquellas instituciones que se orientan a prácticas ambulatorias y no de encierro, como lo describió una de las kinesiólogas entrevistada, en los siguientes términos,

“¿qué pasa vincularmente entre el paciente y el profesional?, ¿cómo cambia esto vincular también dependiendo de la institución a donde vos vayas? No es lo mismo en un hospital que en un consultorio chiquitito o en un lugar donde hay más formalidad. Acá por ejemplo [en el consultorio donde trabajo] [...] es como un espacio muy ameno, donde se toma mate, donde se labura, pero se charla. [...] Es un espacio descontracturado, no está esta mirada de ‘bueno, ahora entro a determinado lugar donde pasa determinada cosa[sic.]’”. (Profesional 1, institución flexible)

Los pacientes valoran la incorporación de las habilidades interpersonales en la organización del tratamiento –sea o no ambulatorio–; e identificaron, también, la distinción institucional entre «un hospital»²⁷ y «un consultorio chiquito», marcada por la profesional en el párrafo anterior-. Generalmente, los pacientes reconocen el saber experto de los profesionales; sin embargo, destacan a aquellos profesionales que durante el tratamiento demuestran capacidades para la construcción de vínculos afectivos. El extracto de una larga entrevista con uno de los pacientes, quien nos relata su proceso rehabilitador de las secuelas dejada por un ACV a lo largo de los años, permite observar la relevancia del “feeling”, como él lo define, con los profesionales en distintas instituciones,

“¿Sabes lo que pasa? Que llega un punto que uno hace ya no te digo una amistad pero algo por el estilo, es muy fluido el trato, me pasó con Checho [el kinesiólogo] ...a la mañana le tocaba a otra kine con la cual no tuve mucho feeling, pero claramente, trabajó muy, muy bien... Checho caía a la pieza como a las 3 de la tarde y yo estaba hecho mierda anímicamente, hecho mierda. Checho me bancaba, me bancó un montón, había que bancarme a mí, eh...destrozado anímicamente. No, me bancó...para mí él me saca caminando, ¿viste? ...Tuve otro kine también hace poco tiempo, otro que me sacó caminando cuando me quedé ahora que estaba en la silla de ruedas con un dolor impresionante ...un flor de tipo y eh...después charlamos de un montón de temas porque venía verme yo no tenía que laburar, venía sin horario, él tampoco andaba mirando el reloj... Ahora en Puentes hay una de las chicas que también...que yo no soy su paciente pero por ahí cuando no está mi kine de siempre, ella trabaja, mete los ganchos, me hace ver las estrellas...con mucho cariño labura.”[sic.] (Paciente 1, Institución flexible)

²⁷Las instituciones tradicionales donde algunos de los profesionales entrevistados trabajan son, el Instituto de Lucha Antipoliomielítica y Rehabilitación del Lisiado (ILAR) y el Hospital Dr. Carlos Vera Candiotti, en las ciudades de Rosario y Santa Fe, en la provincia de Santa Fe -Argentina-, respectivamente.

Los nuevos ámbitos y la relevancia que adoptan las habilidades interpersonales en el tratamiento, se encuentran acompañada por nuevas funciones en los roles del profesional y el paciente, donde la voz de este último afecta de manera significativa la forma en que se definen los objetivos y finalidades del tratamiento neurorehabilitador bajo el CB. El rol que se le asigna al paciente en la terapia kinésica varía en función del tipo de institución donde el tratamiento esté radicado y el modo en que es implementado el CB por parte de los profesionales.

La finalidad del tratamiento neurorehabilitador en las instituciones tradicionales de salud, que surgieron del análisis de la información, continúa operando de cara a corregir cuerpos que, a partir de una lesión, deben recuperar funciones atendiendo, centralmente, a la noción de calidad del movimiento; colocando al saber experto del profesional en un rol predominante en la toma de decisiones en cuanto al diseño y objetivos a seguir en la terapia. Uno de los profesionales entrevistados, quien ejerce en una institución tradicional, comenta la necesidad de una instancia donde el kinesiólogo pueda comunicar con claridad las pautas y objetivos de trabajo al paciente y al entorno familiar de éste, y obtener la aceptación de los mismos.

“si frente al paciente y al entorno familiar yo puedo con el discurso, decir: «che, loco, esto es sacrificado, esto tenemos que hacerlo así, esto es un concepto europeo que va por la calidad y no la cantidad», genial”.(Paciente 2, Institución tradicional)

El paciente, en estos contextos, cobra significancia respecto de su decisión de aceptar adecuarse a la progresión de calidad propuesta por el terapeuta; o bien, de rechazarla, optando el paciente por continuar por fuera de dichos marcos hacia un alegado peor pronóstico en términos biomecánico -movimientos cotidianos de menor calidad-. Los términos del diálogo entre terapeuta y paciente se los observa acotados en lo que respecta a la toma de decisiones terapéuticas por parte del segundo; ubicándolo en un rol pasivo. En este punto, el pronóstico –y diagnóstico– se anuncia respecto a la dimensión biomecánica y funcional del paciente; salirse de las reglas y recursos provistos por el saber experto implica elegir un cuerpo mecánicamente poco eficiente.

La noción de calidad bajo el CB en neurorehabilitación supone que la intervención del profesional se aplica, exclusivamente, a sujetos lesionados; sujetos que son abordados en tanto cuerpos que se mueven en un espacio y tiempo determinado, realizando cierta cantidad de movimientos con un grado de calidad predeterminada y cuantificable; mensurable a través de escalas y test y referencias externas aportadas por el saber experto

–CB–, al que apela el kinesiólogo para validar el movimiento del paciente dentro de la terapia. De este modo, la calidad del movimiento alcanzado establece la “calidad” de autonomía del individuo; una autonomía definida en términos de precisas escalas.

A su vez, para diferenciar los grados de calidad, se evalúa la finalidad del movimiento en relación a funciones estandarizadas de la vida cotidiana –un para qué normalizado–; generalmente, son tareas motrices a realizar por el paciente, cuyos resultados ya están estipulados a priori por el saber profesional. Un kinesiólogo que trabaja en una de las instituciones tradicionales lo expresa en los siguientes términos, “Bueno, la concepción [del tratamiento] tiene que ver con esto, con la calidad. Por eso es muy interesante Bobath. En ese aspecto, si algo no está bien, vos no podés dejarlo librado al azar. [...] Esos parámetros de calidad, [Bobath] los tiene”. (Profesional 2, Institución tradicional). El CB aplicado con los parámetros recién descritos tiende a reproducir, principalmente, reglas de calidad motriz propias y necesarias al capitalismo industrial; reglas que excluyen otras dimensiones -afectivas, emotivas, desiderativas, entre otras- que atraviesan el movimiento cotidiano del paciente en tanto acción –valoradas actualmente en las sociedades del rendimiento–, estructurando la experiencia de autonomía individual de los involucrados –paciente y profesional– en tal sentido.

Los tratamientos llevados adelante en las instituciones actuales, en cambio, no presentan la persecución de un ideal de movimiento normal; por el contrario, surge un posicionamiento crítico ante el modelo estandarizado de calidad entre los profesionales kinésicos. Como refiere una de las profesionales entrevistadas, quien trabaja en una institución flexible de salud, “Bobath plantea muchas veces situaciones muy ideales, que después en la práctica diaria son muy difíciles de sostener”. Por argumentos de este último tipo, la noción de calidad definida en cuanto a una motricidad predeterminada, específica y cuantificable para el mundo social, ha dejado de ser el único eje estructurante de la terapia kinésica actual; incorporando otros objetivos, como el de acondicionamiento –sobre el cual volveremos más adelante en este trabajo. Además, se le ha restado el monopolio interpretativo al saber experto portado por el profesional, y se le ha otorgado al paciente una posición más activa en priorización de los objetivos del tratamiento como en la evaluación de qué motricidades y en qué medida es necesario rehabilitarlas.

Las declaraciones de los profesionales entrevistados que trabajan en esta nueva organización institucional están llenas de referencias del siguiente tenor, “siempre dar la opción de que la persona elija,...[preguntarle al paciente] si puede esperar, si está

dispuesto a esperar, si no puede esperar. Y a partir de ahí, se construye” (Profesional 2, institución flexible). El rol del paciente gana protagonismo para el profesional; el profesional le asigna una posición activa –habilitadora– en la toma de decisiones en base a los objetivos que tiene el paciente; reposicionamiento que se traduce en una evaluación clínica donde el diálogo tiene mayor peso en la indagación. El paciente, a su vez, reconoce la relevancia que tiene su voz en el diseño del tratamiento y los objetivos que debe orientarlo; incluso, los pacientes entrevistados, atribuyen sus grandes avances a la relevancia que tiene en el tratamiento el reconocimiento y participación de sus necesidades cotidianas, por parte de los profesionales, en el trabajo de rehabilitación. Las relaciones al interior del tratamiento son representadas en términos de cooperación y de retroalimentación; “un feedback” entre el saber experto del kinesiólogo y el saber práctico del paciente. Uno de los pacientes lo describe del siguiente modo,

“porque se compenetran tremendamente. Uno llama al otro, mirá, mirá la simetría. Yo me pongo en cuero en el gimnasio, me cargan pero a ellos así ven bien. La forma que muestra la escápula, con esa escápula que aprendí con ellos. Porque uno decía omóplato. La simetría, la escápula, todo lo que ellos me fueron haciendo ver hoy. El kine hoy mismo, hasta sacó fotos de las distintas posiciones, me la miran, me lo muestran. Realmente laburan con muchas ganas, eso también me motiva. Si el que está haciéndome la rehabilitación, joven que pone ganas, se entusiasma con los progresos, es un feedback”[sic.]. (Paciente 3, institución flexible.)

Entre los hallazgos, también se identificó que, la terapia se proyecta sobre otras dimensiones de la subjetividad del paciente, en búsqueda de conseguir motivación –como lo define el paciente en el extracto de la entrevista anterior–. Es necesario tener al paciente motivado, y para ello es necesario prestar atención profesional a los aspectos de la sensibilidad humana. Una kinesióloga mencionó, “cómo se siente el paciente, cómo siente su cuerpo, es fundamental”; en tanto que, un kinesiólogo, manifestó, “me interesan muchos los objetivos que tiene él, que se relaciona con la parte social”. A diferencia de una lógica mecanicista tradicional, las intervenciones desde los tratamientos contemporáneos en CB se estructuran más allá de la dimensión motriz de los pacientes; atendiendo a las dimensiones afectiva, emotiva y desiderativa, entre las principales, que hacen a la construcción de la autonomía personal en la actualidad.

Los objetivos rehabilitadores ya no son definidos exclusivamente por la funcionalidad y calidad del movimiento que establece la escala que administra el profesional como sucede en el modelo de salud anterior. En este sentido, la dimensión motivacional-inconsciente de la acción del paciente, sus objetivos, su deseo de esperar o

de continuar cierto curso de acción terapéutico, es considerada por la mayoría de los profesionales que se desempeñan en las instituciones flexibles, reformulando el vínculo kinesiólogo-paciente y la construcción de autonomía a construir. Este aspecto no solo es considerado por parte de los profesionales sino también por parte de los pacientes.

Frente a lo que podría denominarse una relajación por la calidad del movimiento normal rehabilitado o a rehabilitar, han aparecido nuevos objetivos en la aplicación del CB. Llamativamente, entre los nuevos objetivos, uno de ellos, ya no es solo aplicable en la terapia rehabilitadora, donde debe mediar un sujeto lesionado, sino también, como saber experto adaptativo de cualquier sujeto a imprevisto e inconmensurable de las funciones que nos puede demandar el entorno a nuestro cuerpo. Los profesionales actualizados en CB recurren a la noción de acondicionamiento, para indicar el surgimiento de una finalidad distinta en el tratamiento. La definición de esta noción de acondicionamiento es interesante, no solo por su contenido, sino también porque aparece en la entrevista con uno de los instructores certificados en CB, que dicta los cursos en neurorehabilitación en el campo de la kinesiología en la Argentina,

“Y hoy sabemos que es un parámetro tremendo la debilidad previa que tiene el paciente a la lesión, la debilidad adquirida por el no uso, que hoy se le llama desacondicionamiento. Como todo lo periférico que podemos tener cualquiera [de nosotros] por no hacer actividad”. (Profesional 2, Institución flexible)

Esta noción refiere a un estado fisiológico de base que daría aptitud para que cualquier otro tipo de acción cotidiana pudiese llevarse a cabo, pero que por sí mismo no se halla vinculado a una finalidad taxativa, sino más bien a un nivel de preparación homogéneo y universal, pero inespecífico en su función. Esto no significa que el trabajo kinésico sobre la funcionalidad (acciones cotidianas específicas) haya dejado de tener relevancia, sino que deja de ser exclusivo, para habilitar ahora una intervención en mayor cantidad de individuos: los sanos pero desacondicionados también pueden ser tratados.

En este sentido, una de las entrevistadas, instructora del CB en adultos, nos comenta que puede utilizarse el CB en aquellos individuos que no transcurran por una afección de salud, “nadie dice que no puedas [trabajar con pacientes en el marco de la normalidad]”, y a modo de ejemplo refiere que, el CB es empleado incluso entre colegas en instancias de capacitación, “nosotros en los cursos nos mejoramos nosotros, porque es como optimizar tu funcionamiento”. Es difícil que no resuene en esta descripción de acondicionamiento la interpretación que proyecta el autor B.C. Han, en cuanto a estructurar desde la corporalidad el sujeto del rendimiento, libremente obligado a

autoexigirse, e incluso, autoexplotarse. El saber neurorehabilitador actual se presenta como un dispositivo que no requiere, necesariamente, el daño corporal para actuar sobre un sujeto; no necesita de enfermos, estamos “todos y todas” desacondicionados, pero no sabemos para qué. El cuerpo es objeto de una subjetividad que se asume autosuficiente; subjetividad que, amenazada por el fantasma inasible e insondable de la inutilidad, lo somete a tareas de autogestión, gerencialismo y monitoreo permanente; mis tareas que fueron pensadas para el mundo del trabajo actual, como lo propone Fischer (2019). Paradójicamente, en un capitalismo donde la motricidad tiene menor valor productivo, parecería evidenciar el triunfo de la lógica de autovigilancia del capitalismo posfordista; con todo lo que ello puede implicar en términos de los daños psíquicos colaterales vinculados a la privatización del estrés.

Estas nuevas condiciones de y en los tratamientos kinésicos se observan en la organización institucional del trabajo en el campo de la kinesiólogía y fisioterapia; en el paso del modelo industrial al modelo posindustrial. La organización del tratamiento neurorrehabilitador en los establecimientos tradicionales, el paciente atraviesa la rehabilitación estructurada a través de un proceso de etapas determinadas y burocráticamente impersonales. Los pacientes y los movimientos del cuerpo son (re)producidos en serie, a lo largo de diferentes terapias, durante cada día de tratamiento: kinesiólogía, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicología, en otras. El movimiento de calidad se construye a partir de la intervención íntegra y sucedánea de saberes expertos reproducidos por los diferentes terapeutas, buscando adecuarlo a un modelo universal de «cuerpo máquina», en tanto, productivo.

En cuanto a los centros de neurorehabilitación flexibles, se presenta un abordaje más personalizado que reúne otras características²⁸. Si bien, en los nuevos centros se hallan varios espacios terapéuticos con su respectivos saberes expertos aplicados - kinésico, fonoaudiológico, otros-, como en las instituciones tradicionales, las diferentes etapas de las terapias operan de modo flexible en cada caso, resultado de acuerdos entre los profesionales convocados a la tarea rehabilitadora, sin la rigidez de los tratamientos anteriores. “Trabajamos en equipo, en interdisciplina [sic]”, resalta uno de los

²⁸ Vale aclarar que este tipo de disposiciones institucionales no abarca en la actualidad la totalidad de los centros de atención neurológica, conservándose grandes centros de rehabilitación tradicionales con modalidad de internación, principalmente, destinados a la atención de pacientes en el período agudo de lesión.

entrevistados. Aunque cada profesional acciona de acuerdo a los alcances específicos de su título, se produce un intercambio más exhaustivo respecto al proceso terapéutico de cada paciente, buscando integrar y coordinar intervenciones conjuntas: “hay muchos grises ahí que tenemos que conocer. Entonces también necesitamos grandes aspectos desde las otras áreas, por eso tenemos que poder trabajar en equipo”, relata una entrevistada. Esto supone, entonces, un cierto amalgamamiento entre las acciones terapéuticas, en donde los alcances del título profesional comienzan a desdibujar sus límites para expandirse de cara a un abordaje más minucioso de los cuerpos en proceso terapéutico. Sin embargo, lo que resulta más significativo es que, el diseño del tratamiento -o de los tratamientos si lo consideramos por la diversidad de saberes expertos que entran en tensión en los procesos neurorehabilitadores- estructurándose en forma de proyectos, conformando un mundo laboral reticular, en los términos que lo describen Boltanski y Chiapello²⁹. Cada paciente y su lesión implica un proyecto de solución, que convoca a diferentes profesionales, a trabajar en el diseño del tratamiento; pero donde además, trabajan, simultáneamente, sobre varios pacientes-proyectos al interior de la institución. Ahora bien, los autores señalan que, en buena medida, ésta nueva organización institucional genera y potencia la demanda de autonomía por parte de quienes trabajan en estos entornos proyectando mayores niveles de autoexigencia.

Reflexiones finales

Las condiciones recientemente descritas de la práctica deben ser entendidas no sólo como rasgos que describen el saber-hacer profesional kinésico sino, como lo propone Mark Fisher, en su libro *Realismo capitalista*, como el nuevo contexto a través del cual leer los procesos de salud/enfermedad (Fisher, 2019); pero en nuestro caso, no como causales sino condiciones que se aplican a los tratamientos médicos.

La nueva institucionalización de la práctica kinésica, que da lugar a una condición vincular entre paciente-profesional flexible, presenta rasgos que posibilitaría

²⁹ La noción de trayectoria laboral bajo estos términos supone que un individuo puede participar de uno o varios proyectos –simultáneamente-, que adoptan la forma de encuentro, teniendo un principio y un final predefinido -generalmente-, en condiciones flexibles de espacio-tiempo, los cuales se suceden y reemplazan según prioridades y necesidades, componiendo grupos o equipos de trabajo (Boltanski y Chiapello, 2002). Una vez finalizado el proyecto, la red de relaciones queda “latente”; es decir, cada uno de los integrantes frente a una futura necesidad o demanda puede volver a activar esa conexión

incrementar la autonomía individual del paciente -en los términos definidos en esta investigación (Giddens, 2015)- a través del tratamiento neurorehabilitador bajo el CB. Esta posibilidad deviene en tanto y en cuanto la estructuración de los tratamientos neurorehabilitadores bajo el CB se organizan en torno a un conocimiento experto que recupera significativamente dimensiones de la subjetividad -afectiva, emotiva, de la motivación y del deseo, entre otras- que no estaban consideradas o reconocidas de manera central en la implementación de los tratamientos bajo las instituciones de encierro de la etapa anterior del capitalismo, y que son relevantes a la condición humana, junto a ser revalorizadas en las sociedades actuales.

A su vez, al ser una práctica alcanzada por los cambios del capitalismo actual y, por tanto, condicionando a la misma, al orientarla a una lógica del rendimiento en la manera en la que se estructuran sus objetivos y saberes científico-técnicos, reproduce dispositivos de sometimiento del individuo. El hallazgo más significativo de esta lógica del rendimiento se expresa en relación a que, entre los objetivos del Concepto Bobath, la calidad funcional del movimiento ha perdido su rol central, y emerge el *acondicionamiento* como nueva función de la utilización de este enfoque; enfoque que era entendido por la comunidad de expertos, hasta hace poco tiempo atrás, como un saber estrictamente rehabilitador. La versión más extrema del acondicionamiento en términos de rendimiento, posiblemente sea, la aplicación a personas “sanas” por el hecho de mejorar y optimizar el movimiento corporal, retomando lo indicado por una entrevistada.

La noción de calidad del movimiento parece perder centralidad en la terapia, porque no hay certezas sobre la finalidad de su uso en la vida cotidiana del paciente; en una cotidianidad donde el capitalismo posfordista y la tecnología aplicada a la vida doméstica tiende a reemplazar el valor de la fuerza y movilidad corporal. Preparar al paciente para estar listo para lo incierto, lo “inespecífico”, es un horizonte -y no un objetivo- que orienta el saber experto de los profesionales en la actualidad, poniendo en tensión el tipo de autonomía individual que debería obtener el paciente. Volviendo a Fisher nos preguntamos, ¿no genera ansiedad transmitir en el tratamiento, desde el saber experto, esa idea de tener que estar en un cuerpo «siempre listo» para lo inespecífico como rasgo de la autonomía individual, reforzando así las causas que llevan a las afecciones típicas del capitalismo actual?

A su vez, cuando utilizamos la noción de horizonte de la terapia y no objetivos, a modo de conjetura inicial, identificamos el contexto actual ha afectado al CB como saber

experto a través de una parte de sus practicantes más jóvenes e instructores -como hemos analizado-, a quienes, paradójicamente, lo inespecífico de lo esperado para la tarea rehabilitadora parece convertirse en un marco de certidumbre para la práctica profesional.

Ante estas conclusiones preliminares, nos seguimos preguntando, sí, ¿el tratamiento kinésico bajo los resultados presentados, hoy -y en un futuro inmediato- continúa abocado a la rehabilitación o, se orienta al condicionamiento del movimiento corporal? Responder esta pregunta, supone repensar conceptos y términos de lo normal, la noción de sano/enfermo, terapia, y autonomía individual; que no solamente, afectan al campo de la rehabilitación y el movimiento sino también a los estudios en torno a la figura del individuo a corregir. El interrogante sobre qué corregir o en relación a qué debe ser corregido un individuo y qué tipo de dispositivos e instituciones se configuran para tales fines en el capitalismo actual, es uno de los desafíos de reflexión en la actualidad que se nos presenta.

Bibliografía

- Amar, G. (2011). *Homo mobilis. La nueva era de la movilidad*. La Crujía, Buenos Aires.
- Bauman, Z. (2000). *Modernidad líquida*. Ed. FCE, Buenos Aires.
- Bauman, Z. (2009). *Vida líquida*. Ed. Paidós, Buenos Aires.
- Benedetto, A. (2011). *Rehabilitación. 5 Ensayos críticos sobre un discurso médico*. Ed. Finis Africae.
- Benedetto, A. y Silva, G. (Comps). (2012). *El surgimiento de las ciencias de la Rehabilitación. Un estudio aplicado a la Kinesiología y Fisiatría*. Ed. Editorial Académica Española. ISBN: 978-3-659-01280-8
- Bobath, B. (1997). *Hemiplejía del adulto. Evaluación y tratamiento*. Ed. Panamericana, Buenos Aires.
- Boltanski L. & Chiapello, E. (2002). *El nuevo espíritu del capitalismo*. Ed. Akal, Madrid.
- Cibeira, J.B. (1997). *Bioética y Rehabilitación*. Ed. El Ateneo, Buenos Aires.
- Cortina, A. (2024). *¿Ética o ideología de la inteligencia artificial? El eclipse de la razón comunicativa en una sociedad tecnologizada*. Ed. Paidós, Barcelona.
- Cott, C., Vaughan-Graham, J. & Brunton, K. (2011). When will the evidence catch up with clinical practice? Letter to the Editor. *Physiotherapy Canada*, 63(3), 387-390. <https://doi.org/10.3138/physio.63.3.387>

- Ferrante, C. (2014). “Cuerpo, discapacidad y estigma en el origen del campo del deporte adaptado de la Ciudad de Buenos Aires, 1950-1961: ¿una mera interiorización de una identidad devaluada?”. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 21(2), 421-437. Rio de Janeiro.
- Fisher, M. (2019). *Realismo capitalista. ¿No hay alternativa?*. Ed. Cajanegra, Buenos Aires.
- Foucault, M. (2007). *Los anormales*. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.
- Foucault, M. (2008). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Ed. Paidós Ibérica. Barcelona.
- Galetto, J. (2022). “Relaciones entre saberes expertos, rutinización de la vida cotidiana y autonomía individual en una aproximación social a prácticas rehabilitadoras en salud”. *Memorias del VI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Antropología Social*, 5, 209-218. ISBN: 978-9915-9333-5-1
- Giddens, A. (1995). *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Ed. Península, Barcelona.
- Giddens, A. (1998). *Transformaciones de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*. Ed. Cátedras, Madrid.
- Giddens, A. (2015). *La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración* (2º ed.). Ed. Amorrortu, Buenos Aires.
- Graham, J. V., Eustace, C., Brock, K., Swain, E., & Irwin-Carruthers, S. (2009). The Bobath Concept in Contemporary Clinical Practice. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 16(1), 57–68. <https://doi.org/10.1310/tsr1601-57>
- Han, B.C. (2012). *La sociedad del cansancio*. Ed. Herder, Barcelona.
- Hankey, G.J. (2017). “Stroke”. *The Lancet*, 389, 641-654. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)30962-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)30962-x)
- Katan, M., & Luft, A. (2018). “Global Burden of Stroke”. *Seminars in Neurology*, 38, 208- 211. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1649503>
- Le Breton, D. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires.
- Mattos, R. A. 2008. “Quando dávida se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado” en PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de (Org.). *Cuidado. As fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ.

Méndez Castillo, J. A. (2020). “La Rehabilitación desde la economía política crítica: un debate necesario”. *Gerencia Y Políticas De Salud*, 19, 1-16. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.repc>

Michielsen M., Vaughan-Graham J., Holland A., Magri A., Suzuki M. (2017). The Bobath concept - a model to illustrate clinical practice. *Disabil Rehabil*, 41(17), 2080-2092. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1417496>

Mladenov T. (2015). From state socialist to neoliberal productivism: disability policy and invalidation of disabled people in the postsocialist region. *J Critical Sociology*. 2015; 43(7- 8), 1109-1123. <https://doi.org/10.1177/0896920515595843>

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Estrategia mundial sobre salud digital 2020–2025*. Versión Digital. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/344251/9789240027572-spa.pdf>

Paeth Rohlfs B. (2007). *Experiencias con el concepto bobath: fundamentos, tratamiento, casos*. Médica Panamericana, Madrid.

Pantano, L. (2006). “El protagonismo de la familia con al menos un miembro con discapacidad: una lectura a través de algunos datos cuantitativos”. *Revista Conceptos*. Buenos Aires: Universidad del Museo Social Argentino.

Perez de Velazquez, A. (2008). “Atención primaria y rehabilitación” en Vázquez Barrios y Cáceres (ed.) *El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria en salud*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.

Raine, S., Meadows, L., & Lynch-Ellerington, M. (2009). *Bobath Concept. Theory and Clinical Practice in Neurological Rehabilitation*. Ed. Wiley-Blackwell, Oxford.

Rose, N. (2019). *La invención del sí mismo. Poder, ética y subjetivación*. Pólvora, Buenos Aires.

Roth, G.A., et al. (2018). “Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017”. *The Lancet*, 392, 10-16. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)32203-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)32203-7)

Schneewind, J.B. (2009). *La invención de la autonomía*. Ed. Fondo de Cultura Económica, México D.F.

Sennett, R. (2006). *La cultura del nuevo capitalismo*. Ed. Anagrama, Barcelona.

Sennett, R. (2012). *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Ed. Anagrama, Barcelona.

Silva, G. & Galetto, J. (2022). “Tensiones en las relaciones entre saberes expertos, prácticas rehabilitadoras y la autonomía individual en el capitalismo actual”, en *Memorias del VI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Antropología Social*, 5, 193-206. ISBN: 978-9915-9333-5-1

Somoza, M.J., & Melcon, M.O. (2015). “Número de neurólogos y carga de enfermedades neurológicas en Argentina”. *Neurología Argentina*, 7, 89-94. “Número de neurólogos y carga de enfermedades neurológicas en Argentina”. *Neurología Argentina*, 7. <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-articulo-numero-neurologos-carga-enfermedades-neurolgicas-S1853002814001219>

Venturiello, M. P. (2014a). Itinerario terapéutico de las personas con discapacidad y mediaciones en el cuidado de la salud: la mirada de los familiares. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 22(3), 1063-1083, 2012b. <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n3/12.pdf>

Venturiello, M. P. (2014b). ¿Qué significa atravesar un proceso de rehabilitación? Dimensiones culturales y sociales en las experiencias de los adultos con discapacidad motriz del Gran Buenos Aires. *Katálisis*, 17(2), 185-195. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802014000200004>

Vincent, D. (2022). *Una historia de la soledad*. Fondo de Cultura Económica, México D.F.

Vigarello, G. (2005). *Corregir el cuerpo. Historia de un poder pedagógico*. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires.