

“The End of Physiotherapy”

Reseña, Capítulo 6 El Cuerpo

Autor: David A. Nicholls
Editorial: Routledge
Páginas: 121 a 143

Reseñador: Carlos Amigo Mendoza
Estudiante de Magíster en Kinesiología

“El cuerpo”

Información del Artículo

Recepción: 20 de Noviembre de 2024

Aceptación: 12 de Diciembre de 2024

Introducción

El capítulo 6 de «*The End of Physiotherapy*» de David A. Nicholls se centra en la concepción del “cuerpo” dentro de la fisioterapia. Como línea principal, él se cuestiona la visión tradicional biomecánica del cuerpo, que trata al organismo humano como una máquina que puede ser entendida, evaluada y tratada de manera estructurada. Este enfoque, que ha sido predominante e influyente en la profesión desde el siglo XIX, se convierte, según el autor, en una restricción que impide a los fisioterapeutas/Kinesiólogos adaptar su práctica profesional a los complejos desafíos de la salud actuales, que incluyen factores sociales, culturales y emocionales.

El Dr. David A. Nicholls es una figura influyente en

el campo de la fisioterapia, se desempeña como profesor en la Escuela de Ciencias Clínicas de la Universidad de tecnología de Auckland en Nueva Zelanda. De profesión fisioterapeuta, también se desempeña como conferenciante, investigador y escritor de textos disciplinares, ampliamente reconocido por su perspectiva crítica sobre el desarrollo y las prácticas establecidas de la disciplina. Su trabajo incita a los profesionales a romper el paradigma sobre el cual se entiende el cuerpo en fisioterapia y el impacto de esa visión en la identidad profesional¹.

“*The End of Physiotherapy*” es el primer libro de historia crítica de la fisioterapia moderna. En el capítulo 6, el autor hace un repaso tanto del desarrollo histórico de la fisioterapia como los modelos emergentes que abordan el cuerpo desde dimensiones más holísticas,

integrando aspectos vivenciales, sociales y culturales. Su análisis promueve a los fisioterapeutas a expandir su comprensión del cuerpo y a reconocer las limitaciones de un enfoque exclusivamente biomecánico.

El propósito de esta reseña es explorar las ideas de Nicholls, destacando la importancia de su cuestionamiento a la fisioterapia moderna y de cómo sus argumentos proponen una ruptura del paradigma de la profesión. El cual, en palabras del autor, corresponde a una “visión limitada” la cual ya no es necesaria para la evolución de la profesión².

Resumen del Contenido

El capítulo examina, desde la vereda crítica, la idea tradicional que se ha construido a través del tiempo sobre el cuerpo humano y su representación dentro del mundo de la fisioterapia, y cómo esta visión mecanicista ha configurado el quehacer profesional, restringiéndolo a lo largo del tiempo. El autor afirma que los fisioterapeutas han adoptado, de forma automática, una visión del cuerpo como si de una máquina se tratase. Visión la cual, aunque útil en su momento, está dando señas de ser insuficiente frente a los complejos desafíos que presenta la salud moderna.

El autor enfatiza que esta perspectiva, que equipara al cuerpo a un sistema funcional de partes intercambiables y reparables, fue útil para desarrollar técnicas y tratamientos específicos basados en principios biomecánicos, fisiológicos y anatómicos. Aun así, él acentúa que ya ha llegado el momento en el que la fisioterapia expanda su visión para asimilar una comprensión más amplia y profunda del cuerpo, que integre otras dimensiones como las sociales, culturales, emocionales y existenciales de los pacientes.

Nicholls entreteje su análisis en tres principales pilares; Primero, lo hace desde la razón histórica que permitió dar vida a la analogía del cuerpo con una máquina, en el campo de la fisioterapia, exponiendo que este enfoque fue, principalmente una respuesta concisa a las necesidades del contexto social y político del siglo XIX, donde la biomedicina era el enfoque absoluto en salud.

En segundo lugar, Nicholls sostiene que, aunque esta perspectiva mecánica fue favorable en sus inicios, en la actualidad es obsoleta y desconectada de la realidad de las demandas que imperan en el siglo XXI, las cuales

se resumen en abordar la salud desde una perspectiva más integral u holística. Finalmente, sostiene que el preservar esta visión biomecánica podría resultar en un riesgo para la relevancia de la fisioterapia en el futuro, especialmente en el mundo contemporáneo, en donde, las personas exigen ser tratadas en su totalidad, no solo en términos de función física.

Desde el contexto histórico, el autor nos remonta a la Revolución Industrial, donde los grandes avances científicos y tecnológicos influyeron en la adopción de esta perspectiva mecanicista, la cual, no solo adoctrinó en la medicina, sino en todas las áreas de las ciencias de la salud. En este escenario, la fisioterapia emergió como una disciplina comprometida con el tratamiento humano, lo cual era fiel a las tendencias de la época y sus creencias.

El autor asegura, que esta visión permitió a la fisioterapia ganar legitimidad en el área de la salud, posicionándose como una disciplina respetada, que se desenvolvía en estrecha colaboración con medicina y enfermería. Es así que, la fisioterapia se consolidó en el siglo XIX y principios del XX a través de su aporte al tratamiento de enfermedades físicas y en la rehabilitación de soldados y pacientes con discapacidades derivadas de las guerras y epidemias, fortaleciendo así su rol dentro de la salud pública.

Nicholls explica que esta visión resultó ser una poderosa herramienta en la profesionalización de la fisioterapia. Al tratar el cuerpo como una entidad mecánica, los fisioterapeutas pudieron desarrollar intervenciones estructuradas y técnicas replicables que se alineaban con el enfoque científico contemporáneo. Las patologías eran catalogadas como “fallas” en la maquinaria humana, y la labor del fisioterapeuta consistía en reparar o restaurar las funciones a través de los procedimientos propios de la disciplina.

En base a lo anterior, el autor argumenta que, esta visión, aunque efectiva en su contexto, no tomaba en cuenta el papel de los aspectos subjetivos y emocionales en el proceso de recuperación y rehabilitación. El enfoque tradicional en la fisioterapia enfatiza el conocimiento detallado de la anatomía, fisiología y biomecánica, promoviendo así una perspectiva fragmentada del cuerpo, que discrimina o deja fuera de análisis factores como perspectiva individual, la experiencia subjetiva del dolor, y las influencias sociales y culturales que el entorno ejerce sobre el individuo. Lo cual, en la prác-

tica, se convierte en tratamientos que a menudo no consideran la perspectiva del paciente en su totalidad, reduciendo sus experiencias y necesidades a la mera “función corporal”.

El autor señala que uno de los grandes problemas u obstáculos que impiden cambiar este pensamiento de modelos biomecánicos, yace en el ámbito académico y profesional, a partir de estos, toda la literatura y programas educativos se aseguran de perpetuar la idea de que el cuerpo es un objeto de estudio objetivo, con componentes que pueden ser medidos, analizados y tratados por separado. Y que, aunque esta visión otorga un valor en términos de objetividad y estandarización, también actúa limitando el papel del fisioterapeuta, acortando su quehacer a intervenciones funcionales que ignoran el contexto en el que vive y se desarrolla el paciente.

Como respuesta a todas estas limitantes del modelo biomecánico, se propone en el texto que los fisioterapeutas emulen conceptos alternativos que han surgido en otras disciplinas, como el “cuerpo vivido” y el “cuerpo social”. El primero hace referencia a la experiencia subjetiva del cuerpo. Este enfoque plantea que el cuerpo no es solo una máquina física, sino que es experimentado de una manera única por cada individuo, influido por sus percepciones, emociones y contexto.

Desde esta perspectiva, el dolor, por ejemplo, no puede solo interpretarse desde los parámetros fisiológicos, sino que también se debe incluir el componente subjetivo que varía de una persona a otra y que es esencial en el proceso de tratamiento. El autor infiere que la disciplina podría beneficiarse al integrar esta visión del cuerpo, particularmente en el tratamiento de condiciones crónicas y dolor, donde los aspectos emocionales y psicológicos juegan un papel significativo en la experiencia de la enfermedad. Nicholls indica que, aunque algunos fisioterapeutas han comenzado a adoptar enfoques basados en la experiencia subjetiva del dolor, aún existe una gran dependencia en las explicaciones neuroanatómicas y fisiológicas que tienden a limitar la comprensión de este fenómeno como una experiencia multidimensional.

Por otro lado, el “cuerpo social” propone la idea de que el cuerpo también está influido por los factores culturales, sociales y políticas que rodean al individuo. Según Nicholls, esta visión podría ser particularmente útil para los fisioterapeutas en contextos de salud pública,

donde las condiciones de vida, el acceso a los servicios de salud y otros factores externos afectan directamente el bienestar físico de los individuos y comunidades.

Este enfoque promueve una visión más crítica y amplia de la fisioterapia, en la que los profesionales no se ven así mismo solo como restauradores de funciones físicas, sino también como agentes que pueden impactar en la salud de la comunidad, tomando en cuenta determinantes sociales de salud y promoviendo hábitos que tomen en cuenta las diversas realidades culturales y económicas de sus pacientes.

El autor advierte que, si la fisioterapia continúa apegada a esta visión del cuerpo como máquina, corre el riesgo de volverse obsoleta e irrelevante para el mundo, en donde las necesidades de las personas exigen un enfoque más integral.

En última instancia, el autor llama a los fisioterapeutas a trascender sus paradigmas fundacionales y explorar nuevas formas de comprender y tratar al cuerpo. Asegura que si los fisioterapeutas integran este enfoque más inclusivo y crítico, que asimile las experiencias vividas y los factores sociales, podrían responder de forma más efectiva y eficaz a las demandas que la atención en salud exige en la modernidad, posicionando, además, a la profesión como una parte fundamental de los sistemas de salud.

Desde el análisis realizado por Nicholls, se desprenden varios conceptos e ideas bastante controvertidas sobre la disciplina y lo que se ha construido en los casi 10 años de historia formal, desde que, en 1887, la fisioterapia fue oficialmente reconocida por el Consejo Nacional de Salud y Bienestar de Suecia. Y, posteriormente, otros países siguieran este modelo, estableciendo sus propias organizaciones y programas educativos para fisioterapeutas³.

Entendemos que cada profesión requiere un cuerpo teórico y conceptual que la caracterice, defina su objeto de estudio y establezca el campo de acción de sus profesionales, en el caso de la fisioterapia existe un consenso en definirla como una profesión del área de la salud cuyo objeto de estudio es el movimiento corporal humano⁴⁻⁶. **Por ende, estos más de 100 años de evolución de la fisioterapia nos han llevado, como punto final, al estudio del movimiento humano a través de su cuerpo, su contexto y su medioambiente.**

Según mi parecer, es tremendamente importante definir nuestro objeto de estudio disciplinario de manera que podamos analizar el escrito sobre el cuerpo, sin perder de vista esta perspectiva que debería ser nuestra identidad como kinesiólogos o fisioterapeutas a través de las naciones. Desde esta perspectiva e identidad central, intentaremos analizar la propuesta del autor y aportar a la discusión que plantea Nicholls sobre los cambios de paradigmas.

Una vez que hemos definido nuestro objeto de estudio como disciplina (el movimiento corporal humano), surge una pregunta fundamental antes de sumergirnos en la discusión e interpretación del texto base e intentar definir el cuerpo: ¿Qué tan importante es el cuerpo para nuestro objeto de estudio disciplinar? Probablemente, la mayoría de los fisioterapeutas consultados responderían que es extremadamente importante, casi esencial. Espero que al finalizar esta reseña tengamos una comprensión completa del concepto de “cuerpo” y, con ello, podamos responder a esta y muchas otras preguntas que puedan surgir en torno a nuestra disciplina.

En las primeras estrofas introductorias, el autor nos presenta un futuro en el que, si como disciplina no podemos comprender “cómo ha cambiado el cuerpo” y no evolucionamos con él, el fin de la fisioterapia como profesión es casi una realidad. Esta afirmación me llama profundamente la atención y, sin avanzar más en el texto, me pregunto: ¿Realmente ha cambiado el cuerpo?

Me atrevería a decir, casi con certeza, que más que el cuerpo haya cambiado o vaya a cambiar, es el concepto de cuerpo el que probablemente ha sufrido modificaciones inherentes a las perspectivas de análisis según se estudie. Esto es sumamente importante, ya que el autor argumenta que, en la antigüedad, el cuerpo ya se analizaba como algo más que el componente corpóreo, y no fue hasta la Ilustración que se enfocó el estudio del cuerpo (de forma transversal en todas las disciplinas) en el componente biológico o anatómico.

Desde las primeras estrofas, resulta seductor inclinarse a favor de lo que Nicholls plantea sobre “El cuerpo biomecánico escondido en la fisioterapia” debido a su argumento convincente. Sin embargo, podríamos cuestionar la falta de especificación de la revista y los artículos analizados a simple vista. Realicé un ejercicio similar con la prestigiosa revista de fisioterapia “Physical Therapy & Rehabilitation Journal”, publicación oficial de la APTA, con un factor de impacto de 4 en 2022.

Al igual que Nicholls, revisé los títulos de las publicaciones del Volumen 104, Número 10 (octubre de 2024) de la revista. En esa edición se publicaron un artículo editorial, cinco de perspectivas, cuatro revisiones, cinco investigaciones originales, un caso clínico y ocho investigaciones de diversas especialidades. Entre los artículos originales, destacaban temas como las “Comparación de las experiencias, los valores y las creencias de la actividad física y el ejercicio de las personas latinas y latinas, latinas y/o latinas y las personas no latinas, no latinas y/o no latinas con enfermedad de Parkinson” y la “competencia cultural LGBTQIA+ en la educación y práctica de fisioterapeutas”. Me sorprendió no encontrarme con la misma realidad expuesta por el autor, por lo que también analicé la “Journal of Physiotherapy” con un factor de impacto de 9.7 en 2023.

Al revisar su última edición, encontré artículos como “Los estudiantes de fisioterapia tienen diferentes actitudes, creencias y preferencias de aprendizaje con respecto a la atención médica LGBTQIA+: un estudio de métodos mixtos” y “La ingeniería motora graduada mejora la actividad y los resultados de deterioro en las personas después de un accidente cerebrovascular”. Noté una gran variedad de perspectivas sobre el tema de estudio. Aunque claramente existe una tendencia hacia el análisis del cuerpo biomecánico, la realidad ahora expuesta difiere de la de Nicholls al momento de realizar su búsqueda. Aun así, ¿Es este método lo suficientemente fiable como para llegar a las conclusiones del autor?

Tras analizar diversas revistas, observé que cada línea editorial tiene un enfoque y perspectiva únicos sobre su objeto de estudio. Además, algunas revistas de prestigio internacional no solo reciben publicaciones de fisioterapeutas, sino también de profesionales de otras disciplinas. Aunque el autor sugiere que los títulos y temas de los trabajos de investigación reflejan una tendencia constante hacia el cuerpo físico, considero que el método de ejemplificación es erróneo. No se puede simplemente tomar una revista, leer el índice de artículos y concluir que la disciplina se orienta hacia una perspectiva específica del cuerpo. Este enfoque metodológico hace que nuestras conclusiones, por muy acertadas y coherentes que sean, carezcan de legitimidad.

Primeramente, la muestra es limitada: revisar solo un volumen o número de una revista no permite observar el panorama completo. Un solo número puede estar enfocado en una línea específica (como la biomecáni-

ca), pero otros pueden cubrir aspectos psicosociales, éticos o contextuales de la práctica fisioterapéutica. Además, las revistas seleccionan trabajos según sus objetivos editoriales, su público y el estado actual de la investigación. No todos los temas importantes o innovadores se publican en un solo volumen, por lo que juzgar el enfoque de toda una disciplina en función de artículos de una revista podría introducir un sesgo hacia los temas más “publicables” en ese momento, pero no necesariamente los más representativos de la disciplina en su conjunto.

En resumen, aunque el análisis de las publicaciones científicas puede ofrecer una visión del interés de la investigación en un momento dado, esta muestra no es suficiente para definir el enfoque o el significado completo de una disciplina como la fisioterapia. Para una conclusión más objetiva, deberíamos revisar una mayor variedad de fuentes, incluyendo análisis de práctica clínica, entrevistas con profesionales y otros tipos de literatura fisioterapéutica que reflejen la diversidad del enfoque disciplinario.

Como uno más de sus argumentos Nicholls, plantea que, siguiendo el tópico del mecanicismo, los planes de formación profesional a través del mundo priorizan el conocimiento biomecánico. Haciendo especial mención a las directrices de la Confederación Mundial de Fisioterapia, que enfatizan el estudio de anatomía, fisiología, biomecánica, kinesiología, neurociencia y patología.

Al respecto, la necesidad de modernización ha sido siempre un tema en boga en el ámbito disciplinario, especialmente en las áreas relacionadas en salud. Ya desde el 2010 se observa la importancia de rediseñar la educación continua en las profesiones de salud. El Instituto de Medicina de los Estados Unidos (EE. UU.) expone en las páginas de su libro titulado *“Redesigning Continuing Education in the Health Professions”* la necesidad de un cambio de paradigma desde el enfoque “tradicional” de educación continua hacia el “desarrollo profesional continuo” con enfoque en la promoción de la colaboración interprofesional⁷. Dejando en evidencia que la actualización y la continua formación debe ser una prioridad en equipos y/o disciplinas relacionadas a la salud.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2020, publicó las directrices tituladas *“Transforming and scaling up health professionals’ education and training”* destacando que la transformación y ampliación de la educación de los profesionales de la sa-

lud es crucial para satisfacer las necesidades de salud de la población en el siglo XXI. Y, que este proceso no se trata solo en aumentar la cantidad de profesionales sino en mejorar la calidad de estos, lo que implica el desarrollo de competencias clave, la actualización profesional continua y la colaboración intersectorial⁸. No solo tenemos el deber moral, sino la estricta obligación de avanzar en la generación de conocimientos y mantenernos actualizados en las últimas prácticas. Aun así, la ruptura de paradigmas han sido un desafío constante en las disciplinas de la salud, tal como señala el autor.

Con el fin de incorporar métodos de evaluación y enfoques más holísticos surge el concepto de “Medicina basada en la evidencia” o “salud basada en la evidencia”, el cual no es más que un modelo que aparece en la década de los 90, en respuesta a este cambio de necesidades de la población. Y, a partir de un artículo llamado “Evidence-Based Medicine” escrito por David Sackett y sus colegas en 1996. Que plantea la necesidad de apostar por un nuevo enfoque en salud, que combine la mejor evidencia científica disponible con la experiencia clínica y los “valores y preferencias” de los pacientes en la toma de decisiones en salud⁹.

¿No es esto una forma, quizá elemental, del enfoque que plantea Nicholls en su texto? ¿No nos muestra esto la evolución que han experimentado las disciplinas relacionadas con la salud a lo largo del tiempo? Quizá podríamos argumentar que este enfoque es aplicable a países desarrollados o, más directamente, que el artículo y toda la evidencia posterior se centran en la disciplina médica. Podríamos esgrimir estos argumentos, sin embargo, en nuestra realidad actual, desde el año 2014, existe un reconocimiento oficial a nivel ministerial de esta metodología con la creación de la “Unidad de Evidencia Clínica” del Ministerio de Salud. Esta unidad es la encargada de establecer las directrices de tratamiento para los pacientes del sistema de salud público, basándose exclusivamente en el modelo de “Salud Basada en la Evidencia (SBE)”¹⁰. Y que, al ser ministerial, estas directrices deben aplicarse de manera transversal a todas las disciplinas que componen el sistema de salud en Chile, incluyendo a los kinesiólogos, quienes son los homólogos de los fisioterapeutas en el país.

Además, Es así que, por ejemplo, surge el modelo de atención biopsicosocial. Esta visión nace en la década del 70, propuesta por el psiquiatra estadounidense George Engel, donde la desarrolló como una crítica al entonces modelo biomédico dominante de la época, permitiendo

evaluar al paciente de forma integral, no solo evaluando síntomas físicos, sino también las dimensiones emocionales y sociales del paciente. Este modelo ha marcado pautas para la atención brindada por los profesionales de la salud, indistintamente de su disciplina¹¹.

El modelo también es impartido por más de una Escuela de formación de kinesiología/fisioterapia, como es el caso de la Escuela de Kinesiología de la Universidad San Sebastián¹², o sin ir más lejos, la Escuela de Kinesiología de la Universidad de Talca¹³. ¿Es este modelo un análogo del modelo mecanicista que nos plantea Nicholls? Me atrevería a decir que no, y que comprende un esfuerzo de la Academia para satisfacer lo que él denomina “las necesidades de la sociedad contemporánea”.

Continuando con nuestro viaje podemos remontarnos al año 1999, en donde el Profesor Karel Lewit, Neurólogo de profesión, especialista en terapia manual y uno de los miembros fundadores de la escuela de Praga, desarrolló el “Modelo de Movimiento Funcional Integral”, este enfoque se basa en la idea de que el cuerpo humano debe ser visto como una unidad funcional, dicho sea de paso, un concepto contrapuesto al mecanicista. En donde el tratamiento de las disfunciones no solo aborda los síntomas localizados, sino que también toma en cuenta la interacción entre sistemas y el impacto global en la calidad de vida del paciente.

Este modelo enfatiza que la terapia manual no solo se basa en técnicas mecánicas, sino que también considera el contexto biopsicosocial del paciente, lo que permite un enfoque más holístico en el tratamiento¹⁴. Este modelo, ha sido ampliamente adoptado por fisioterapeutas de Europa, como uno de los modelos más populares de la década.

Por lo tanto, ¿Es tan rígido e inamovible el paradigma mecanicista? ¿Es cierto que la disciplina no ha hecho ningún esfuerzo para adaptarse a las exigencias de la sociedad a medida que avanza en el tiempo? A pesar de los ejemplos antes mencionados, lo cierto es que ninguno de estos esfuerzos provino de la disciplina, sino del esfuerzo de otras áreas de la salud para poder integrar y dar respuesta a las complejas necesidades de las personas en pleno siglo XX y XXI.

Visto de este modo pareciera ser más difícil que el cambio se gestara desde nuestra disciplina. Y es un poco lógico. ¿Cómo podría una disciplina que, en palabras del autor, “se ha beneficiado tanto de este enfoque biome-

cánico” como para obtener renombre y ganar adeptos, abandonar tan fácil el área donde ha sido próspera?

En una de sus subtramas Nicholls expone que gracias al abordaje que esta visión biomecánica nos entregó como disciplina es que pudimos responder a las necesidades del siglo XX, el periodo de guerras y entreguerras. Y es precisamente esta participación que tuvimos como profesión en la salud pública, que hemos podido gozar de la relevancia que hasta el día de hoy se mantiene.

¿Qué hubiera sido de la fisioterapia, sino hubiese adoptado esta visión que nos dio prestigio entre las disciplinas de salud que alguna vez miraron nuestras prácticas de “masoterapia” con recelo al considerarlas demasiado empíricas y poco fundamentadas? Lo más probable es que si no hubiésemos adoptado ese enfoque, nuestro trabajo en la postguerra con las crecientes epidemias de influenza, tuberculosis y polio, no habría tenido el impacto que tuvo. Y mucho menos nos habría hecho merecedores de articular los equipos de salud junto con ramas como medicina y enfermería. Así que no es de extrañar que luego de estos grandes hitos en nuestra profesión, en muchos lugares se sigan aferrando al enfoque tradicional biomecánico del cuerpo. En esto el autor es muy claro y explica con gran acierto los mecanismos que nos llevan a este entrapamiento actual.

Nicholls va más allá, en lo que claramente es una crítica abierta al plan de estudios propuesto por la Confederación Mundial de Terapia Física, exponiendo que, aunque reconocen la necesidad de una diversidad curricular según el contexto de cada país, enfatizan principalmente la formación en ciencias biológicas y físicas, como la anatomía, fisiología, biomecánica, y otras disciplinas relacionadas. Concluyendo que la formación en fisioterapia sigue estando dominada por una perspectiva biomecánica del cuerpo, dejando menos espacio para las dimensiones humanistas de la práctica, lo que refleja una tendencia histórica en la profesión.

Aun así, aunque el escenario parezca preocupante no deja de tener cierta lógica ante mí dicha situación de entrapamiento en la que nos encontramos como fisioterapeutas. Y es que, la disciplina en sus orígenes siendo cuestionada por su forma empírica de desarrollarse, encuentra en los conocimientos biomecánicos el suficiente respaldo y validación de su accionar ante sus pares. Hoy, con una realidad y una sociedad totalmente cambiada, sigue aferrándose a estos principios que le brindaron grandes frutos en el pasado. Parece incluso

hasta plausible aferrarse a la fórmula que nos llevó al auge disciplinario.

Estos argumentos me llevan a plantear la pregunta ¿Cuál es la condición de nuestras escuelas de fisioterapia respecto a este oscuro escenario mundial? ¿Serán los esfuerzos de los connacionales suficientes para dar respuesta a creciente apogeo de nuevas necesidades de la población chilena? Si no lo son. ¿Qué factores son los que nos impiden seguir avanzando en este cambio de paradigma?

Ante este panorama, es válido replantearse las interrogantes de Nicholls: ¿Hemos evolucionado como profesión hacia un modelo más integral o seguimos aferrados al modelo mecanicista? ¿Qué esfuerzos se están realizando para cambiar el paradigma mecanicista? ¿Seguiremos entrampados en esta visión simplista del cuerpo o hay luces de cambio en el entorno académico de la disciplina?

Para dar respuestas a estas preguntas en primera instancia realice una revisión de todos los perfiles de egreso y mallas curriculares de las 10 mejores escuelas de kinesiología de la República de Chile, la cual es mi realidad inmediata, según el ranking América Economía año 2021¹⁵. En ella, para mi sorpresa, encontré luces esperanzadoras que evidencian un creciente esfuerzo desde la academia y los centros formadores, para ampliar o a lo menos otorgar las herramientas a los futuros profesionales, con las cuales librarse de este enfoque mecanicista y aprisionador.

Como podemos observar, la construcción de los perfiles de egreso en general muestra una tendencia hacia el área humanística-social, lo cual me parece alineada con sus mallas de formación, en contraste con la tendencia mundial que nos plantea el autor en su escrito. Pudiese ser que nuestra realidad local sea mucho mejor que la esperada, en cuando a la inclusión de estos nuevos elementos de enfoque disciplinar (Tabla N° 1).

Luego de analizar todos estos perfiles de egreso y sus respectivas mallas, hay algunas palabras que suelen repetirse en ellos, tales como; Integral, biopsicosocial y contextos culturales o sociales. Además, me llama mucho la atención encontrar insertos en las mallas de formación, módulos tales como Antropología, Rehabilitación con enfoque en derechos humanos, Filosofía ¿Para qué?, persona y transcendencia, etc. No esperaba pesquisar tal nivel de evolución entre las mallas de forma-

ción, a lo menos desde que egrese, hace 8 años. Por lo que es innegable que al menos en la realidad nacional, ha habido un esfuerzo en incorporar las herramientas para abordar la salud, el cuerpo y el movimiento de los individuos y/o comunidades del presente siglo.

No quisiera terminar este apartado sin antes hacer una reflexión crítica sobre lo entregado por el autor. Sin invalidar, claro está, el punto de vista que nos ofrece una realidad de lo acontecido en nuestra disciplina en la actualidad.

Pero es que, a pesar de coincidir con él, en el fondo de su argumentación, no dejo de estar alejado en la forma de presentarla, ya sea por no especificar el nombre de la revista de Fisioterapia que analizó, como por no dar a conocer la metodología utilizada para el análisis de los contenidos de los libros y la revista, ¿Se utilizó un análisis cualitativo del contenido? ¿Se basó en la frecuencia de ciertas palabras clave? Y es que, esta información también nos podría haber aportado o enriquecido aun mas el análisis, quizá la revista era representativa de algún campo disciplinar o su enfoque particular pudo haber sesgado los resultados.

El hecho es que, sin estos indecentes a mano dentro del análisis, solo podemos tomar el respaldo de su argumentación como hechos empíricos o presentar datos empíricos de manera creativa y narrativa como una forma de hacer mas digerible la perspectiva del autor. Ciertamente es un punto que se pudo haber mejorado con el fin de darle legitimidad a lo planteado.

En su siguiente apartado, “El cuerpo en la cultura occidental”, el autor nos adentra en las diferentes fases que ha tenido el concepto “cuerpo” a través de la historia. Hace hincapié que en edades más antiguas el concepto abarcaba no solo el ámbito físico, sino que grandes pensadores también le atribuían un ámbito social y filosófico. No fue sino hasta los inicios del oscurantismo donde, gracias en parte a influencias de la iglesia y a la propuesta de dualismo cartesiano de René Descartes, el concepto sufrió uno de sus cambios más radicales siendo despojado del ámbito social y espiritual, denominado ahora alma, para relegarse a lo netamente físico.

Es entonces que el autor nos da cuenta que sin lugar a dudas esta transformación fue hábil e ingeniosamente utilizada por los cientistas de la época, con el fin de desarrollar sus estudios sin la intromisión de la iglesia. Cuyo objeto de estudio se centraría solo en la mente

Tabla 1. Elementos de formación humanista-social y filosófico en los Perfiles de Egreso de las Escuelas de Kinesiología en Chile.

Escuela de Klgía.	Consideraciones del perfil de egreso	Modulos de formación humanista-social-filosófica
Universidad de Chile	Reconoce la importancia de entender el movimiento humano desde un enfoque integral que incluye dimensiones biológicas, psicológicas y sociales ¹⁶ .	Introducción al estudio del movimiento, Análisis epidemiológico, Análisis del modelo de salud chileno, Modulo integrado interdisciplinario y multiprofesional, Razonamiento clínico, Determinantes sociales de salud, Responsabilidad del ejercicio profesional, determinantes sociales de la salud e intervención en salud comunitaria.
Universidad Nacional Andrés Bello	El kinesiólogo "es un profesional que sustenta su quehacer en los valores de excelencia, integridad, respeto, pluralismo y responsabilidad" y que "su formación está basada en conocimientos científico-humanistas" ¹⁷ .	Sem. I; Habilidades comunicativas, Rehabilitación e inclusión con enfoque en DDHH. Sem. III; Epistemología y metodología de la investigación. Sem. IV; Razonamiento en Kinesiología. Sem. V; Políticas en Rehabilitación e inclusión. Sem. VI; Pensamiento Crítico, Diagnóstico interdisciplinario en rehabilitación con perspectiva Inclusiva. Sem. VIII; Intervención interdisciplinaria en rehabilitación con perspectiva inclusiva.
Pontificia Universidad Católica de Chile	El perfil destaca una sólida formación científica y su capacidad para abordar problemas de salud de manera integral. Su enfoque no solo incluye los aspectos biológicos, sino también los psicológicos y sociales del individuo. Trabajan en equipo, se comunican eficazmente y actúan con ética, destacando la dignidad trascendente de las personas. Este perfil refleja una visión holística que valora tanto el bienestar físico como el emocional y social de los pacientes ¹⁸ .	Sem. I; Fundamentos psicológicos para Kinesiología. Sem. IV; Bases de la comunicación y entrevista clínica, Bioética. Sem. V; Razonamiento clínico y fundamentos de la evaluación. Filosofía ¿Para qué?
Universidad Finis Terrae	El perfil de egreso de Kinesiología de la Universidad Finis Terrae describe a un profesional con una formación integral, orientado a gestionar la funcionalidad y mejorar la calidad de vida de las personas. Destaca varios aspectos claves que abarcan competencias técnicas, éticas y de liderazgo en el contexto de la salud, con un enfoque biopsicosocial y un énfasis en la actividad física y la rehabilitación ¹⁹ .	Posee en su malla una línea exclusiva para módulos con relación a la formación general, incluye entre ellos; Identidad personal, Introducción al pensamiento Filosófico, Apreciación de los Lenguajes Artísticos, Antropología Filosófica, Ética general y Persona y Trascendencia.
Universidad Católica del Maule	Describe al kinesiólogo como profesional que fundamente al movimiento como objeto de estudio. Formado a través de un modelo epistemológico propio. Su ejercicio profesional será comprometido en la solución de los problemas de funcionalidad en todo el ciclo vital, en particular de los grupos más vulnerables y de mayor riesgo, a nivel regional y nacional, con responsabilidad social y visión cristiana e integral de la persona humana ²⁰ .	Sem. I; Bases para el Razonamiento profesional. Sem. II; Introducción a la Fe Sem. IV; Ética Cristiana Sem. V; Razonamiento profesional y toma de decisiones. Sem. VII; Razonamiento para la intervención en contextos de dependencia.
Universidad Mayor	Describe al kinesiólogo como profesional competente y autónomo, cuyo objeto de estudio es el movimiento humano. Posee responsabilidad social, ética, teniendo presente los aspectos biopsicosociales. Trabaja colaborativamente para contribuir a la sociedad, su entorno, fomentando el respeto y la inclusión en el contexto de un mundo globalizado ²¹ .	Sem. I; Salud y sociedad. Sem. II; Psicología para la atención en salud. Sem. IV; Economía del comportamiento. Transversal; A lo menos 1 electivo por Sem. desde el segundo Sem., para adquisición de habilidades blandas.
Universidad Austral de Chile	Describe al profesional como poseedor de sólida formación en ciencias básicas, biológicas, psicológicas y sociales capaz de desarrollar modelos de intervención para optimizar el movimiento humano y la salud de la población a nivel del individuo y la comunidad a lo largo del ciclo vital, donde se relaciona desde principios y valores de justicia, bien común, dignidad y de responsabilidad social, desde un enfoque interdisciplinario ²² .	Sem. II; Socioantropología de la salud, Bioética y profesión. Sem. III; Psicología del desarrollo. Sem. IV; Estrategias de educación y comunicación. Sem. V; Salud, movimiento y comportamiento humano, Diagnóstico kinésico y razonamiento clínico. Sem. VI; Salud, movimiento y sociedad, Diagnóstico diferencial, razonamiento clínico.
Universidad de Talca	Señala que el profesional ejerce su labor "considerando al individuo en su triple dimensión biopsicosocial. Todo lo anterior, les permite valorar la salud como elemento esencial de la vida humana, manifestando capacidad de servicio, disposición y responsabilidad" ²³ .	Sem. I; Comunicación Oral y escrita 1. Sem. II; Comunicación oral y escrita 2. Sem. IV; Trabajo en equipo y desarrollo de habilidades sociales. Sem. V; Comprensión de contextos sociales. Sem. VI; Comprensión de contextos culturales. Sem. VII; Ética y responsabilidad social. Sem. VIII; Responsabilidad social.
Universidad Autónoma de Chile	El perfil del estudiante ideal de Kinesiología combina un genuino interés por el bienestar físico de las personas y una sólida motivación para comprender el funcionamiento del cuerpo humano en sus diversas dimensiones. Este estudiante suele demostrar empatía y una vocación de servicio, con la capacidad de trabajar en equipo y comunicarse eficazmente con distintos tipos de pacientes y colegas ²⁴ .	Sem. I; Comunicación. Sem. II; Comunicación 2. Sem. III; Desarrollo del pensamiento. Sem. IV; Desarrollo personal. Sem. V; Epidemiología y salud pública. Ética. Sem. VI; Salud Familiar y comunitaria. Sem. VII; Gestión en salud, Responsabilidad social.
Universidad de los Andes	Es un profesional de salud con dominio particular del sistema de movimiento humano que orienta sus acciones a la conducta motora para mejorar la funcionalidad y la calidad de vida de individuos y comunidades en diversas condiciones de salud, a lo largo del ciclo vital. Formado interdisciplinariamente teniendo conocimientos propios de su área profesional y de otras áreas y disciplinas del saber ²⁵ .	Sem. I; Antropología. Sem. II; Psicología del desarrollo, Teología I. Sem. III; Epidemiología y Salud Publica, habilidades comunicacionales, Teología II, formación interdisciplinar I. Sem. IV; Admin. y gestión en salud, formación interdisciplinar II. Sem. V; Epidemiología y salud pública. Ética. Sem. VI; Formación interdisciplinar III. Sem. VII; Ética.

y el alma, o en palabras del autor, ese cuerpo social y espiritual. Esta inclinación natural de los científicos en esta parte del cuerpo físico, que estaba lejos del interés eclesiástico de la época, hizo que se marcara fuertemente la tendencia de explorarlo.

Esta tendencia alcanza su apogeo con el desarrollo de disciplinas como la medicina y la enfermería. Luego la historia ya es conocida, el desarrollo de la revolución industrial trajo cambios importantísimos como el desarrollo de grandes urbes, lo que trajo desafíos importantes respecto a la salud poblacional. Aquí, los médicos fueron actores principales desarrollando estudios epidemiológicos y estadísticos de la salud con el fin de restaurar la salud del cuerpo de las personas. Entonces, la idea del cuerpo como máquina o el concepto de cuerpo avocado solo al componente físico se convirtió, en palabras del autor, en una metáfora poderosa.

El autor nos cita variadas referencias de científicos de la época describiendo estructuras anatómicas mediante analogías con piezas de mecánica. Ya desde este punto nos convence, con un rico análisis histórico en conjunción con algunos ejemplos de visión de médicos de la época, de que el concepto de cuerpo mecánico se instauró con fuerza para dominar hasta la contemporaneidad. Nicholls asegura que esto ha traído enormes críticas hacia la medicina, desde la población, donde ha emergido el descontento de la población, y en cierta forma, se desprende que también la desconfianza hacia la disciplina médica.

Esto queda fuertemente influenciado por la creciente tendencia o inclinación hacia medicinas alternativas no tradicionales, que abordan áreas como la comprensión personal y social de la salud y el bienestar de las personas. El autor termina su brillante ponencia sobre el origen del concepto de cuerpo, el establecimiento de su dicotomía en el oscurantismo y el auge del cuerpo asegurando que todos estos movimientos traen una sensación de incertidumbre o incerteza general sobre que es el cuerpo, donde comienza y termina y que desafíos nos traerá el futuro.

En este punto, a diferencia del primer subíndice, el autor presenta un argumento contundente respaldado por una amplia gama de estudios que refuerzan firmemente su perspectiva. No deja espacio para la duda ni la reflexión sobre que así fue como se desarrolló la disciplina en sus orígenes, junto con el concepto biomecánico del cuerpo.

Un nuevo modelo que vale la pena considerar

Actualmente, existen diversos modelos de razonamiento en kinesiología y fisioterapia que buscan abordar al individuo de manera integral. Estos modelos no solo consideran las alteraciones físicas, sino también los aspectos emocionales, sociales y psicológicos del paciente. Al adoptar un enfoque holístico, el objetivo es tratar al paciente en su totalidad, en lugar de centrarse únicamente en la lesión o disfunción específica.

Un destacado exponente de este enfoque es el “Modelo Función-Disfunción del Movimiento Humano (MFD-MH)”. Presentado en 2006, este modelo busca proporcionar un marco de referencia para comprender la complejidad del movimiento humano y su relación con la funcionalidad en diferentes niveles de organización, desde lo biológico hasta lo social. El modelo se basa en la premisa de que el movimiento es una expresión fundamental de la vida, y su estudio debe ir más allá de un enfoque centrado únicamente en la enfermedad.

Este modelo se fundamenta en la interrelación de tres pares conceptuales:

- Función – Disfunción: Este par describe el estado de las estructuras y sistemas del cuerpo humano en relación a su capacidad para realizar movimientos y cumplir con sus funciones específicas.

- Movimiento (+) - Movimiento (-): Indica la presencia o ausencia de movimiento, evaluando tanto la calidad como la cantidad. Es importante señalar que no todo movimiento es funcional y no toda ausencia de movimiento es disfuncional.

- Salud – Enfermedad: Describe el estado general del individuo a lo largo de su ciclo vital²⁶⁻²⁷.

Estos pares conceptuales permiten una comprensión integral del movimiento humano y su relación con la funcionalidad en distintos niveles de organización, desde lo biológico hasta lo social.

Ahora bien, la interacción de estos tres pares conceptuales se puede representar en un espacio tridimensional, donde cada punto refleja un estado particular de salud-enfermedad, función-disfunción y movimiento (+/-). El Modelo Función-Disfunción del Movimiento Humano (MFD-MH) reconoce la complejidad del movimiento humano y la imposibilidad de reducirlo a sim-

ples mecanismos. Este modelo enfatiza la importancia del movimiento intencionado y su significado en la interacción del individuo con su entorno y su contexto social. De esta manera, el MFDMH proporciona una perspectiva integral y dinámica para entender cómo los diferentes aspectos del movimiento, la función y la salud se interrelacionan y afectan el bienestar general del individuo a lo largo de su ciclo vital.

1. El Modelo Función-Disfunción del Movimiento Humano (MFDMH) propone un enfoque sistémico para comprender el movimiento humano, reconociendo que la funcionalidad no se limita a la movilidad de las estructuras afectadas. Este enfoque abarca la complejidad del movimiento intencionado en el contexto del ser social. En este sentido, el modelo se aleja de la categorización y clasificación de patrones preestablecidos, como los propuestos por la APTA (American Physical Therapy Association) o la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud), y se enfoca en la individualidad del usuario. Finalmente, es importante mencionar que el MFDMH tiene implicancias significativas tanto para la práctica clínica como para la investigación en kinesiología. Este modelo ofrece una perspectiva holística que puede mejorar la comprensión del movimiento humano y su impacto en la salud y el bienestar de los pacientes²¹⁻²².

Cabe mencionar que este modelo integra tanto las ciencias biológicas de la kinesiología (Anatomía, Fisiología y Biomecánica), como también añade Ciencias sociales al estudio de la profesión, tales como Psicología, Sociología y Antropología²², las cuales brindan especial atención al segundo concepto que mencionaba Nicholls en su texto, el “cuerpo social”. ¿Podría entonces ser el Modelo función disfunción del movimiento humano, aquella pieza clave que él estaba esperando de la disciplina? ¿Aquel método que rompa con el paradigma biomecánico e integre el “Cuerpo vivido” con el “Cuerpo Social”? Sin ir más a profundidad, pareciera ser que este modelo cumple perfectamente las expectativas del autor, y, por ende, una herramienta poderosa para satisfacer las necesidades del individuo contemporáneo.

A modo de esquematizar el Modelo función disfunción del movimiento humano, de tal forma de hacerlo más cercano al lector me permitiré añadir un ejemplo de su uso;

“Hombre de 70 años con diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) moderada.”

A. Primer paso; desarrollo de contextos funcionales del paciente;

- *Contexto Funcional General (CFG): El paciente vive con su esposa en un segundo piso sin ascensor, lo que dificulta su movilidad. Es jubilado y solía ser un ávido jardinero. Disfruta de pasar tiempo con sus nietos, pero su capacidad para participar en actividades físicas se ha visto limitada debido a su EPOC. Su situación económica es modesta, lo que limita su acceso a actividades recreativas o de apoyo.*

- *Contexto Funcional Específico (CFE): El paciente refiere disnea (dificultad para respirar) al subir escaleras o caminar distancias cortas. Siente frustración al no poder jugar con sus nietos o realizar tareas de jardinería como antes. Además, la disnea le genera ansiedad, especialmente en lugares públicos, limitando sus salidas y su vida social.*

- *Contexto Funcional Crítico (CFc): Al realizar una prueba de caminata de 6 minutos, el paciente presenta una distancia recorrida significativamente menor a la esperada para su edad y género (250 metros), acompañada de un aumento en la frecuencia respiratoria (28 rpm) y la sensación subjetiva de disnea (8/10 en la escala de Borg).*

En primera instancia, como podemos observar, iniciamos el modelo con una descripción de los contextos del paciente, luego procedemos al análisis del caso, el cual está compuesto primeramente por un análisis patokinesiológico, centrada en identificar los impactos de la enfermedad en cada uno de los niveles descrito, desde molecular hasta nivel comunidad. Y, un análisis de balance/desbalance, quien ordena los factores en cargas (demandas físicas impuestas al sistema), Traductores (herramientas por las cuales identifico estas cargas) y Asistencias (Estrategias que podrían ser implementadas por el profesional con el fin de confrontar estas cargas). Como se muestra a continuación;

Análisis Patokinesiológico (AS): *La EPOC se caracteriza por la obstrucción del flujo aéreo, lo que limita la capacidad pulmonar y la oxigenación de los tejidos. A nivel molecular, se produce una inflamación crónica en las vías respiratorias y la destrucción de los alvéolos pulmonares. A nivel de sistema, la disfunción*

respiratoria afecta la capacidad del cuerpo para realizar ejercicio y mantener un adecuado nivel de actividad física. A nivel de persona, la EPOC impacta su autonomía, su estado emocional y su participación social⁶. A nivel de comunidad, el paciente podría beneficiarse de programas de apoyo para personas con EPOC, que le permitan compartir experiencias y acceder a recursos.

Análisis de Balance / Desbalance (ABD):

- **Cargas:** Las demandas físicas impuestas al sistema respiratorio durante la actividad física, como subir escaleras o jugar con sus nietos, superan la capacidad funcional del paciente.
- **Traductores:** La obstrucción del flujo aéreo, la disfunción muscular respiratoria y el miedo a la disnea limitan la capacidad del cuerpo para responder a las cargas.
- **Asistencias:** Se pueden implementar estrategias de asistencia, como el uso de oxígeno suplementario, técnicas de respiración, adaptación del entorno (mudanza a un primer piso), apoyo familiar para realizar actividades y acceso a grupos de apoyo para personas con EPOC.

Una vez realizado el análisis, se procede a clasificar el caso, esto incluye; la jerarquización de problemas, el sentido de oportunidad, y el tipo de intervención que se realizara;

Jerarquización de Problemas:

- **Disnea de esfuerzo:** Limitando la capacidad del paciente para participar en actividades de la vida diaria y afectando su calidad de vida.
- **Ansiedad y miedo a la disnea:** Causando aislamiento social y limitando su participación en actividades placenteras.
- **Dificultades de acceso a recursos:** Debido a su situación económica y la falta de información sobre programas de apoyo.

Sentido de Oportunidad: Existe un alto sentido de oportunidad para la intervención kinesiológica, ya que se ha demostrado que el ejercicio físico, la rehabilitación respiratoria y el apoyo psicosocial mejoran la

capacidad funcional, la calidad de vida y la integración social en pacientes con EPOC.

Tipo de Intervención: La intervención se enfocará en la rehabilitación respiratoria integral:

Ejercicios de entrenamiento muscular respiratorio:

- **Entrenamiento de tolerancia al ejercicio:** Gradual e individualizado, considerando las actividades que el paciente desea retomar (jardinería, jugar con sus nietos).
- **Educación sobre el manejo de la EPOC:** Incluyendo técnicas de respiración, manejo de la disnea y estrategias para conservar energía.
- **Estrategias de afrontamiento a la ansiedad:** Técnicas de relajación y reestructuración cognitiva para manejar el miedo a la disnea.
- **Gestión:** Derivación a un trabajador social para evaluar su situación económica y acceder a programas de apoyo para personas con EPOC. Información sobre grupos de apoyo y actividades recreativas adaptadas a su condición.

Luego, los dos últimos componentes para realizar un análisis conforme al MFDMH serían; La creación de un diagnóstico y pronóstico junto con la Actuación que incorporaría una ventana de acción terapéutica y una intervención como tal:

Diagnóstico: Disfunción respiratoria con limitación de la capacidad aeróbica, manifestada como disnea de esfuerzo y disminución de la tolerancia al ejercicio, generando ansiedad y aislamiento social, asociada a EPOC moderada y dificultades de acceso a recursos.

Pronóstico: Con la intervención adecuada, se espera que el paciente logre:

- Mejorar su capacidad funcional y tolerancia al ejercicio.
- Reducir la disnea de esfuerzo.
- Manejar la ansiedad y el miedo a la disnea.
- Aumentar su participación en actividades de la vida diaria, incluyendo las actividades sociales y recreativas.

- *Mejorar su calidad de vida.*
- *Acceder a redes de apoyo social.*

Actuación:

- **Ventana de Acción Terapéutica:** *Se implementará un programa de rehabilitación respiratoria integral individualizado, que incluirá ejercicios de intensidad progresiva, ajustados a la tolerancia del paciente y sus objetivos personales. Se incorporarán técnicas de relajación y afrontamiento a la ansiedad. Se coordinará con el trabajador social y se facilitará la información sobre grupos de apoyo.*

Intervención:

- **Ejercicio físico:** *Ejercicios aeróbicos de bajo impacto (caminar en terreno plano, bicicleta estática), entrenamiento de fuerza muscular de miembros superiores e inferiores, ejercicios respiratorios y entrenamiento de intervalos.*
- **Educación:** *Información sobre la EPOC, técnicas de respiración diafragmática y de labios fruncidos, manejo de la disnea, estrategias para conservar energía, identificación de situaciones que desencadenan ansiedad y estrategias de afrontamiento.*
- **Gestión:** *Coordinación con el médico tratante, trabajador social, psicólogo y otros profesionales de la salud. Facilitación del acceso a grupos de apoyo para personas con EPOC y a actividades recreativas adaptadas.*
- **Seguimiento:** *Se realizará una reevaluación periódica para monitorear el progreso del paciente en los aspectos físicos, emocionales y sociales, y ajustar el programa de intervención según sea necesario.*

Este esquema, aunque básico, ilustra cómo el Modelo Función-Disfunción del Movimiento Humano (MFD-MH) permite una comprensión holística del paciente con EPOC. Este enfoque considera no solo los aspectos biológicos de la enfermedad, sino también el contexto social y la percepción subjetiva del movimiento en relación con el bienestar del paciente. Se destaca la importancia de una intervención integral que abarque los aspectos físicos, emocionales y sociales del paciente para lograr un impacto positivo en su funcionalidad y calidad de vida. Además, este modelo sugiere un futuro en el que la fisioterapia y kinesiología se aborden de

manera integral y holística, como propone Nicholls.

Cuerpo vivido y social

En su análisis final, el autor introduce dos conceptos sumamente interesantes: el “cuerpo vivido” y el “cuerpo social”, que ya hemos revisado anteriormente. El autor ofrece una visión precisa del concepto de cuerpo vivido, no solo como la percepción de disfunciones o barreras que los individuos pueden enfrentar al realizar ciertas actividades, sino también como una experiencia subjetiva del cuerpo.

La literatura indica que el concepto de enfermedad no se limita a una disfunción estructural u orgánica; está profundamente ligado a lo emocional y fuertemente influenciado por el contexto del paciente, su historia de vida y su percepción. Este proceso es fundamental para que los seres humanos interpreten y organicen la información sensorial recibida del entorno. No solo implica la recepción de estímulos, sino también su interpretación, lo que significa que la percepción está influenciada por experiencias previas, expectativas y contextos culturales²⁸.

Existe una gran variabilidad dentro de una misma población, y es aquí donde el uso de modelos integrales de evaluación y razonamiento, que van más allá de la lógica biomecánica, cobra una real importancia. Estos modelos permiten discriminar entre individuos y establecer una mejor aplicación terapéutica en la profesión.

Nicholls utiliza el ejemplo del dolor para ilustrar su punto. ¿Qué es el dolor? El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, definida como una percepción asociada a un daño tisular real o potencial, o descrita en términos de tal daño. Es una experiencia personal influenciada por factores biológicos, psicológicos y sociales. La sensación de dolor no solo dependerá del posible daño o de la cantidad de receptores nociceptivos activados, sino también de una serie de factores internos y externos. Es en estos factores donde debemos ampliar nuestro análisis, más allá de la estructura lesionada.

Entendemos entonces que el dolor no puede interpretarse únicamente desde parámetros fisiológicos o desde el daño. También debemos abordar el concepto subjetivo de la persona: la labilidad del individuo, su carácter, experiencias previas con el dolor, historia de vida y red

de apoyo. Sabemos que la labilidad emocional puede aumentar significativamente el dolor percibido. Entonces, el cuerpo vivido comprende todos estos factores, no solo lo patológico. La analogía del cuerpo dividido es un paralelismo efectivo para explicar el concepto de “cuerpo vivido” que plantea el autor.

El segundo elemento es el concepto de “cuerpo social”, que propone que el entorno también activa o modula la disfunción de nuestros pacientes y puede afectar la interacción salud-enfermedad. Las redes de apoyo son fundamentales para proporcionar seguridad en la recuperación del paciente. Las políticas sociales y culturales pueden actuar como facilitadores del proceso de curación o como importantes barrera

Nuestra disciplina debe poner especial atención en estos factores de riesgo o protectores que afectan al paciente. No es un conocimiento nuevo. En 1980, la OMS difundió el enfoque de rehabilitación basada en la comunidad, que surgió para mejorar el acceso a servicios de rehabilitación para personas con discapacidad, especialmente en contextos de escasos recursos. Este modelo se centraba en proporcionar servicios accesibles, oportunidades educativas inclusivas, acceso al empleo y desarrollo profesional, redes de apoyo comunitario y fortalecer capacidades locales para gestionar estos servicios²⁹. Es un modelo que no solo se centra en la salud y el cuerpo vivido, sino que apunta al cuerpo social.

¿Son legítimos los cuestionamientos de Nicholls? ¿Corresponden a una visión desesperanzadora de la profesión? ¿Son suficientes los esfuerzos realizados a nivel académico y clínico? ¿Cuál es el desafío que debemos plantearnos como profesión a nivel local?

La definición histórica del nacimiento del modelo mecanicista parece ser acorde con la realidad de la época. Sin embargo, nuestra disciplina ha ido experimentando y adaptándose a diversos modelos que responden a la necesidad disciplinar. Ha habido un esfuerzo transversal de la profesión por modernizarse y abandonar este modelo simplista. El modelo función-disfunción del movimiento humano, desarrollado en la Universidad Católica del Maule, se presenta como el más cercano a la idealidad del autor.

Por ende, sin lugar a dudas, ha habido un esfuerzo transversal de la profesión por modernizarse y dejar atrás este modelo simplista que nos resta importancia en medio de los equipos multidisciplinarios. Fruto de ese

esfuerzo han surgido muchos modelos que vienen a responder en parte las necesidades que plantea el autor en su análisis, el modelo función disfunción del movimiento humano, podría ser por lejos el modelo de razonamiento más cercano a la idealidad del autor. Y, el hecho de que se esté impartiendo ya desde varios años en las escuelas de pregrado, nos da un futuro esperanzador de cambio.

Las perspectivas y planteamientos sobre las necesidades de la sociedad moderna, de considerarse como un todo y como sistemas que interactúan, son muy acertadas. Los conceptos de “Cuerpo Vivido” y “Cuerpo Social” caracterizan bien los pilares del MFDMH, separando las ciencias biológicas y sociales.

En conclusión, es importante reflexionar sobre la evolución de la fisioterapia y la necesidad de trascender el modelo biomecánico tradicional. Este modelo fue fundamental en la consolidación de la disciplina, pero su enfoque reduccionista limita la capacidad de los fisioterapeutas para abordar las complejidades de la salud en el siglo XXI. Integrar los conceptos de “cuerpo vivido” y “cuerpo social” implica reconocer la subjetividad del paciente. La fisioterapia ha demostrado adaptabilidad a lo largo de su historia, adoptando modelos de razonamiento más holísticos. El “Modelo Función-Disfunción del Movimiento Humano” es un ejemplo de este avance. El desafío para la fisioterapia es continuar evolucionando hacia un enfoque más integral y centrado en el paciente, donde los conceptos de “cuerpo vivido” y “cuerpo social” sean pilares fundamentales. La clave reside en abrazar la complejidad del ser humano y desarrollar un enfoque terapéutico que integre las dimensiones física, emocional y social.

Como reflexión final, para avanzar hacia el futuro debemos mirar al pasado, no solo desde la perspectiva de nuestra disciplina, sino como humanidad. Con los antecedentes ya expuestos hemos observado cómo la concepción del cuerpo como una unidad integral no es una idea reciente; estaba presente incluso en la antigüedad. Los esfuerzos por implementar modelos de visión holística en las diversas disciplinas también tienen raíces profundas. A través de los siglos, se han desarrollado y aplicado múltiples enfoques, algunos con mayor éxito que otros, pero todos han dejado huellas importantes que hoy podemos retomar.

Ahora, el desafío recae en nosotros: aprovechar esa rica herencia histórica y utilizarla como base para construir

herramientas que nos permitan afrontar las necesidades del futuro. En este contexto, no estamos presenciando el fin de la fisioterapia; más bien, estamos en los albores de una nueva era para la profesión. El aprendizaje reflexivo que nos reúne aquí es la evidencia más contundente de ello. Este tipo de instancias no son únicas; se replican en escuelas de fisioterapia de todo el mundo, gestando profesionales con mentes críticas y creativas, que serán quienes impulsen a nuestra disciplina hacia un nivel de mayor complejidad, impacto y relevancia en la sociedad.

El futuro de la fisioterapia no es un destino incierto; es un proceso dinámico que está ocurriendo ahora, y somos parte de su construcción.

Referencias

1. Auckland University of Technology (AUT) (2024). Perfil de David Nicholls [Internet]. Auckland: AUT; [Citado el 4 de noviembre del 2024]. Disponible en: <https://academics.aut.ac.nz/david.nicholls>
2. Nicholls DA. (2017) *The End of Physiotherapy*. London: Routledge;
3. Fisioterapia. Wikipedia, la enciclopedia libre. <https://es.wikipedia.org/wiki/Fisioterapia>. (consultado el 8 de noviembre de 2024).
4. Higgs J, Refshauge K, Ellis E (2001). Portrait of the physiotherapy profession. *J Interprof Care*. 15(1):79-89. doi:10.1080/13561820020022891.
5. Triana JA, Quintana BA. (2005) La enseñabilidad y la enseñanza de la Fisioterapia como profesión. In: Prieto-Rodríguez A, Polanía SPN, Sánchez LVG, organizadores. *Cuerpo y Movimiento: perspectivas*. Bogotá: Centro Editorial Universidad del Rosario; p. 223-270.
6. Sahrmann SA (2014). The human movement system: our professional identity. *Phys Ther*. 94(7):1034-42. doi:10.2522/ptj.20130319.
7. Institute of Medicine (US) Committee on Planning a Continuing Health Professional Education Institute (2010). *Redesigning continuing education in the health professions*. Washington, DC: National Academies Press;.
8. World Health Organization (2020). *Transforming and scaling up health professionals' education and training: WHO education guidelines 2020*. Geneva: World Health Organization;.
9. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ (Clin Res Ed)*.;312(7023):71-72. doi:10.1136/bmj.312.7023.71.
10. Ministerio de Salud de Chile (2024). *Salud basada en la evidencia*. Disponible en: <https://etesa-sbe.minsal.cl/conozcanos-departamento-etesa-sbe/ques-salud-basada-en-la-evidencia/>. Accedido el 5 de noviembre de 2024.
11. Arrieta Villarreal JL, Guzmán-Saldaña R (2021). Modelo Biopsicosocial: De la teoría a la clínica. *ICSA [Internet]*. [citado 5 de noviembre de 2024];10(19):101-2. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/8033>
12. Arias G, Careaga N, Balocchi A, Arriagada R, Vera F. (2020) *Diagnóstico Kinésico: Enfoque Biopsicosocial. Serie Creación Documento de trabajo n°89. Facultad de Ciencias de la Salud: Escuela de Kinesiología*. Centro de Investigación en Educación Superior CIES-USS. Disponible en: <https://resources.uss.cl/upload/2021/04/89.pdf>
13. Universidad de Talca. Perfil de egreso de la carrera de Kinesiología [Internet]. 2022 [citado 2024 Nov 6]. Disponible en: https://admission.utalca.cl/wp-content/uploads/2022/05/perfil_Kinesiologia.pdf
14. Lewit K. Manipulative therapy [Internet]. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1999 [citado 2024 Nov 6]. Disponible en: <https://archive.org/details/manipulativether03edlewi>.
15. AméricaEconomía Intelligence (2021). *Ranking de Universidades América Economía*. América Economía Intelligence. 2021. Disponible en: <https://www.americaeconomia.com/rankings/universidades>
16. Universidad de Chile. Kinesiología [Internet]. Santiago, Chile: Universidad de Chile; [citado 2024 Nov 11]. Disponible en: <https://uchile.cl/carreras/5012/kinesiologia>
17. Universidad Andrés Bello. Kinesiología [Internet]. Santiago, Chile: Universidad Andrés Bello; [citado

2024 Nov 11]. Disponible en: <https://admission.unab.cl/carreras/kinesiologia/>

18. Kinesiología UC. Pontificia Universidad Católica de Chile. [Internet]. Disponible en: https://admission.uc.cl/htdocs/content/uploads/2021/09/Kinesiologia-UC_sept24.pdf

19. Universidad Finis Terrae. Kinesiología [Internet]. Santiago: Universidad Finis Terrae; [citado 12 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://admission.finis.cl/carrera/kinesiologia/>

20. Kinesiología UCM. Perfil de Egreso [Internet]. [cited 2025 abril 14] chrome-extension: <https://efaidnbmnnnibpajpcglclefindmkaj/https://prenovato.ucm.cl/wp-content/uploads/2022/07/Kinesiologia.pdf>

21. Universidad Mayor. Kinesiología Santiago [Internet]. [cited 2024 Nov 19]. Available from: <https://www.umayor.cl/um/carreras/kinesiologia-santiago>.

22. Universidad Austral de Chile. Kinesiología Valdivia [Internet]. [cited 2024 Nov 19]. Available from: <https://www.uach.cl/admission/valdivia/kinesiologia>

23. Universidad de Talca. Perfil Kinesiología [Internet]. [cited 2024 Nov 19]. Available from: https://admission.utalca.cl/wp-content/uploads/2022/05/perfil_Kinesiologia.pdf

24. Universidad Autónoma de Chile. Kinesiología [Internet]. [cited 2024 Nov 19]. Available from: <https://admission.uaautonoma.cl/carreras/kinesiologia/#tab4>

25. Universidad de los Andes. Kinesiología [Internet]. [cited 2024 Nov 19]. Available from: <https://admission.uandes.cl/carreras/area-salud/kinesiologia>

26. Escobar Cabello M, Medina González P, Muñoz Cofré R. (2020) Dinámica del aprendizaje de racionalidades profesionales según el modelo función disfunción del movimiento humano: Un Consenso Docente. *Rev Estud Exp Educ*. Abr;19(39):195-212.

27. Maureira Pareja HA (2017). Síntesis de los principales elementos del Modelo Función – Disfunción del Movimiento Humano. *REEM*.;4(1):7-24.

Correspondencia

Email: camigo.mendoza@gmail.com