
INVESTIGACIÓN ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n3Supl.51231>

Discurso fisioterapéutico, esguince a la subjetividad

Physical therapy discourse, a sprain to subjectivity

Recibido: 12/06/2015. Aceptado: 06/11/2015.

Carmen Elena Suárez-Reyes^{1,2} • Aydeé Luisa Robayo-Torres³¹ Fundación Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano (CINDE) - Sede Bogotá - Bogotá, D.C. - Colombia² Universidad Pedagógica Nacional - Sede Bogotá - Facultad de Educación - Maestría en Desarrollo Educativo y Social - Bogotá, D.C. - Colombia³ Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá - Facultad de Medicina - Departamento del Movimiento Corporal Humano - Bogotá, D.C. - Colombia.

Correspondencia: Aydeé Luisa Robayo-Torres. Departamento del Movimiento Corporal Humano, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Carrera 30 No. 45-03, edificio 471, oficina 515-D. Teléfono: +57 1 3165000, ext.: 15201. Bogotá, D.C. Colombia. Correo electrónico: alrobayot@unal.edu.co

| Resumen |

Introducción. Para el fisioterapeuta, incorporar la necesidad de identificar su discurso como un detonante para la transformación de sujetos se hace esencial a partir de su función comunicativa, significativa y estética.

Objetivo. Develar la subjetividad del fisioterapeuta colombiano que existe en su propio discurso en el ámbito clínico.

Materiales y métodos. La búsqueda de un enfoque cualitativo hermenéutico se realizó en más de cincuenta textos, incluyendo libros, revistas, consultas en red y módulos de maestría con fuentes desde 1996. También se obtuvo información a partir de entrevistas con fisioterapeutas clínicos con más de diez años de experiencia en el campo clínico. El ejercicio de interpretación de dichos textos, en relación con los sujetos, se realizó en tres etapas: una descriptiva, otra hermenéutica y una de construcción teórica. Lo anterior permitió establecer tres métodos para la adquisición de la información: entrevistas, grabación de doble ciego y grupos de discusión. En este sentido, se analizaron los contenidos de los discursos del fisioterapeuta clínico, desde la oralidad y lo cinético, hallando regularidades en su contenido y proporcionando categorías características del ejercicio profesional.

Conclusión. Se creó un espacio documental y reflexivo en el que se consignó el estado del arte del concepto de discurso en fisioterapia y su descripción e interpretación (lo decible y lo no decible) del fisioterapéutico clínico. Por lo tanto, los dos discursos se entendieron como fruto de verse, narrarse y juzgarse, teniendo en cuenta la incidencia que tienen en la constitución de la subjetividad del fisioterapeuta puesta en práctica en su desempeño profesional.

Palabras clave: Discurso; Fisioterapia; Investigación cualitativa; Rehabilitación (DeCS).

| Abstract |

Introduction: For physiotherapists, incorporating the need to identify their discourse as a trigger for the transformation of individuals is essential, taking into account its communicative, meaningful and aesthetic function.

Objective: To unveil the subjectivity in the discourse of Colombian physiotherapists in a clinical context.

Materials and methods: The search for a hermeneutical qualitative approach was performed in more than fifty texts including books, journals, web searches and master's courses since 1996. Information was also obtained from interviews with clinical therapists with more than ten years of clinical experience. The interpretation of these texts, in relation to individuals, was conducted in three stages: descriptive, hermeneutical and theoretical construction, which allowed establishing interviews, double-blind recordings and discussion groups as methods for acquiring information. In this sense, the contents of the discourses by clinical physiotherapist were analyzed based on orality and kinetics, finding regularities and providing categories of professional practice.

Conclusion: A document review and reflective space were created to record the state of the art on physiotherapy discourse and the way it describes and interprets (the speakable and the unspeakable) a clinical physiotherapist. Therefore, the two discourses are understood as the result of being seen, narrated and judged, taking into account the impact they have on the constitution of the subjectivity of the physiotherapist when put into practice in their professional performance.

Keywords: Speech; Physiotherapy Specialty; Qualitative Research; Rehabilitation (MeSH).

Suarez-Reyes CE, Robayo-Torres AL. Discurso fisioterapéutico, esguince a la subjetividad. Rev. Fac. Med. 2016;64:S25-30. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n3Supl.51231>.

Suarez-Reyes CE, Robayo-Torres AL. Physical therapy discourse, a sprain to subjectivity. Rev. Fac. Med. 2016;64:S25-30. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n3Supl.51231>.

Introducción

Existe una pluralidad de configuraciones y comprensiones sobre la noción de discurso desde distintas perspectivas teóricas, donde unas veces difieren y otras coinciden. En este sentido, el término discurso puede definirse a partir de la convergencia de distintos factores: el desarrollo histórico del concepto, la pluralidad de autoridades y acepciones que tiene el término y la variedad y cada vez mayor número de disciplinas que acuden a su teoría para explicar tanto fenómenos, como distintos enfoques que se desarrollan sobre la base de que el discurso está presente en toda práctica social, lo que hace que su estudio e investigación no puedan restringirse tan solo a un área en particular, sino que, por el contrario, toda disciplina pueda asumir el estudio del desarrollo de su propio discurso.

El concepto de discurso suele ser entendido como un texto escrito y hablante en el que genéricamente se establecen algunas diferencias en aspectos como la manifestación concreta del discurso, es decir, el producto en sí (1). Por lo tanto, discurso se entiende como el proceso de producción lingüística que se pone en juego para producir algo (1).

Por otra parte, se entretejen las apuestas de algunos autores que aportan a la identificación de tres fuertes tendencias en la conceptualización de la noción de discurso y todo lo que ella enmarca: la primera, una aproximación formalista, intra-discursiva, que ve al discurso como fuente de sí mismo, ya sea que se trate de frases o enunciados, o bien, de relatos o macro-estructuras, por lo que, para comprender el texto, hay que ir al marco interpretativo del mismo y, en tal aproximación, el estudio se puede acentuar meramente en lo sintáctico o en lo narrativo.

La segunda perspectiva, enunciativa, lo considera como parte de un modelo de comunicación. Desde este punto de vista, el discurso se define a partir de su circunstancia de lugar y de tiempo y en la que un sujeto de enunciación organiza su lenguaje en función de un determinado destinatario. Por último, la tercera, una perspectiva materialista, entiende el discurso como una práctica social vinculada a las condiciones de producción institucional, ideológica, cultural e histórico-coyuntural.

La presente investigación parte de esta última tendencia, pues desde la fisioterapia sus profesionales deben considerarse sujetos del discurso, donde dicha noción se presenta ya determinada pero nunca estática y, a la vez, con afán de develar las subjetividades que de allí emergen (1). De acuerdo a lo anterior, el análisis del discurso consiste en una práctica o compromiso social que está contenido en otras prácticas sociales y que, a su vez, lo conforman e inciden en él, por lo que es posible asegurar que el discurso es un objeto en movimiento que también cuestiona, establece, consolida, regenera o rechaza dichas prácticas (2).

En ese orden de ideas, dicho movimiento, que se presenta de forma asimétrica, lleva a cabo la construcción de conocimiento de las conexiones sociales y de las relaciones del sujeto. Asimismo, revela las implicaciones que emergen en este proceso y, aún más importante, el surgimiento de nuevas subjetividades.

Así, el papel del discurso, como dispositivo persuasivo, fundamenta ideologías, saberes y poderes que regulan lo que se entiende por correcto, establecido o moralmente aceptado en determinada comunidad. Se convierte en el referente a partir del cual se tejen todas las estructuras sociales, políticas, económicas y morales de los sujetos que hacen parte de toda situación comunicativa o práctica social, que para el caso de esta investigación refieren al fisioterapeuta, al paciente o a todo aquel que esté presente en el acto comunicativo fisioterapéutico. El discurso en fisioterapia, por lo tanto, se vuelve un elemento que permite hacer ver, expresar,

comunicar, atribuir y juzgar a un sujeto participante dentro un acto comunicativo que implica el actuar cotidiano.

Sin embargo, hacer este tipo de planteamientos coloca el protagonismo de entrada en una primera persona: en el emisor de esta práctica discursiva, en este caso, en el profesional que origina tal discurso. Por lo que resulta válido preguntarse cuál es la subjetividad que emerge, teniendo en cuenta que esta surge a partir de lo cotidiano, pues se devela cada día en el acto terapéutico, en el tacto y el contacto, en lo decible y en lo no decible.

Materiales y métodos

Esta investigación se realizó basándose en el enfoque cualitativo hermenéutico, en donde el ejercicio interpretativo se dio a partir de los textos y fue aplicado a los sujetos. Tal análisis transcurrió en tres momentos: el primero, definido como descriptivo, donde se observa la realidad desde afuera, lo que permite al investigador generar un distanciamiento para desarrollar un proceso de abstracción hasta encontrar un eco original; en el segundo momento, conocido como hermenéutico, la interpretación va en función del descubrimiento de la estructura social con el fin hallar la esencia de la apariencia de los fenómenos y, el tercer momento consiste en la construcción teórica, que se da gracias al producto de la reflexión que surge a partir de la experiencia.

En este análisis fue importante captar la forma de categorizar los enunciados portadores de información. Después de detallar varias opciones, se optó por la propuesta por Larrosa (3), quien emplea los siguientes conceptos categóricos: verse, narrarse y juzgarse, que, para este caso, son aplicados dentro del discurso fisioterapéutico. Dichas categorías coinciden y se mezclan con categorías detectadas hace ya algunos años por Castro (4), quien también colaboró en esta investigación.

Modalidad y participantes

Se utilizaron tres modalidades de búsqueda de la información:

1. Entrevistas individuales realizadas a fisioterapeutas clínicas con trayectoria experimentada a las que se les analizó su contenido. Las entrevistas se hicieron no bajo la concepción de un libreto, sino pensando en dejarlas desarrollarse por su cuenta y direccionarlas con la intención de obtener información que aportara a la investigación.

Todo este proceso se llevó a cabo en el marco de un evento internacional, celebrado en Bucaramanga entre el 19 y el 22 de agosto de 2010. Se analizaron seis entrevistas realizadas a fisioterapeutas del género femenino y provenientes de las siguientes regiones del país: Costa Atlántica, Viejo Caldas, Santander, Cauca y Bogotá. Se determinó que fueran colegas provenientes de diferentes regiones con el fin de permanecer en un marco nacional en cuanto a la construcción de esta subjetividad. Cada una de las participantes tenía de 35 a 45 años y como criterio de inclusión se exigió una experiencia mayor a 10 años en la profesión en el área clínica.

Las entrevistas duraron 14 minutos, además fueron semiestructuradas y de carácter cualitativo, por lo que el investigador no solo tuvo que preguntar sobre los aspectos que eran de su interés para el estudio, sino que también debió comprender el lenguaje de los participantes y apropiarse de su significado en el contexto donde estos desarrollaban sus actividades. Estas entrevistas se presentan bajo los códigos E1 a E6.

2. Grabaciones de actos terapéuticos obtenidas a partir de tomas de tipo doble ciego. Estas se caracterizan porque los implicados,

tanto quien es grabado como quien graba, no están enterados de los propósitos de la investigación. Tal opción de acercamiento al habla en el entorno clínico fue necesaria en tanto se pretendió una búsqueda del discurso natural en el acto terapéutico cotidiano y donde el contacto inicial fue hecho por un colega, quien también hizo parte de esta investigación.

Las grabaciones fueron efectuadas en Bogotá, en una institución privada que atiende poblaciones adultas y pediátricas con particularidades en la atención. Dado que esta institución ofrece servicios de terapia individual y de terapia grupal, según sea el compromiso del cuerpo del paciente, los registros fueron tomados como audio a partir del inicio de un acto terapéutico, hasta el final o hasta donde se entendía que finalizaba tal acto, obteniendo así 10 tomas en el proceso; de estas, tres tuvieron que descartarse por problemas técnicos, razón por la cual solo fue posible analizar siete grabaciones.

Quien grababa, lo hizo a su libre elección y, al parecer, condicionado por la posibilidad de colocar el dispositivo fuera del alcance visual de quien sería grabado. Por otro lado, los investigadores no tuvieron un cronograma claro sobre fechas, tiempo, modo y momento preciso de las grabaciones. Con posterioridad al proceso de grabación y de análisis primario, las tomas fueron escuchadas con los colegas que fueron grabados y se les informó de los fines de tal proceso para obtener el permiso del uso de su contenido como parte de esta investigación. Estas grabaciones ciegas se presentan bajo los códigos c1 a c10.

3. Un grupo de discusión desarrollado a partir del análisis cinético de una filmación de cuatro minutos de una colega durante el proceso específico de intervención clínica. Este video sirvió como ejemplo para que los fisioterapeutas participantes de la discusión se vieran como sujetos actantes del proceso comunicativo fisioterapéutico. Los discursos producidos en el grupo de discusión fueron compilados y registrados. Quien hizo la intervención fisioterapéutica en modalidad de taller lo hizo con cierta intencionalidad expuesta a la lectura de su propio cuerpo y movimiento y sin que los colegas se enteraran de la filmación. Este proceso se realizó sobre el grupo de discusión realizado el 7 de septiembre de 2010, su duración fue de dos horas y contó con la participación de seis colegas de reconocida trayectoria en la profesión: mujeres con características de experiencia clínica, formación de especialistas y con una edad de 35 a 60 años. Esta fuente de información se presenta bajo el código v1.

Resultados

El tejido conceptual que conjura esta investigación requirió algunos caminos propios para llegar al entramado conocido como discurso fisioterapéutico. En ese orden de ideas, el enfoque cualitativo hermenéutico permitió la forma más certera de acercamiento a la comprensión del mundo social de esta profesión. El proceso metodológico cualitativo se presentó como un camino legítimo para analizar las categorías que configuran la subjetividad profesional, pues este tipo de análisis no solo permite la comprensión de lo social, sino que también evidencia prácticas propias de la fisioterapia que han permanecido ocultas, encaminando la comunicación con otras disciplinas relacionadas (5).

Por otro lado, el uso de este recurso interpretativo, que se logra a través del análisis del discurso, tiene el interés particular de evidenciar toda enunciación y sentido que produce la constitución del sujeto mismo. De ahí la importancia de que el objetivo del investigador empeñado en un acto comunicativo no debe ser otro que el de lograr la emergencia de ese sentido latente, que subyace a

los actos comunicativos concretos y subtiende la superficie textual. Para percibirlo de otro modo: el propósito que debe guiar al analista es el de pasar del plano del producto (el texto) al de la producción textual (3).

Dicho producto se entiende a través de la práctica clínica diaria, en donde el discurso se halla como un dispositivo que muestra y conforma subjetividades propias del paciente, pero por sobre todo, la del fisioterapeuta. Lo anterior, en palabras de Hodgson (6), incide en el ejercicio del poder profesional (acciones sobre otras acciones), el cual no se puede realizar sin modificar campos de dominación y de adopción sobre un saber determinado.

Ahora, dentro de la fisioterapia como profesión, las prácticas terapéuticas y los discursos clínicos ejercidos hacen referencia al sujeto, quien aparece ligado por los discursos, reconociendo esta condición por lo que debe ser, el cuerpo que debe tener, el desempeño que debe exhibir, las conductas que debe mostrar, en fin, lo que se debe medir (7). Tanto el profesional como el paciente están comprendidos de un prediseño y de una cultura que ubica a cada quien en su propio lugar y espacio, pues el discurso, al igual que la fisioterapia, facilita verse, narrarse y juzgarse (3).

Verse

Verse consiste en la dimensión óptica entendida como una expresión presente en el otro, pero quien realmente se ve es el “yo” fisioterapeuta. Estos enunciados fueron hallados en algunos de los eventos y escenarios creados por la investigación y demuestran lo anterior:

“Yo, por ejemplo le hago, lo que creo que necesite” (c.8).

“Es la robotización de lo que hacemos, prácticamente, nos volvemos casi que robóticas. Las cuales nos estamos pre programando (sic). ¡Y no solamente tú!” (c.9).

“Yo soy muy visual” (E.4).

“Pero lo que es vender el movimiento correctamente. ¡Primero a ella no se lo cree!” (c.3).

“¡Yo sí escuche la palabra bienestar! Ella le estaba haciendo un masajito, de todos modos siempre buscando el bienestar en un paciente” (v.1).

“La disponibilidad corporal es como yo con mi cuerpo, puedo acceder al cuerpo del otro, sin yo lastimar mi propio cuerpo y sin lastimar o colocar en desventaja el cuerpo del otro” (c.15).

“Debo estar pendiente del rostro que con esto nos dice todo” (c.2).

“¡Una toallita húmeda! O podemos meter las manitos en un recipiente con aguítita tibia. Le podemos colocar caléndula o sulfato de magnesio” (c.10).

“Debo establecer comunicación con el paciente porque es mi tratamiento, mi abordaje, mi relación con este niño.

“Entonces pobre la víctima que está ahí, porque la estamos abordando sin ningunos requerimientos verdaderos” (c.7).

Aunque el cuerpo y el movimiento son las unidades de análisis de la profesión, es aquí donde se oculta hablando y refiriendo al otro, pero nunca desde la propia corporalidad. Por lo tanto, es en el saber y el ejercicio profesional donde el fisioterapeuta se apropia del poder e incide sobre el otro y sobre él mismo a través de su propio discurso. Hay dificultad para hacer visible su propio cuerpo, se ven con posturas con grandes limitaciones que apenas se ubican en lo biológico; de hecho, el fisioterapeuta fue formado para ello. Pero la tendencia es separarse de lo humano, de la relación, de lo interactivo y no ubicar al individuo como sujeto político o social.

Narrarse

La categoría narrarse se define a partir del habla del fisioterapeuta en su accionar diario, a través del funcionamiento de su desempeño, y los hace partícipes, logrando ocupar un lugar protagónico:

“El fisioterapeuta tiene diferentes lenguajes, ¿no cierto? [...] el corporal y el más importante es el que yo le transmito con mis manos” (c.5).

“Yo planeo, eeh [...] yo organizo y así ejecuto”.

“Demostrar en una posición en otra, en un espacio, en otro, y bueno. Creo que está haciendo lo mejor de ella en esa demo” (c.4).

“Bueno, vamos a aplicar ultrasonido” (c.10).

“Tengo cuerpo, tengo cuerpo y mi cuerpo se expresa a través de varias dimensiones” (E.3).

“Pero cuando yo trato un cuerpo yo trato solamente la estructura. Pero si yo trato un cuerpo y siento un cuerpo, entonces le estoy dando sentido a ese cuerpo que estoy tocando. ¿Si?” (c.6).

“Me gusta durante el trabajo compartir con el usuario, con las familias, con mis colegas” (E.2).

“Bueno, vamos a mirar esa rodilla. Recójala bien, bien, suéltela, le voy a movilizar su rotula” (c.3).

“Me interesa mucho que en el trabajo haya expresividad y haya libertad de ese usuario” (c.2).

“Vamos a hacerlo de manera progresiva, mientras se van acondicionando nuestros tejidos” (c.7).

“Nos vamos a colocar boca arriba. Bueno, doblamos la rodilla, hundimos estómago, apretamos nalga y levantamos cadera. 1, 2, 3, 4, 5 baja y descansa, y vuelve otra vez. Lo vamos a hacer en 20 repeticiones” (c.6).

Es un ejercicio que consiste en leerse autísticamente, pero es difícil que el sujeto logre escuchar su propio discurso, en tanto afirma condiciones y sujeciones que en las grabaciones ciegas no aparecen. Se habla de autonomía del paciente, de respeto, de vincularse con el paciente, pero en lo cotidiano lo que se escucha es un trato clasista otorgado solo por aquel legitimado en el saber del cuerpo, del movimiento y sus desordenes. Aun así, hay que volver a la autolectura y la construcción de experiencia, teniendo en cuenta que hay que prestar mucha más atención a este aspecto.

Juzgarse

Juzgarse consiste en alcanzar los objetivos siguiendo el direccionamiento de las leyes. Por lo tanto, se actúa y se habla de manera incisiva hasta lograr lo que se quiere o hasta proporcionar bienestar:

“Y hasta cierto punto ser controladoras, ¡es un deber! Yo lo considero”.

“Desde la puerta (señala): ‘Usted llegó tarde’. Ahí comienza el control del fisioterapeuta, ‘le voy hacer un cuarto de hora menos’. Ahí se reafirma el control”.

“Nosotras las fisioterapeutas somos mandonas, porque necesitamos que realmente el paciente nos entienda. Y algo que tenemos que tener muy claro de esto, las ordenes tienen que ser muy precisas, muy concisas”.

“Completamente independiente del tratamiento que estaba haciendo, ¿qué buscaba ella con el tratamiento?”.

“Yo le digo cuando paramos”.

“El fisioterapeuta debe explicar en qué es que yo lo voy a asistir [...] explicar siempre qué es lo que vamos a hacer, ¿no?”.

“Lógicamente, hay ciertos momentos donde es necesario y debo ejercer cierto control”.

“Muy bien, vamos a colocar un poquito de calorcito inicial, para ayudar a desinflamar. Porque aparte de la inflamación que tenemos en estos tendones, hay un desgaste en la articulación”.

“Por favor, llámeme. Sin embargo, yo voy a estar pendiente”.

“Que no le vaya a quedar muy fuerte” (v. 1).

Es bueno, útil y necesario, pero en su narración se esconde el temor de perder su condición de autorizado profesional del movimiento, de aquel que lo sabe todo sobre su rama. Se aproxima, por lo tanto, a enseñar movimientos o apartes del tratamiento, en una condición relativa a “[...] yo sí sé cómo se hace” (c.1, c.3, c.5).

La presentación de estos códigos fue configurada por medio de un ensamblaje de categorías observadas en el producto de la investigación de Castro (4), ya que varios de sus hallazgos perviven en la historia de la profesión, mientras que otras tres regularidades fueron emergiendo a través del rastreo de las narraciones, es decir, en el desarrollo del análisis de esta investigación.

De esa manera, se inscriben en la categoría de sumisión acrítica de las figuras jerárquicas todos aquellos discursos donde se perpetúa la subvaloración del ejercicio de la profesión. Sin embargo, esta condición se narra en tanto ha sido interiorizada por el profesional y se ha inscrito en el cuerpo. Por lo que se sigue asumiendo al fisioterapeuta como el médico que domina y direcciona, limitando su acción, la práctica de su propio saber, e incluso hurtando la subjetividad médica. Además, existen estrategias de mimetismo que se pasaron por alto, lo que sigue ubicando a los fisioterapeutas dentro del círculo especial de los usuarios de la bata blanca, de uniforme o de elementos que los llevan a tratar de imitar al médico, quien se percibe como un rango de mayor jerarquía.

“Necesitamos la orden con el diagnóstico del médico” (c.10).

“Esperemos, a ver qué le dice el ortopedista” (c.10).

Por último, la metáfora del esguince funciona en el sentido de que al ser una lesión que ocurre en la emergencia de un leve giro mecánico, debe influir sobre los fisioterapeutas. Ese dolor que detiene, esa inflamación, se convierte en un llamado a empezar lentamente a escucharse y verse, sin modificar la institucionalidad académica y clínica que compete a los pacientes, pero también a las letras. Se determina que junto con ese empírico-analítico que limita al sujeto, se propone un giro hacia un sujeto que reconozca su vacío y, de igual manera, reconozca la subjetividad de su propio discurso. Por lo que se propone en la incidencia que existe en sí mismo al observar solo un cuerpo ajeno, mientras se sigue haciendo invisible el propio.

Discusión

Discurso clínico

Dentro de la mirada médica que envuelve el discurso clínico, pocas personas han reflexionado a profundidad sobre los intersticios que se generan en el actuar discursivo, de cara a una intención concreta de proposición en particulares tipos de subjetividad. Foucault (8) señala cómo las regularidades discursivas que se enfocan en determinado grupo de población son el producto de una práctica discursiva histórica que se basan entre el pasado y el futuro. Por lo que el discurso se mueve entre estos dos elementos, proporcionando nuevas vertientes que determinan la actuación y movimiento de los sujetos inmersos en el acto comunicativo.

En este sentido, cada enunciado convertido en objeto se mueve en relación a otros que han sido construidos o se construirán a partir de él y formarán parte de la textura discursiva global. De esta forma, es posible señalar que los discursos se transforman a sí mismos, a su entorno histórico y a su entorno social. Siguiendo con lo anterior, el estudio de cada uno de los intersticios del discurso se vuelve algo necesario y vital, por lo que se brinda una oportunidad para descubrir y reflexionar sobre lo que nos ha constituido como expertos en una ciencia o saber determinado, en este caso, el área de la salud.

En consecuencia, cada profesional de la salud es el reflejo de lo que se ha semiotizado y de la ética que ha construido por medio de su vivir. Ahora bien, lo más importante es que se convierte en un actor discursivo que, a través de su vocabulario, genera un sujeto clínico que rige cada una de las consultas o intervenciones en el área. Sin embargo, no se debe olvidar que en la descripción discursiva estos no dejan de desplazarse en el léxico, los signos y la interpretación, produciéndose un ambiente en que el profesional deja de ser un lugar estratégico y comienza a jugar con los demás actores discursivos que utilizan y modifican su situación como sujeto observador (8).

Discurso y subjetividad

El sujeto productor del discurso tiene un papel de posición en él, más que un autor, es, en alguna medida, un actor posibilitado por una serie de relaciones externas a él (9). En este caso, el discurso clínico en el profesional de la salud se convierte en el interrogador soberano, el ojo que mira, el dedo que toca, el órgano de desciframiento de los signos, el punto de integración de descripciones corporales ya hechas (8). En ese orden de ideas, es en él, ejercido en un escenario asistencial, donde se tejen particulares relaciones de las observaciones inmediatas y el dominio de las interpretaciones ya aprendidas. Por lo que se ponen en juego la serie de códigos de percepción del cuerpo, probados y experimentados de manera parcial, y todo un sistema de códigos de atención, dominio, tratamiento y abordaje del cuerpo (9).

Discurso fisioterapéutico clínico

Hay discursos que refuerzan el poder y la jerarquía social, por su parte, en el fisioterapéutico existen unos códigos que se identifican y que hacen más enmarcado el poder y la dominación que el terapeuta tiene sobre su paciente. En esa medida, cada uno de los sujetos actantes conserva un conglomerado de elementos codificados que refuerzan los papeles o roles que cada uno asume en la consulta. En el ejercicio diario de atención a pacientes, se hace casi imperceptible el cúmulo de información que posee cada uno y, en ese sentido, se olvida que cada sujeto actante tiene una predisposición, la cual ayuda a guiar y perfilar el sentido del discurso y los resultados que el acto comunicativo producirá en el proceso de rehabilitación.

El discurso, incluido como institución, se convierte en una condición gremial a un sistema que rige legalmente y que se denomina ley de fisioterapia (10). El discurso fisioterapéutico clínico es una práctica social pero no una ciencia, teniendo en cuenta que no existe conocimiento sin una práctica discursiva definitiva y que toda práctica discursiva puede definirse por el saber al que da forma. En fisioterapia, este conocimiento consiste en pasar la conciencia constitutiva del discurso a la práctica. En ese sentido, el discurso fisioterapéutico clínico va más allá de la demostración científica, para ubicarse en ficciones, relatos, mitos, encuestas y en la institucionalidad que habla.

Asimismo, es en el espacio contextual donde el sujeto toma posición para hablar de los objetos de los que trata su discurso

(11). Así, el conocimiento fisioterapéutico clínico está mediado por el conjunto de funciones que implican la interrogación, el desciframiento, el registro, la decisión y la problematización, todo lo anterior ejercido por el sujeto en torno al movimiento corporal humano. De esa manera, los conceptos aparecen, se definen y se transforman, pasando de la conciencia constitutiva del fisioterapeuta a la práctica. En consecuencia, el sujeto fisioterapeuta no crea un discurso, sino que se adhiere a un conjunto de reglas determinadas de las que es consciente, haciendo parte del sistema de relación diferencial como un elemento no privilegiado.

De acuerdo a lo anterior, el discurso fisioterapéutico clínico también se clasifica y ubica en una jerarquía. Este discurso, como dispositivo, es una herramienta que dispone al sujeto (paciente) para un proceso en donde el habla (como artefacto) lo reconfigura y desarrolla, creando nuevas subjetividades. Los dispositivos emergentes logran moldear al sujeto y empoderarse.

Por último, dado que aunque no fue concebido para crear nuevos sujetos, se hace evidente que al estar inmerso en un contexto, este discurso se hace relevante y llega a ser un instrumento de poder. Analizar este espacio clínico es reconocer cada individuo y reencontrarse consigo mismo y con la individualidad a través de la relación fisioterapeuta-paciente. Por lo tanto, en el mundo se vuelve fundamental el reconocimiento del otro, en donde la propia autoafirmación permite respetar su diferencia e individualidad.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores.

Financiación

Ninguna declarada por los autores.

Agradecimientos

A los fisioterapeutas (el propio espejo).

Referencias

1. **Robayo A.** "Subjetividades Docentes en la Universidad Pública Colombiana" In: Alemania 2015. Editorial PUBLICIA . <http://doi.org/bp47>.
2. **Rojo M.** Poder - decir, o el poder de los discursos. España. Estudio Filol. 2000;25:223-5. <http://doi.org/dc9g3x>.
3. **Larrosa J.** Escuela, poder y subjetivación. Tabula Rasa. 2007 [cited 2010 Jul 6];6:395-406. <http://goo.gl/bjZlJw>.
4. **Castro C.J.** Aproximación al tejido simbólico de la cultura profesional en fisioterapia. Memorias XVII Congreso Nacional de Fisioterapia, Bogotá, D.C. 1998
5. **Herrera J.** Modulo: Grupos de discusión, análisis del discurso, métodos de análisis cualitativo. Maestría CINDE-UPN. Bogotá, D.C.
6. **Hodgson H.** Foucault, Deleuze, Lacan: Una política del discurso. 2^{da}. Buenos Aires: Quadrata; 2005.
7. **Munevar D.** Improntas y resonancias. Bogotá, D.C. Universidad Nacional de Colombia; 2009.
8. **Foucault M.** Vigilar y Castigar. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores; 2002.
9. **García R.** Michel Foucault, un arqueólogo del humanismo. Sevilla: Editorial MAD, S.L; 1988.
10. Colombia. Congreso de la República de. Ley 528 de 1999 (septiembre 14): Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de fisioterapia, se

dictan normas en materia ética profesional y otras disposiciones. Bogotá, D.C.: Diario Oficial 43711, septiembre 14 de 1999 [cited 2010 Oct 9]. Available from: <http://goo.gl/3DHCcU>.

11. Karan T. Una introducción al estudio del discurso y al análisis del discurso. *Global Media Journal*. 2005 [cited 2016 Oct 24];2(3),1-19. Available from: <http://goo.gl/aB9sQp>.