

Trabajo Final

*Seminario: Salud, sociedad y derechos frente a la medicalización de la vida
(Seminario Electivo)*

Docente: Mariela Bianchi

Maestranda: Virginia Anghilante

Fecha 22/12/20

Kinesiofobia: ¿cuál es la excusa para no moverse?

Lic. Klga. Virginia Anghilante

El cuerpo, es un tema nunca suficientemente tratado, pero ampliamente tomado como punto de partida en diversas teorías del conocimiento como campo de saber. El cuerpo no sólo puede interpretarse como un ente biológico, sino un sistema de signos, un lenguaje en sí mismo conformado por una apariencia corporal y sus movimientos, gestos y comportamientos aprendidos (Pérez Martínez, 2009).

En Kinesiología los conceptos de movimiento y función se asocian al cuerpo, están íntimamente relacionados a él y han sido motivo de reflexión en torno a los paradigmas que atraviesan nuestra disciplina. En los últimos años, para nuestro campo de saber, se evidencian dos tendencias o paradigmas, la primera enfatiza la comprensión del funcionamiento del movimiento corporal humano con el fin de mejorar esta capacidad y atender los trastornos del mismo, con una visión determinada en lo funcional adaptativo, mientras que la segunda involucra a su vez elementos sociales, donde la interacción profesional va más allá del manejo de trastornos biológicos y funcionales del movimiento. En este último aspecto se reconoce el estudio del movimiento corporal humano no sólo desde una visión biológica funcional sino como describirá Daza Lesmes con la trascendencia que tiene este en la dimensión social y cultural al ser además un dinamizador de su desarrollo, un lenguaje que le permite la socialización (Daza Lesmes, 2007).

En relación a este último aspecto resulta interesante pensar que el modo en el que se percibe el cuerpo y sus procesos no tiene que ver con una pretendida realidad objetiva. Una vez que se asume que la enfermedad es más propiamente una construcción social que una discutible “realidad” física resulta interesante entender cómo problemas tan diversos producen la medicalización de la vida a partir de concebir nuevos conceptos y etiquetas alrededor de una enfermedad o trastorno y así también de los “eventos de la vida normal” como señala Peter Conrad, uno de los pioneros de la sociología de la salud (Meneu, 2018). El concepto de medicalización, según Meneu adopta en este sentido una definición múltiple: “el proceso por el cual condiciones, procesos o estados emocionales que tradicionalmente se consideraban no médicos se redefinen y se tratan como problemas médicos. El proceso de identificación y etiquetado de una condición personal o social como un problema médico sujeto a intervención médica”(Meneu, 2018).

En la clínica kinésica, una situación común y frecuente es el abordaje de personas con dolores músculoesqueléticos tanto agudos como crónicos. Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), el dolor es la segunda causa más común de discapacidad en la población

y afecta a un 33% de la población adulta, del cual un 56 % corresponde a personas adultas mayores y un 35 % a personas en edad laboral. El dolor ha sido definido como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño real o potencial de los tejidos. Tiene una función adaptativa en relación a poder actuar como señal de alarma para hacer frente a un daño o lesión. Sin embargo, en muchas ocasiones el dolor puede percibirse sin ningún tipo de lesión, por lo cual se presenta un desconcierto que no podría explicarse en relación a un daño biológico por lo cual muchos investigadores han explorado que factores psicológicos y sociales podrían ser capaces de modular las redes neuronales y provocar la perpetuación del dolor. En este sentido, el dolor crónico se define como el dolor que persiste más allá del tiempo de curación del tejido normal, que dura más de tres meses y sin valor biológico aparente, es decir, no hay una causa biológica que explique tal perpetuación del dolor (Moix-Queraltó y Vidal-Fernández, 2008).

En comparación con otras enfermedades crónicas como las enfermedades pulmonares o cardíacas, el dolor crónico se ha asociado con una peor calidad de vida y algunas investigaciones indican que las personas con dolor crónico presentan doble riesgo de suicidarse comparadas con personas sin dolor crónico. Además el dolor crónico se asocia con un uso inadecuado y excesivo de medicamentos sobre todo en la población adulta mayor (Moix-Queraltó y Vidal-Fernández, 2008).

En relación a poder explicar este fenómeno ciertos discursos pareciera que intentarían dominar un nuevo paradigma que comprenda la interpretación de los procesos que interfieren en el movimiento vinculando aspectos de la dimensión emocional y social. Sin embargo, estas explicaciones lejos están de percibirse del todo en la comprensión de un cuerpo que siente, piensa, es dinámico, socializa y entrama una cultura mediada por sus propios lenguajes y comportamientos aprendidos con otros que son atravesados en un tiempo, en un espacio y un contexto. Por el contrario, reproducen las formas de determinación de lo funcional mediada por nuevas dimensiones que son estudiadas y explicadas en su discurso hegemónico por un modelo científico biológico y neurocientífico como el “boom” explicativo de la ciencia en los últimos años (Calderón Delgado, 2017).

A partir de este punto, cabe destacar la fascinación de muchos profesionales de la salud por una nueva forma explicativa frente a los comportamientos de las personas asociado al movimiento y al dolor trayendo un nuevo concepto u mejor dicho etiqueta: “kinesiofobia”. Este término, fue definido en 1990 por Kori, como el miedo irracional, debilitante y devastador al movimiento y la actividad derivada de las creencias de fragilidad y susceptibilidad a la lesión y es así que en un artículo publicado por Meier et al en 2016, refiere que los fenómenos de evitación del movimiento en personas con dolor lumbar podrían deberse a un aumento en la actividad y de la conectividad

entre la amígdala y la corteza insular. Ambos centros amigdalíños se han correlacionado con las reacciones de miedo explicado desde las neurociencias (Meier et al., 2016).

Es entonces que comportamientos como este, se medicalizan al afirmar que estarían causados por diversos fenómenos biológicos en los que influyen las emociones y las creencias como fue explicado anteriormente. Los investigadores afirman que el aumento de la reactividad emocional constatada en personas con dolor persistente está condicionado por creencias que ellos definen como “erróneas” sobre su experiencia dolorosa y movimiento (Meier et al., 2016). Es así como este comportamiento puede explicarse desde un paradigma que hace que las personas queden además de estar diagnosticadas por dolor crónico diagnosticadas también por kinesiofobia vislumbrando entonces cómo la lógica médica busca explicar las causas de los malestares corporales en algún sentido con un sobrediagnóstico.

Tanto la medicalización como el sobrediagnóstico hacen que más personas estén y se sientan más enfermas y se clasifiquen como tales. Para nuestra disciplina, más disfuncionales. Es decir, más personas podrían pensar entonces que su “miedo a lesionarse” o “miedo a moverse” es entonces “erróneo” y necesitan de una atención médica no sólo por su dolor, sino por su miedo que a su vez médicamente puede ser explicado por una etiqueta asociada al dolor crónico.

Citando a Illich, la creencia de que una mala salud definida y diagnosticada es infinitamente preferible a cualquier otra forma de etiqueta, con el movimiento del cuerpo sucede lo mismo, de hecho, una disfunción o un deterioro funcional se asocia a una mala salud. Cada vez más personas saben inconscientemente que están hartas y cansadas de su trabajo y sus pasividades de ocio, pero quieren escuchar la mentira de que a enfermedad física les libera de responsabilidades sociales y políticas (Illich, 1975). En este aspecto, la vida social se convierte en dar y recibir terapia. Reclamar el acceso al tratamiento se convierte en un deber político y la certificación médica en un poderoso dispositivo de control social. En este aspecto, las condiciones sociales, conductuales o corporales son tratadas o se consideran que necesitan tratamiento / intervención, profesionales de salud, pacientes o ambos (Meneu, 2018).

El sentido de este choque epistemológico de paradigmas como profesional de salud me invita a cuestionar ¿Cuál es la verdadera excusa del cuerpo para no moverse? ¿El dolor? ¿La alteración propioceptiva? ¿El miedo? ¿Las emociones y creencias explicadas por la neurociencia? ¿O la inconsciente idea de “dejar de hacer” para liberarse de las responsabilidades sociales pagando el precio de las nuevas etiquetas en una sociedad mórbida y consumista?

En otro sentido, diría entonces, que el cuerpo es mucho más de lo que se puede ver o estudiar del mismo, ¿qué dirá el cuerpo entonces de sí mismo? Citando a Eduardo Galeano “la Iglesia dice: el cuerpo es una culpa, la ciencia dice: el cuerpo es una máquina, la publicidad dice: el

cuerpo es un negocio... el cuerpo dice “Yo soy una fiesta” (Galeano y Borges, 1997). En el lenguaje de una lógica que etiqueta a los cuerpos, lejos está éste de poder ser celebrado, ¿quién pudiera celebrar un cuerpo cada vez más enfermo y disfuncional?

En tal sentido y concluyendo, es nuestra responsabilidad como profesionales de salud reflexionar sobre los modos de poner nuestros conocimientos y aptitudes para contribuir a la salud de la población, en tal caso darse tiempo para estar al menos entre la duda y la presión social que exigiera nuestras respuestas, pudiendo revisar el sentido más profundo que orientan y definen nuestras prácticas cotidianas y reconfigurarlas en el aspecto más deseable que construya el derecho a la salud desde nuestro ser y hacer profesional en sociedad y con ella.

Bibliografía

- Calderón Delgado L. 2017. La Neurociencia: una postura crítica frente al “boom” por la “neuro.” CES Psicología. 10: i–iii. <https://doi.org/10.21615/4322>
- Daza Lesmes JD. 2007. Evaluación clínica funcional del movimiento corporal humano, Panamerica. ed.
- Galeano EH, Borges J. 1997. Las Palabras Andantes.
- Illich. 1975. Némesis Médica La expropiación de la salud. Barral Editores, Barcelona. 13–34.
- Meier ML, Stämpfli P, Vrana A, Humphreys BK, Seifritz E, Hotz-Boendermaker S. 2016. Neural correlates of fear of movement in patients with chronic low back pain vs. Pain-free individuals. *Frontiers in Human Neuroscience*. 10: 1–9. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2016.00386>
- Meneu R. 2018. Life medicalization and the recent appearance of “pharmaceuticalization.” *Farmacia Hospitalaria*. 42: 174–179. <https://doi.org/10.7399/fh.11064>
- Moix-Queraltó M-J, Vidal-Fernández J. 2008. Aetiology, chronification, and treatment of low back pain. *Clínica y Salud*. 19: 379–392.
- Pérez Martínez H. 2009. Cuerpo humano, campo de conocimiento. *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*. XXX: 11–19.