

INVESTIGACIONES

Decolonizando la rehabilitación:
“Lo educativo de sanarse, desde el naturalismo a la autonomía”

Decolonizing rehabilitation:
“The educational aspect of healing, from naturalism to autonomy”

Javier Meneses-Pinto^a
Sergio Toro-Arévalo^b

^a Academia de Humanismo Cristiano, Chile.
javmeneses.kine@gmail.com

^b Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile.
sergio.toro@pucv.cl

RESUMEN

Integrar a la fisioterapia elementos de las ciencias cognitivas y de la educación crítica decolonial es la propuesta para contribuir a la comprensión y generación de experiencias educativas en rehabilitación, posibilitando un espacio donde recuperación y educación convivan como fenómenos indisociables y co-construidos en la relación terapeuta-usuario-ambiente, abriendo así la discusión hacia lo que comprendemos por educar en el mundo de la salud, buscando reconceptualizar la experiencia de rehabilitación en un modelo integrativo y coherente con las necesidades educativas de nuestra sociedad hacia el fortalecimiento de la promoción y prevención en salud/autonomía.

La reflexión presente contiene tópicos que van desde la biología del conocer, el enactivismo y las ciencias de la rehabilitación hasta temáticas del mundo de la educación, abordando de forma articulada con una impronta decolonialista del hacer en busca de comprensión y facilitación de la autonomía del ser humano.

Palabras clave: fisioterapia, educación, enactivismo, enacción, terapia funcional, encarnación.

ABSTRACT

To integrate aspects of cognitive sciences and a critical decolonized education into physiotherapy is the proposal to contribute both to a higher understanding and to the generation of pedagogical experiences in rehabilitation, fostering a space where recovery and education coexist as two inseparable phenomena, both co-built on the relationship among therapist, patient and environment and in this way, opening up the discussion towards what we understand as teaching in the health care field, and aiming at re-conceptualizing the rehabilitation experience into an integrative model, coherent with the educational needs of our society and thus improving the promotion and prevention in healthcare.

The present reflection contains several topics, such as the biology of knowing, enactivism, rehabilitation sciences and even topics related to the pedagogy area. All of these topics are articulated into a decolonialist stamp, by searching a deeper understanding and facilitation of the human being's autonomy.

Keywords: Physiotherapy, education, enactivism, enaction, functional therapy, embodiment.

1. INTRODUCCIÓN

El mundo de las ciencias de la salud y del deporte dan un giro relevante desde el momento en que las ciencias de la complejidad (Morin, 1999; Pakman, 2020) y la teoría de sistemas dinámicos (Dávila & Maturana, 2020; Maturana et al., 2016) ingresan a la comprensión de la conducta humana (Peña et al., 2019). Esto ha permitido ampliar la discusión de lo biológico y de lo humano hasta el punto de promover la integración y comprensión de las relaciones de los componentes de los sistemas biológicos.

Con Humberto Maturana y Francisco Varela (Maturana & Varela, 1972), en los inicios de los años 70's, la biología en Chile tomo un curso alternativo al estructuralismo y positivismo reinante, donde el estudio de lo micro y lo macro en comunión comenzaron a abordar el fenómeno de la vida, la cognición y el aprendizaje, superando el dualismo propio de la ciencia moderna. En este contexto, la Biología del Conocer y la neurofenomenología fueron ampliando su impacto e influencia, llegando a impregnar las ciencias cognitivas, la biología, la sociología, la antropología, etc. Pero sin duda, existió un impacto significativo en la educación.

Esta herencia fue tomando fuerza día tras día en distintas ramas del pensamiento humano, sin embargo, hay otras disciplinas donde ha sido muy compleja su integración, por ejemplo, en las ciencias de la salud, pues en un modelo económico y epistémico tan arraigado al dualismo y el positivismo es difícil generar espacios alejados del colonialismo y el rendimiento, sobre todo en el caso de Chile, y su particular comprensión bancaria de la sociedad.

Un principio fundamental que emerge a partir de estas plataformas de comprensión mencionadas, particularmente desde el enfoque enactivo (Gallagher & Zahavi, 2020; Varela et al., 1991), es el entendimiento de la percepción como una acción guiada perceptualmente, es decir, en cada acción se produce el proceso perceptivo como un eje constitutivo del actuar (Noë, 2004). Tal principio marca un punto de partida para toda una teoría sobre la cognición, por lo tanto, bajo esta idea, el aprendizaje se constituye como proceso y resultado, es una distinción angular y un eje vertebrador de los procesos cognitivos, un punto que permite un confluir lógico que presenta el aprendizaje como punto de anclaje a efectos de esta propuesta.

Adicionalmente, el comprender la percepción y la acción como un fenómeno dinámico, sistémico e indisoluble, nos transporta a situar a la “estructura material” o mejor dicho a la carne, como fundamento de la cognición, así los procesos humanos y/o biológicos relacionados a la experiencia son indistinguibles entre mentales u orgánicos, pues resultan de una dinámica circular entre una materialidad sintiente y situada en un contexto, cuyo resultado es una co-definición entre organismo y ambiente (Varela, 2000).

Debido a estas nuevas formas de pensar se tensionan muchas prácticas y conceptos tradicionales del quehacer humano, y en este caso particular es la rehabilitación en fisioterapia, en cuyo contexto el objetivo es, o debería ser, recuperar la calidad de vida de una persona a través de la Educación en salud y Re-educación de su motricidad. Por lo tanto, se considera angular contemplar una base epistémica ecológica y humanista, que impulse el deber de cuestionarnos cómo comprendemos y construimos lo que llamamos rehabilitación y educación en el mundo de la salud.

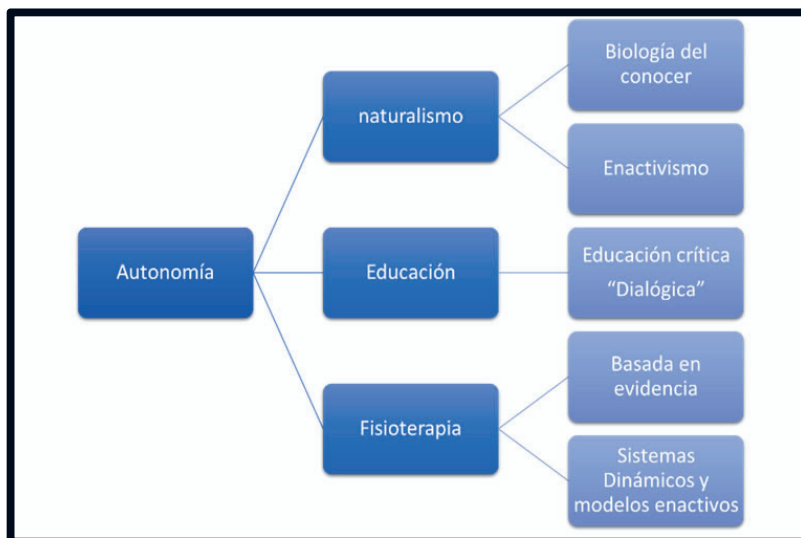


Figura 1. Mapa conceptual de la construcción epistemológica de la propuesta teórica.

2. EDUCAR Y REHABILITAR, UNA RELACIÓN MUTUALISTA

2.1. LA NECESIDAD DE CAMBIO Y LA BÚSQUEDA DE NUEVOS CAMINOS

¿Hacia dónde queremos dirigir nuestro esfuerzo de desarrollo y construcción del conocimiento en ciencias de la salud, biología, psicología, etc.? Este cuestionamiento conlleva necesariamente a dar una mirada profunda a nuestra experiencia individual y cultural.

La exhaustiva revisión de los problemas que aquejan al mundo de la salud muestra ideas recurrentes y angulares a variadas problemáticas. Dentro de estas no ha de pasar desapercibida una compleja red de ideas que han marcado el mundo de las ciencias y la educación durante décadas, el dualismo y el positivismo, miradas epistemológicas que han permitido innumerables avances en diversos ámbitos de las ciencias, humanidades, artes y sociedad en general. Sin duda, estas miradas generaron una puerta de entrada que permitió conocer el mundo de forma crítica, y nos permitieron intentar objetivar la mayor cantidad de fenómenos posibles, abriendo paso a una sociedad que pudo crecer en ciencias y tecnologías de forma exponencial. Esto vino de la mano de un sin número de conceptos y formas de hacer que le permitieron convertirse en la base ontológica, epistémica y política de la sociedad actual.

Un punto crítico de lo que podemos considerar el inicio del dualismo en Abya Yala es la colonización europea con su categorización dual del fenómeno humano y el ideal de la modernidad, que se instala a fuego en la conquista de los territorios y culturas (Dussel, 2020), entablando modelos y marcos comprensivos que dieron surgimiento a muchas bases de nuestra sociedad, donde lo cognitivo o mental se situó como la parte más importante del ser humano, mientras que se consideraba “primitiva” la conexión con la naturaleza y

el cuerpo, y por tanto, lo propio de la corporalidad implicaba pertenecer a grupos menos evolucionados de la especie humana. De esta forma, el dualismo ontológico y su propuesta programática, la modernidad, constituyen las bases de modos de relación fragmentarios y de uso de la condición natural, como un territorio de conquista, dominación y remanente de una condición animal y salvaje (Escobar, 2017), al servicio y disposición de lo propiamente humano, a saber, la razón y el control.

Este tipo de forma de construir sociedad ha calado también en el mundo de la salud y la educación hasta nuestros días, pues los modelos de salud actuales en fisioterapia se desarrollan bajo paradigmas estructuralistas y sobre metodologías de trabajo mercantilizadas, donde lo importante es la estandarización de tratamientos y la mayor capacidad de gestión posible, dejando de lado la individualización y especificidad de los tratamientos, así como las necesidades educativas de los usuarios, que se refuerza con las formas neoliberales de mercantilización de los derechos (Dussel, 2020).

Alguna de las consecuencias de estos estilos de vida basados en la inmediatez y rendimiento decantan en ciertas consecuencias, por ejemplo, en el caso de Chile, podemos apreciar que el 2019 “la Superintendencia de Seguridad Social y su Departamento de estadística” (Chile) reportaron el porcentaje de licencias médicas según el sistema de salud y el grupo diagnóstico arrojando datos interesantes (Fonasa & Suseso, 2020), por ejemplo, un gasto de 1.544.619.833 millones de pesos durante el año 2019 solo en licencias médicas musculoesqueléticas, sin contar los gastos de rehabilitación y demás, con una tendencia al alza desde el 2015 hasta la fecha. Lo cual se traduce en que más de un 42% de las licencias médicas de FONASA e ISAPRE representan patologías prevenibles y de resorte kinesiológico, es más, sobre el 60% si a estas se suman síndromes psicofísicos, donde la actividad y el ejercicio saludable han evidenciado ser relevantes para la prevención y tratamiento de estas condiciones. Por lo tanto, más de un 60% de dichas condiciones podría ser eventualmente prevenida o disminuido su impacto con un plan adecuado de educación en salud y vida activa, punto sobre el cual un modelo de educación en salud más eficiente podría marcar una diferencia positiva. Por otra parte, el 64,3% de la población adulta de Chile es inactiva, es decir, realizan actividad física menos de tres días a la semana con un mínimo de 60 minutos, 13,1% de la población realiza entre tres a seis días una actividad física con un mínimo de 60 minutos, mientras que el 22,6% es activo, es decir realiza 60 minutos de actividad física diaria (División política y gestión deportiva, 2021). Dicho lo anterior, la educación en salud toma gran relevancia en la forma en la que como individuos nos desplegamos en la red de relaciones que implica el concepto de sistema de salud en su magnitud.

En consecuencia, encontrar los puntos estratégicos que nos permitan educar en salud es un primer paso en esta búsqueda. Por ello, es relevante considerar la importancia que otorgamos a la atención que recibimos por los profesionales de la salud. Dicho de otra forma, el grado de congruencia que existe entre las expectativas del usuario y la percepción del servicio que recibió (Arenas Navarro et al., 1993) o bien, como la medida en que los profesionales de salud logran cumplir las necesidades y expectativas del usuario (Oliva & Hidalgo, 2004). En este sentido se ha evidenciado, por ejemplo, que la satisfacción de los pacientes se asocia de manera positiva y significativa con los resultados obtenidos con el servicio proporcionado en salud (Marshall et al., 1996). Además, la satisfacción de los pacientes juega un importante rol en la continuidad del uso de los servicios médicos, en el mantenimiento de las relaciones con el proveedor específico y en la adherencia a los regímenes y tratamientos médicos, lo que también se denomina alianza terapéutica

(Hermann et al., 1998), por lo tanto, se sitúa la experiencia usuaria como un punto de articulación fundamental para lograr una experiencia significativa en miras de un sistema de salud basado en la educación en salud.

En resumen, mejorar la experiencia usuaria, integrar la actividad física y considerar de alta relevancia las relaciones usuario-terapeuta-ambiente, es nuestro primer gran desafío para abordar los espacios de salud como experiencias educativas y así contribuir a mejorar la relación de los usuarios con la salud en general. Sin embargo, esto exige re-educación de nuestra idea de salud desde el positivismo a una concepción ecológica, un enfoque que supere tanto el dualismo ontológico como las relaciones de poder naturalizadas desde el enfoque biomédico y colonizador.

Lo expresado hasta ahora tiene un sentido y dirección concreta que es la de favorecer la calidad de vida y el cuidado en la salud (Boff, 2020), pues en lo profundo de nuestra búsqueda siempre está la autonomía y el buen vivir del usuario, y eso siempre implica contribuir a que las personas sean agentes claves de concientización (Freire, 2015). No obstante, el concepto de educar la mayoría de las veces es poco comprendido cuando se habla de salud y aquí es donde apuntamos a contribuir y donde desarrollaremos las siguientes ideas.

¿Ya existen formas de hacer salud, y en particular, fisioterapia y educar como una propuesta metodológica unitaria? ¡Si claro!, varios estudios ya evidencian un fuerte impacto de la educación en la rehabilitación de síndromes dolorosos por una disminución de los niveles de dolor y mejoras en la funcionalidad, donde se respalda el uso de educación sobre neurociencias del dolor (PNE) para los trastornos músculo esqueléticos crónicos, mejorando el conocimiento del paciente sobre su dolencia, así como mejorías en la función, reducción de los factores psicosociales asociados a la experiencia de dolor y minimizando la utilización de atención médica, entre otros (Louw et al., 2016; Wood & Hendrick, 2019). Estos métodos utilizan una intervención tipo “clase” de aproximadamente 30 minutos, más 10 min de preguntas y refuerzo audiovisual (video o folleto) (Wood & Hendrick, 2019).

Sin embargo, para ser estrictos, el concepto de educación sigue en una constante evolución. Hoy en día se considera que el proceso educativo no es un proceso unidireccional, sino una experiencia construida a partir del mundo de las relaciones y significancias en el contexto de la emoción (Freire, 2015; Apple, 2018; Toro-Arévalo & Moreno-Doña, 2020), hacia un objetivo sociopolítico específico, considerando que tratar a un usuario es un acto político en sí mismo, por consiguiente, la salud y la educación responden a procesos de relación social con una ética explícita. Desde esta perspectiva, la educación por un lado podría ir hacia sostener ideas dualistas y estructuralistas o, por otro, hacia la unidad y la autonomía de la comprensión de la organicidad, relacionalidad y accionar en acoplamiento de las personas con el entorno en armonía y salud (Peña et al., 2019). En este mismo sentido, uno de los elementos definitorios del fenómeno educativo es que la educación es una herramienta para el cambio social y para que las personas puedan cuestionarse críticamente sobre sus vidas y sus experiencias (Crowther, 1999; Ramos, 2021). Tal es así que, las dos grandes ideas-fuerzas de la Educación Popular son, por una parte, la educación como proceso en el que las personas reflexionan sobre su vida y sus experiencias dentro de un contexto concreto, y por otra, que la educación sirve para imaginar y construir otras realidades en función de concientizar sobre sí mismo, su comunidad y su mundo, ampliando y profundizando las relaciones de libertad (Freire, 2015; Apple, 2018). Por ello, que la educación popular contribuya al cambio social tiene que conectar con las fuerzas que

mueven a las personas a actuar, tiene que estar unida a las raíces culturales que la sustentan, y que, a su vez, ayudan a sustentar (Crowther, 1999).

Considerando lo anterior, no está demás pensar que podemos refinar lo que llamamos educación dentro del contexto de rehabilitación, y de esta forma no solo considerar la educación para el alivio de un síntoma, sino para la construcción de un paradigma robusto de concientización, pensado en una sociedad que busca la autonomía-relacional y, en consecuencia, la mejora del bienestar, del buen vivir de sus integrantes-comunidad y del ambiente en el cual se acoplan (Escobar, 2017).

Para articular una idea de educación clara, consideramos por definición que esta implica la libre adhesión de la propia persona o de quienes son responsables por ella, de lo contrario se trataría de otro proceso, más cercano al adiestramiento, domesticación o manipulación (Toro Arévalo et al., 2016). Por esto, la educación dentro de la rehabilitación clave, pues cuando se presenta la condición dolorosa o patológica se crea una gran oportunidad de acción, ya que la mayoría de la población está realmente interesada en comprender y sanar su condición de enfermedad. En tal sentido, la experiencia del usuario se presenta en la presencia plena hacia su recuperación (Varela, 2000), un estado que implica una relación con lo orgánico y relacional del momento y mundo que se habita (Duch, 2003), un momento donde la oportunidad de mirarse y reeducarse se hace tangible.

Así es que el educar, y en cierta forma construir sentido, es fundamental si lo que se busca es que el usuario se convierta en un agente activo de la salud y que se comprenda en relación a los factores ambientales y relacionales que influyen sobre sí y cómo estos se ven influidos por sus actos.

Desde este punto de vista el educar es una experiencia de diálogo entre motricidades, en un proceso-producto de acciones e interacciones que permiten una co-definición de la situación y de la interpretación del contexto (Gallagher, 2020); un espacio relacional que levanta un plano de inmanencia propio de la experiencia de recuperación, donde la actitud del terapeuta sería invitar y guiar hacia el conocimiento de la propia encarnación en relación con el mundo, que permite orientar la enseñanza hacia la transformación y generalización de lo aprendido en dirección a la autonomía del usuario, intentando atender a todas las dimensiones de la persona, pues el ocuparse de estas dimensiones en su conjunto dota de sentido a la propia acción educativa (Toro Arévalo et al., 2016).

Para ir cerrando esta primera idea, es necesario comprender que cada una de esas miradas, en especial el dualismo, ha impactado de variadas formas al conocimiento y al quehacer del ser humano, y desde otras veredas del conocer (no dualistas) existe un cuestionamiento que plantea que el dualismo ha dejado marchitar varias dimensiones propias del ser, por lo que se propone la necesidad de volver a comprender e integrar a nuestro pensamiento conceptos como la unidad, la complejidad y esa naturaleza indecible de las cosas que caracteriza el fenómeno de la vida. En tal sentido es que se expone la necesidad de plantearnos la rehabilitación como una experiencia educativa, y para ello es necesario que el paradigma de rehabilitación permita la emergencia del fenómeno educativo, por lo tanto, lo primero es despojarnos del colonialismo anclado al entramado cultural, cuyas formas de hacer y conocer son específicas de la sociedad del rendimiento y la estandarización, para poner sobre la mesa la idea de comprensión de la salud en mayor amplitud, dando a entender que la corporalidad perdida en el tiempo es parte constitutiva de nuestros procesos cognitivos, y que tanto rehabilitar como enseñar movimiento significa educar a los usuarios hacia su autonomía y bienestar.

2.2. FUNDAMENTOS DESDE NATURALISMO Y LAS CIENCIAS COGNITIVAS

En el contexto actual de la fisioterapia, el pensamiento dualista centrado en el rendimiento y la eficiencia física ha constituido un espacio fértil para pensar y evolucionar las formas de evaluación y tratamiento de los y las usuarias. Sin embargo, la poca capacidad de predicción de los resultados de entrenamientos y terapias obliga a mirar desde nuevos paradigmas. Una de estas nuevas opciones son las ciencias de la complejidad, con el fin de repensar y reestructurar la rehabilitación/entrenamiento. Utilizando esta idea, se apunta a construir una matriz de pensamiento que permita la emergencia de un fenómeno de recuperación contextualizado, educativo y *a*/efectivo. Esta premisa trae naturalmente la Biología del Conocer (BC) a la palestra, así como su deriva en las ciencias cognitivas el enactivismo.

El punto de partida de la teoría de Santiago sobre la cognición o BC, radica en asumir que el organismo capaz de conocer funciona a manera de sistema, y todo sistema tiene una organización y una estructura definida por un límite que lo distingue del mundo al que se acopla. Esos sistemas son capaces de transformarse dentro de ciertos límites de estabilidad (mientras no pierdan su organización), gracias a regulaciones internas que le permiten adaptarse y modificar su entorno. Además, es importante acotar que operan en red, de forma que un sistema u organismo es causa y consecuencia de la dinámica de relaciones con otros sistemas. Entonces, los cambios en la estructura del sistema, aunque responden a perturbaciones del medio, emergen autónomamente de la dinámica de interacciones de su propio sistema. Así, los cambios del sistema no son sino cambios determinados por su propia estructura, en otras palabras, los cambios de los sistemas están dados por lo “que el sistema puede conocer” debido a la su composición y organización única, a esto se le ha denominado “determinismo estructural”. No obstante, si se altera su comportamiento futuro, la próxima respuesta a una perturbación semejante se generará desde una composición distinta, desde un nuevo estado estructural, por tanto, se constituye en un aprendizaje. El comportamiento, entonces, está dictado por la estructura del sistema, y en las variaciones del sistema y sus acoplamientos dinámicos con el medio se representa el aprendizaje. Así, en el acto de conocer se está construyendo un mundo, y este implica su propia capacidad de auto-organizarse y de ordenar su experiencia. Por ello, el conocer es siempre autorreferencial y, por lo tanto, no alcanza nunca total objetividad.

Entendida la mirada sobre la que se abraza el concepto de aprendizaje, se puede abordar el enactivismo como tal. El enactivismo es considerado hoy en día una propuesta con vigencia y proyección dentro de las ciencias cognitivas (Stewart et al., 2010), cuyo principal objeto de estudio es la brecha entre naturaleza y experiencia humana, ofreciendo un marco naturalista pero no reduccionista para el estudio de la mente (Di Paolo et al., 2018). Esta mirada propone una posición teórica clara frente a lo que se denomina el cognitivismo y el computacionalismo, ejes explicativos predominantes en el área de las ciencias biológicas actualmente, puesto que a diferencia de estas últimas que explican los fenómenos mentales como subprocesos de un hardware (cerebro), el enactivismo rechaza que la mente pueda ser explicada desde esa vereda (Varela, 2000; Di Paolo et al., 2018; Gallagher, 2020), definiendo estas visiones como un reduccionismo materialista que limita y dificulta los modelos explicativos de procesos cognitivos en sus distintos niveles.

Desde su “lente naturalista”, el enactivismo promueve la idea de la encarnación como un sistema complejo inseparable en estructura-función, de sí mismo y del contexto, superando la visión de “cuerpo” como un elemento secundario de la mente, y redefiniéndolo como

la estructura-sistema basal, que, puesto en la dinámica de relaciones internas y externas, permite el emerger de los procesos cognitivos, es decir, como el continente y contenido del despliegue humano, una continuidad entre lo orgánico y lo simbólico (Di Paolo et al., 2018). Esta dinámica de relaciones mencionada se entiende como un acoplamiento estructural que no puede dividirse ni seccionarse en su estudio ni en la experiencia, y en el que todos los componentes tienen la responsabilidad igualmente compartida del surgimiento de los procesos cognitivos (McGann et al., 2013). Por lo tanto, el organismo vivo, la mente y el entorno son distinciones que intentan expresar propiedades indisolublemente entrelazadas en la cognición, y por ello requieren una investigación simultánea (Cosmelli et al., 2007; Varela et al., 1991), idea que no debería estar fuera de “la salud”, sobre todo si buscamos integrar la educación a la salud abrazando estas definiciones para encarar desde lo biológico hasta la emergencia de lo humano.

Ya definido estos puntos biológicos teóricos podemos mirar hacia los conceptos más complejos.

2.3. EL ENTRAMADO HACIA LA AUTONOMÍA

Así como el naturalismo nos permite significar y conceptualizar ciertos fenómenos como se mencionó en el apartado anterior, hay algunos conceptos que son transversales al naturalismo, la filosofía, la educación y las ciencias de la salud, siendo uno de ellos el de la Autonomía.

Comprenderemos que el fenómeno de la autonomía puede ser visto en múltiples áreas, desde la biología celular hasta el componente más relacional o político del ser humano. En este caso, es el punto crítico de esta propuesta, comprendido como un desde y un hasta en la sanación de nuestra motricidad, un fenómeno circular de autoproducción, en otras palabras, una propuesta que se desarrolla desde la comprensión de la autonomía y que a través del desarrollo de la misma busca fomentar y facilitar el desarrollo de sí misma.

Un ser vivo es un organismo que, en su autoproducción o autopoiesis, es quien constituye una autorreferencia de sí y de lo que enactúa o acontece. Desde este punto de vista, la autonomía es la condición del vivir en tanto que permite a ese ser agenciar-se, hacer lugar en la dinámica activa en un mundo que se torna significativo dependiendo de los estados en que este ser se encuentra, en temidos humanos, desde su estado de sentir. Por lo tanto, la dinámica no es solo estructural sino también significativa y autorregulada, además, como es activa sobre un entorno y su sentir, es de acuerdo a las contingencias y relieves de su entorno: esta autonomía es siempre relacional (Varela, 1979).

De lo anterior se puede extraer que la autonomía determina al aprendizaje, conviniendo que el aprendizaje no es instruccional (Maturana, 1997; Maturana & Varela, 1972; Toro Arévalo et al., 2016), se aprende porque emerge un sentido natural del hacer, no es algo que viene “solo” desde una clara instrucción, es algo que ocurre de la necesidad intrínseca del hacer-conocer y eso quiere decir una construcción situada en un flujo relacional. El aprender es un estado posible dado la estructura de los sistemas o ser humano en este caso, por lo que no se aprende cualquier cosa que el sistema-humano experimenta, en cambio, sí se aprende lo que se acopla de forma natural a su devenir histórico-conductual de forma significativa. A diferencia de una autonomía biológica/emocional, nuestro punto de partida, el desarrollo de esta en el ámbito reflexivo y conductual es aprendido, punto al cual orientamos nuestro sentido de educación, abriendo el concepto de autonomía hacia las relaciones del sistema humano.

Por otra parte, desde el mundo de la psicología, en las tres últimas décadas se ha ido desarrollando una de las teorías explicativas de la motivación humana que puede ser muy atingente en el enlace de los conceptos tratados, se trata de la teoría de la autodeterminación (TAD) (Deci & Ryan, 1985), la cual representa un modelo de constructo coherente, lógico y válido en estos contextos (Moreno & Martínez, 2006). Esta teoría asume que existen tres necesidades básicas para el desarrollo y mantenimiento de la salud “psicológica” y/o bienestar personal: competencia (capacidad de realizar acciones con la seguridad de que el resultado sea aquel que esperan o desean), autonomía (capacidad de elegir aquella decisión que les parezca más apropiada sin presiones externas) y relación con los demás (sentir que pueden contar con la colaboración y aceptación de las personas que ellos consideran importantes). La satisfacción de estas necesidades permitirá que las personas funcionen eficazmente y se desarrollen de una manera saludable, mientras que en la medida en la que no se consigan, las personas mostrarán evidencia de enfermedad o funcionamiento no óptimo.

La idea de apuntar hacia favorecer la motivación en los procesos de entrenamiento se generaliza al proceso de rehabilitación, lo que permite orientar el proceso de enseñanza hacia la transferencia y generalización de lo aprendido en dirección a la autonomía del usuario, dirigiendo el proceso a un fenómeno más educativo que instructivo (Toro Arévalo et al., 2016; Peña-Troncoso et al., 2019). Así la motivación más profunda responde a procesos de aprendizaje que hacen sentido con aquellas necesidades más íntimas, donde el usuario permite el emerger de su motricidad, creencias y objetivos, a un ritmo y sentido propio (Toro-Arévalo et al., 2022).

2.4. EDUCACIÓN: REPENSAR LA SALUD INDIVIDUAL COMO UN FENÓMENO RELACIONAL

¿De qué manera se aborda un proceso educativo que fomente la emergencia de la autonomía?

Para responder debemos considerar el objetivo último, la facilitación del paradigma de promoción y prevención en salud.

La Promoción y la prevención en salud, implica 3 puntos fundamentales:

1. Educar en salud hacia la autonomía (concientización-prevención)
2. Mejorar la experiencia usuaria en rehabilitación (una experiencia situada y auténtica)
3. Situar al usuario como agente activo en la salud de la población (promoción y democratización).

Estos puntos han de ser enmarcados en el marco de la educación del usuario y entendidos como una causa y consecuencia del desarrollo de la autonomía en el contexto de la salud.

El modelo o visión educativa que se considera adecuado en esta visión de la rehabilitación es la Educación Crítica desarrollado por Paulo Freire (1971), el cual en conjunto con el marco teórico del enactivismo, permite articular la educación con los procesos propios de las ciencias médicas y las ciencias cognitivas, desde una mirada naturalista e integradora. De esta forma, emerge la articulación de ideas hacia la autonomía, y por lo tanto, una propuesta que intenta dar nuevos aires al asentamiento del paradigma de prevención y promoción en salud, lo que nos permite pensar en un nuevo paradigma del ejercicio profesional del terapeuta y esencialmente cuestionar para quién, por qué, cómo,

cuándo y dónde se desarrolla el ejercicio profesional, ya que la pedagogía crítica propone una educación que combina experiencia, flexibilidad, dialéctica y crítica dentro de los contextos educativos, y para este caso, dentro del contexto de rehabilitación.

La pedagogía Crítica desarrollada por Paulo Freire, inmerso en la realidad latinoamericana de los años 70's hasta su fallecimiento en 1997, no ha cesado en lo más mínimo respecto a su profundización y expansión, siempre buscando ideas constructivistas/críticas de una educación que busca el empoderamiento del usuario-aprendiz. Pues estas aproximaciones en educación apuntan a la formación de la autoconciencia, la cual, a partir de las experiencias personales, facilitan la construcción de nuevos conocimientos y transformaciones, no solo de los contextos particulares del sujeto, sino también, una transformación social del contexto socioeducativo (Quiceno & Aristizabal, 2017).

Metodológicamente la propuesta crítica de Freire entrega el fundamento del diálogo y la investigación como soportes del proceso educativo. En su obra se destacan las características de la autonomía, la esperanza, la ética y la estética como elementos clave de los procesos de enseñanza, de esta forma, invita a los actores del proceso educativo a formar sujetos críticos y reflexivos, con conciencia colectiva de cambio, de transformación (Quiceno & Aristizabal, 2017). La idea de formar sujetos críticos en el contexto “intelectual” tiene un paralelo en la rehabilitación, pues ser crítico de un proceso político implica comprender el contexto, la postura propia y la dirección a la que se quiere llevar el devenir sociopolítico; la idea desde la motricidad implica algo similar, pues crear motricidades críticas implica comprender el contexto en el que nos desplegamos, el cómo y porqué nos paramos o nos movemos, comprender nuestras dolencias y sus causalidades y finalmente, qué es lo que buscamos con entrar a un proceso de rehabilitación y cómo esto que buscamos puede ayudarnos a mantener nuestra salud y la de quienes nos rodean.

Para Paulo Freire todo proceso de autonomía y de construcción de conciencia en los sujetos exige una reflexión crítica y práctica, de forma que el propio discurso teórico tendrá que ser alineado a su aplicación. Así, la autonomía se presenta como un proceso de decisión y de humanización que vamos construyendo históricamente, a partir de varias e innumerables decisiones que tomamos a lo largo de nuestra existencia. Nadie es primero autónomo para luego decidir (Freire, 1997).

Otro eje relevante de la pedagogía crítica es la horizontalidad del proceso que permite un flujo natural del diálogo, por lo tanto, esta disminución de la intensidad jerárquica debe tomar posición en el contexto de rehabilitación mediante: el diálogo, la corporeización de las temáticas de aprendizaje, dilucidar y comprender en conjunto los problemas que se presentan para mejorar la salud del usuario, validación e importancia de la narrativa, entre otros. Esto implica acompañar al usuario en su proceso, considerando los procesos biológicos de recuperación y los objetivos del usuario, así como la dimensión relacional de sus sentires, ejecutar ejercicios compartiendo la experiencia y generar programación y planificación con características flexibles, por ejemplo, con “bloques autogenerados”. De esta forma, sería conveniente evitar tanto una negación de lo social, lo objetivo, lo concreto y material, como una excesiva insistencia en el desarrollo de la conciencia individual (Freire et al., 1989).

2.5. MOTRICIDAD EN EL EJERCICIO DE EDUCAR-SE

Para comprender la salud y las metodologías de rehabilitación como un fenómeno relacional asociado al concepto de educación descrito en el apartado anterior es necesario

conceptualizar la idea de motricidad, fundamental a la hora de asociar la intersubjetividad a los procesos de construcción de la experiencia en una interacción ecológica.

La empatía y resonancia entre los sujetos involucrados, por lo tanto, la coordinación y coherencia de la motricidad entre usuario y terapeuta se configuran como una idea relevante, pues es el punto donde se humaniza nuestra terapia, levantando un nuevo plano de comprensión, un plano inmanente que involucra una conversación verbal y preverbal entre usuario y terapeuta.

Toro-Arévalo (2017) se refiere a la motricidad como el hacer-se mundo como una experiencia activa de doble dimensionalidad, que implica la autonomía y lo relacional. De esta forma al hacer, se actúa el mundo y se auto experimenta y modula, siendo autonomía en relación. De esta forma considera que la motricidad humana es lo que permite existir y asumir un modo de existencia, a través de cualquier otra manifestación humana, pues en tanto humana es motricidad.

Así la motricidad en interacción con lo educativo se comprende como continente y contenido de la acción educativa, lo que implica ambientes intencionados de aprendizaje y construcción de conocimientos potenciadores, no sólo de lo humano, sino también de las condiciones y formas de vida con las cuales se encuentra constitutivamente relacionada.

Las definiciones mencionadas de motricidad provienen del mundo de la pedagogía, no obstante, el mundo de la terapia física poco cuestiona estas temáticas, de hecho, está totalmente despersonalizado en la mayoría de los centros de atención en salud chilenos, donde los modelos coloniales están profundamente enraizados en los formatos y metodologías propias del sistema de salud clásico, lo que involucra no poder otorgar el tiempo, ni la atención que merece un proceso de sanación y menos lo que implica nuestra interacción y comprensión de la motricidad al compartir la experiencia de moverse (Ekerholt & Bergland, 2019).

En oriente, específicamente en las artes marciales Okinawenses existe un concepto que puede abarcar la idea en parte desarrollada de la motricidad. Mochimi significa “cuerpo de Arroz”, hablamos del arroz pegajoso y moldeable que adopta la forma que se le otorgue y que se pega insistentemente a lo que lo rodea. Cuando un terapeuta se dispone como Mochimi entonces apunta a aumentar la intensidad de la percepción de los flujos afectivos/conductuales del usuario, proponiendo no solo una terapia, sino una experiencia compartida, “entrando” de forma tangencial a los flujos del otro, sin perturbar demasiado su espacio y movimiento. Esto se ve materializado en ejercicios como ejecutar las tareas con el usuario, comprender el flujo de los diálogos, adaptarse para abordar la disposición emocional a la recuperación y coconstruir desde ahí, desde la empatía, un proceso orgánico de recuperación. Por ello, no sirve pensar en conducta motriz por sí sola, ni en lo que percibe la persona únicamente, ni tampoco en el ambiente y cómo este cambia de forma individual, lo que necesito es integración de todos estos puntos como un conjunto de acciones en la motricidad.

Esta idea de motricidad y su interacción “mochimi”, nos permite abordar la experiencia con mayor amplitud, por ejemplo, podemos decir que el enfoque no está exclusivamente en el significado de las palabras y narrativas para la creación de significado, sino más bien en la acción, el uso del objeto y la interacción con el terapeuta. Por ejemplo, en el contexto de la terapia de juego (Rucinska & Reijmers, 2014), se sugiere que la acción de jugar contrarresta la tendencia a centrarse exclusivamente en los significados de las palabras y las narrativas, más bien, agrega y refuerza las narrativas, permitiendo que se creen nuevas

percepciones y significados a través del uso de objetos y la interacción con el terapeuta. Esto se debe a que el juego debería permitir la creación mutua de significados en mayor medida que el hablar, ya que incorpora la comunicación no verbal, lo preverbal, y, por lo tanto, tiene más grados de libertad para interpretarse (Rucinska & Reijmers, 2014). Por otra parte, según el enfoque fenomenológico propio del enactivismo, la contribución de dos componentes importantes han de ser tenidos en cuenta simultáneamente durante la evaluación clínica y la intervención terapéutica (Martínez-Pernía, 2011), estas dos entidades son la “estructura prenoética o prereflexivas” lo que el usuario y terapeuta traen de antes, y el “proyecto intencional” o reflexivo, lo que emerge en su interacción y puede ser racionalizado (Gallagher & Zahavi, 2020). En un flujo de motricidades más orgánico, como un proceso interaccional e intercorporal en el que ambos integrantes están inmersos, la interacción juega un papel protagónico para la comprensión (De Jaegher, 2009), incluso el proceso mismo puede convertirse en líder o guía de los dos interactuadores, donde el proceso de interacción cobra ‘vida propia’; adquiere una especie de autonomía (De Jaegher & Di Paolo, 2007). Así las experiencias de ambos pueden ser de valor a la historia clínica, a la evaluación y por tanto a la relación o alianza terapéutica.

Quizás este concepto sea el más complejo de abordar o quizás de transferir a las herramientas de un(a) terapeuta, pues es más parecido a lo que se denomina habilidades de un practicante experto, considerando lo complejo que es encontrar soluciones producto de una sensibilidad entrenada y eficiente, permitiendo la emergencia de una motricidad co-construida eficiente y natural.

La práctica terapéutica requiere un conocimiento multidimensional en el que la teoría y la investigación, con conocimiento técnico verdaderamente encarnado y una phronesis intersubjetiva (sabiduría práctica) totalmente interaccional (Gallagher & Payne, 2015), se integren en una co-construcción de significado. Una vez que estamos en situaciones de atención conjunta y acción conjunta, el razonamiento crítico se convierte en una especie de interacción contextualizada compartida, punto base para abordar el espacio terapéutico como un espacio educativo significativo y humanizado.

3. LA EMERGENCIA DE UNA EXPERIENCIA EDUCATIVA REQUIERE UN SUSTRATO

3.1. PARADIGMA ENACTIVO BIOPISCOSOCIAL

Todo lo anteriormente desarrollado, tiende a ser difícil de integrar en el contexto de rehabilitación clásico debido al enfoque dualista propio del eurocentrismo llegado a Abya Yala. Sin embargo, desde hace un tiempo se vienen explorando ideas para fortalecer el modelo biopsicosocial en salud con el fin de permitir creación de nuevas formas de afrontar los procesos de recuperación y rehabilitación, una matriz de pensamiento sobre la que eventualmente un enfoque enactivo-educativo tenga un sustrato fértil para su desarrollo y escalabilidad.

En la actualidad, se aplican muchas corrientes de formas corporeizadas de pensar a las condiciones de salud y la atención médica en general (Aftab & Nielsen, 2021; Coninx & Stilwell, 2021; Cormack et al., 2022), esto debido a la tendencia de adoptar aspectos con un enfoque más humanista, que representa un punto relevante para fomentar una fuerte alianza terapéutica.

Se entiende que un enfoque enactivo, por ejemplo, motiva a escuchar y validar las experiencias de una persona, independientemente de las observaciones objetivas desde una perspectiva en tercera persona que podamos obtener en el proceso de evaluación o tratamiento (Stilwell & Harman, 2019), buscando así, que estos pequeños cambios aporten a fomentar la confianza y los lazos en los procesos terapéuticos.

Sin un nivel apropiado de atención y apoyo, puede ser difícil trabajar hacia objetivos y tareas mutuamente acordados (Lejuez et al., 2005), por lo tanto, la relación terapeuta-usuario forma el núcleo de un enfoque enactivo-BPS. Así las interacciones con los pacientes, incluida la toma de antecedentes y la evaluación, pueden considerarse intervenciones por derecho propio. Esta idea se conjuga naturalmente con las perspectivas de que “escuchar es terapia” (Diener et al., 2016) y “evaluación es tratamiento” (Louw et al., 2021) ideas que vienen generando un llamado de atención en el mundo de la fisioterapia en los últimos años.

Así un modelo decolonizador en salud podría hacer uso de algunas ideas fundamentales del modelo enactivo biopsicosocial como: 1) complejidad e incertidumbre; 2) razonamiento causal; 3) cambio de comportamiento; y 4) autogestión, (Cormack et al., 2022).

- 1) Complejidad e incertidumbre: Las experiencias de dolor son el resultado de una red compleja y dinámica de factores causales en el sistema persona-ambiente. así como el control y la percepción de movimiento.
- 2) Razonamiento Causal: Este punto se refiere al contexto relacional entre el terapeuta y el usuario, herramienta que permite la exploración profunda de información de posible relevancia causal, para luego en una toma de decisiones conjunta abordar estrategias y objetivos de tratamiento, siempre dando énfasis en la narrativa del paciente.
- 3) Cambio de comportamiento: En este punto se busca ayudar a generar creencias y significancias que promuevan el bienestar de la persona, desde la comprensión y experimentación de su cuerpo hasta su disposición frente al mundo y las relaciones en él (Coninx & Stilwell, 2021).
- 4) Autogestión: La promoción de la autogestión puede verse como una culminación de empoderamiento de un enfoque enactivo-BPS para el cuidado de la salud del usuario (Foster et al., 2018; Lin et al., 2020). Este punto presenta una extrapolación o equivalencia al concepto de autonomía que desarrollamos como concepto fundamental.

En resumen, el enfoque enactivo-educativo desde una propuesta decolonizadora, busca la integración de dominios que el modelo BPS ya ha intentado, la diferencia es que hay una matriz de pensamiento basada en una ontología diferente el modelo enactivo BPS, que permite articular conceptos como la motricidad, el conocimiento del terapeuta, las conceptualizaciones de la experiencia de dolor, la evaluación, la narrativa, la metodología y planificación de un entrenamiento o rehabilitación y la profundidad de lo que comprendemos como cuerpo, salud y relaciones. De esta forma, ocurre la emergencia de un “ecosistema” de rehabilitación.

3.2. PRINCIPIOS DE UNA EXPERIENCIA EDUCATIVA-ENACTIVA

Para generar un método o modelo replicable y comprensible de forma de hacer rehabilitación en fisioterapia, estableceremos 5 principios que apuntan a resumir las ideas generales mencionadas hasta ahora presentadas, por lo tanto, los denominaremos puntos

constitutivos de la experiencia enactiva-educativa en el contexto de rehabilitación: 1. Co-construcción del proceso 2. Motricidad desde la enacción 3. Dinámicas relacionales 4. Diálogo / valoración de la narrativa 5. Sistemas dinámicos como eje de planificación.

3.2.1. Co-construcción del proceso

Esto considera que el terapeuta se convierte en un guía del proceso que es liderado por el “proceso relacional”, legitimando al usuario mismo como conocedor de su propia experiencia y por tanto de su condición dolorosa (Maturana, 1997; Quiceno & Aristizabal, 2017), así, el usuario coconstruye activamente una narrativa compartida que da sentido al proceso y al aprendizaje que emana de él (Esteves et al., 2022). Las actividades que puedan favorecer los estados motivacionales son fundamentales, por ejemplo, la Autonomía en la tarea, que apunta a mejorar la adquisición y la performance de movimientos enseñados, afectando positivamente las “expectativas del paciente sobre su capacidad de logro”, favoreciendo así procesos motivacionales profundos (Lejuez et al., 2005; Wulf & Lewthwaite, 2016).

3.2.2. Motricidades entendidas desde la enacción:

Punto desarrollado en el apartado de motricidad, donde se establece la importancia de lo preverbal y del moverse en conjunto en el proceso de rehabilitación, así como la sensibilidad para comprender la motricidad de un otro y trabajar de forma no rupturista, buscando una relación más tangencial a los estados y conductas recurrentes del usuario, otorgando relevancia al proceso como guía principal en un razonamiento conjunto.

3.2.3. Dinámicas relacionales o ecológicas: Lugar/Aprendizaje contextualizado/Cuestionarios de percepción:

Contextualizar el aprendizaje es fundamental, considerando el aumento de las posibilidades de emergencia de una experiencia educativa (Gibson, 2015). En ese sentido, podemos asimilar la idea de lugar a un ecosistema y por ende un territorio donde ocurre la experiencia. De esta forma, el lugar, sería el plano que, a través de una metodología especial, posibilita que una serie de conceptos puedan compartir un mismo espacio de consistencia, un ecosistema que invita a posibilidades, parecido a la idea de “territorio liso” formulada por Deleuze, donde el espacio liso es un campo sin conductos ni canales que sólo se puede explorar caminando sobre aquel espacio (Deleuze et al., 2004). Entonces, así comprendido, los componentes de este “ecosistema” podrían remitir a que todo se interrelacione de forma dinámica, impulsado como recurso ideomotor propiciando un alto grado de acoplamiento entre la persona y su ecosistema (Videla et al., 2021).

Considerar cuestionarios o test que el usuario pueda ejecutar con el fin de comprender a través de estos recursos validados, temáticas relevantes para comprender el fenómeno con mayor amplitud, por ejemplo, test de calidad de vida, test de kinesiofobia, test de regulación del estrés, test de higiene para dormir, entre otros, hasta a utilización de entrevistas microfemenológicas que a partir de un análisis especializado nos entreguen los códigos necesarios para el tratamiento del usuario. Información que puede ser fundamental a la hora de esclarecer las formas y direcciones de la terapia.

3.2.4. Diálogo y valoración de la narrativa

Como ya hemos mencionado, es fundamental la valoración narrativa del usuario en distintos ámbitos del proceso terapéutico para asentar un paradigma enactivo y el modelo de educación crítica, así hacer emerger la comprensión de las temáticas de aprendizaje en rehabilitación (dolor, cuerpo, salud, etc.) las cuales pueden ser abordadas como ejes de diálogo crítico en el transcurso de la terapia, sobre todo si ya existen formas o propuestas de evaluaciones que implican un análisis de la narrativa para su posterior valoración (Øberg et al., 2015).

Por otra parte, si coexisten conceptos y dinámicas como las mencionadas, ocurre que en la interacción de la motricidad terapeuta-usuario, más el diálogo eventualmente dirigido a las temáticas fundamentales para la salud, la valoración de narrativa y la experiencia conjunta de movimiento llena de nuevos datos para la comprensión de causalidades de las distintas condiciones de lesión, dolor, etc. De esta forma, guiar las temáticas importantes en la construcción de los conceptos de salud, encarnación, dolor, etc. es fundamental durante la terapia por facilitación de la co-construcción de los objetivos, causas, significancias y aprendizajes (Diener et al., 2016; Lejuez et al., 2005; Louw et al., 2021; Stilwell & Harman, 2019).

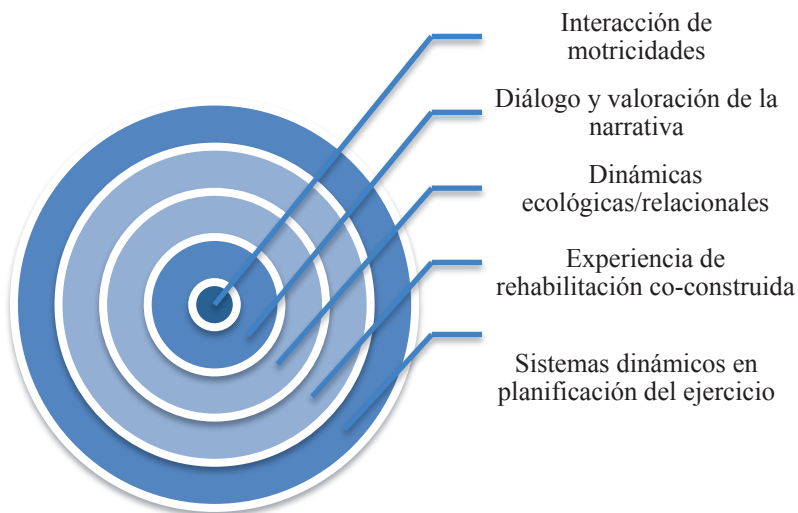


Figura 2. Principios de una terapia Enactiva-educativa los cuales desencadenan en una planificación del ejercicio basada en sistemas dinámicos hacia el desarrollo de la autonomía del usuario.

3.2.5. Paradigmas de sistemas dinámicos en rehabilitación

Este punto hace referencia a la idea de entrenamiento y rehabilitación que se hace vigente hoy en día, donde se programa el estímulo a la persona usuaria de muchas formas y visiones distintas, ej. respecto al tipo de ejercicios, su organización y periodización, carga, intensidad, efecto sistémico, etc. (Balagué, 2019; Stoffregen et al., 2006).

Desde los enfoques integrativos (Balagué et al., 2014; Bosch & Cook, 2015; Seifert et al., 2022), la evaluación biomecánica, el concepto de aprendizaje, la utilización de atractores, affordance, conceptos de compensación, variabilidad, entre muchas otras variables salen a la luz a la hora de crear un entrenamiento o rehabilitación (Pol et al., 2020), sin olvidar la complejidad de las experiencias dolorosas propuesta por las ciencias cognitivas corporeizadas/encarnadas (Stilwell et al., 2021).

Finalmente, en la convivencia de estos principios, se desarrolla la idea en un ecosistema propicio para la coexistencia de los mismos principios en un círculo autogenerado.

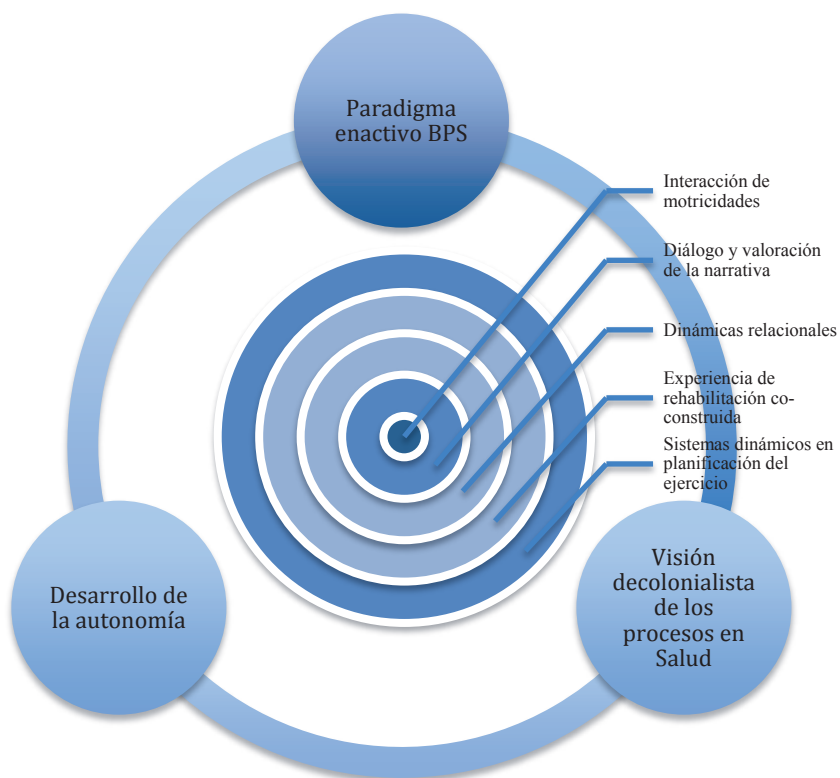


Figura 3. Interacción de conceptos formando un ecosistema que permite la emergencia de una rehabilitación enactiva-educativa.

4. LO EDUCATIVO DE SANARSE, LO TERAPÉUTICO DE EDUCARSE

4.1. LO EDUCATIVO DE SANARSE

En el núcleo de la integración entre fisioterapia, el naturalismo, las ciencias cognitivas y la educación decolonial, nos abre las puertas a comprender que la recuperación de una condición médica no se limita a la mera reparación física. La rehabilitación implica la comprensión de una red compleja de causas y efectos, muchas veces incognoscibles, por tanto, el individuo debe aprender de su motricidad, sus límites y posibilidades en contexto y armonía con su experiencia. Al incorporar los elementos claves del naturalismo y la educación, se revela la importancia de la consciencia y la autorreflexión en el proceso de recuperación. Así, La rehabilitación se convierte en una experiencia educativa en sí misma. Los usuarios pasan de la pasividad al tratamiento a ser agentes activos en la exploración de su condición y motricidad como agentes autónomos en la toma de decisiones sobre su salud. Esta perspectiva capacita a los individuos otorgando el espacio para su autoconocimiento y comprender las posibles causas subyacentes de sus problemas en salud, identificar estrategias de prevención y tomar medidas proactivas para mantener su bienestar.

4.2. LO TERAPÉUTICO DE EDUCARSE

Por otro lado, lo terapéutico de educarse refleja la idea de que la educación va más allá de las aulas y su cruce con la sanación es inexorable. Aquí, la educación crítica decolonial desempeña un papel fundamental al cuestionar las estructuras de poder en el ámbito de la salud y la rehabilitación. La terapia se convierte en un espacio donde terapeutas y pacientes co-construyen el conocimiento y desafían las narrativas hegemónicas. Este enfoque busca trascender las limitaciones impuestas por las normas culturales y sociales, permitiendo a los individuos redefinir su relación con la salud.

La autonomía se erige como un pilar de este proceso en todos los sentidos. Los usuarios no solo reciben tratamientos, sino que se les empodera como concededores de su condición para la toma de decisiones, así la educación se convierte en un medio para liberar a las personas de su dependencia pasiva de los profesionales de la salud y, en cambio, promueve la legitimidad en su autoeficacia, autonomía y la toma de decisiones compartida.

La intersección entre la terapia y la educación crea un espacio en que los individuos pueden sanar por medio de la educación en un sentido amplio, abordando las dimensiones particulares y sociales o culturales de su bienestar. Esto se traduce en una visión integrativa de lo humano, donde la sanación y la educación forman un solo sistema con una autonomía y e identidad propia.

Finalmente, la integración de saberes en el contexto de “lo educativo de sanarse y lo terapéutico de educarse” nos lleva a un paradigma donde la fisioterapia se convierte en un proceso educativo enriquecido y la educación se convierte en una forma de terapia liberadora. Este enfoque desafía las limitaciones tradicionales y abre un horizonte de posibilidades donde la autonomía, la autoeficacia y la comprensión de un sistema colaborativo se funden en un viaje hacia el bienestar integral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aftab, A. & Nielsen, K. (2021). From Engel to Enactivism: Contextualizing the Biopsychosocial Model. *European Journal of Analytic Philosophy*, 17(2), 2–22.
- Apple, M. (2018). *¿Puede la educación cambiar la sociedad?* Santiago de Chile: Lom Ediciones.
- Arenas Navarro, Y., Fuentes Miller, M. V. & Campos Sandoval, M. C. (1993). Grado de satisfacción usuaria de la consulta EPAS-RN del Servicio de Pediatría del CEDIUC. *EPAS Educ. Autocuidado Salud*, 15–17.
- Balagué, N. (2019). On the relatedness and nestedness of constraints. *Sports Medicine-Open*, 5(1), 1–10.
- Balagué, N., Torrents, C., Cabanellas, R. & Seirul-lo, F. (2014). Entrenamiento integrado. Principios dinámicos y aplicaciones. *Apuntes Educación Física y Deportes*, 116, 60–68.
- Boff, L. (2020). *Reflexiones de un viejo teólogo y pensador*. Madrid: Trotta.
- Bosch, F. & Cook, K. (2015). *Strength training and coordination: an integrative approach*. Rotterdam: 2010 Publishers.
- Coninx, S. & Stilwell, P. (2021). Pain and the field of affordances: an enactive approach to acute and chronic pain. *Synthese*, 199(3–4), 7835–7863.
- Cormack, B., Stilwell, P., Coninx, S. & Gibson, J. (2022). The biopsychosocial model is lost in translation: from misrepresentation to an enactive modernization. *Physiotherapy Theory and Practice*, 1–16. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/09593985.2022.2080130>
- Cosmelli, D., Lachaux, J.-P. & Thompson, E. (2007). Neurodynamics of consciousness. *The Cambridge Handbook of Consciousness*, 2, 229–239.
- Crowther, J. (1999). Popular education and the struggle for democracy. *Popular Education and Social Movements in Scotland Today*, 29–40.
- Dávila, X. & Maturana, H. (2020). *Historia de nuestro vivir cotidiano*.
- De Jaegher, H. (2009). Social understanding through direct perception? Yes, by interacting. *Consciousness and Cognition*, 18(2), 535–542.
- De Jaegher, H. & Di Paolo, E. (2007). Participatory sense-making: An enactive approach to social cognition. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 6, 485–507.
- Deci, E. & Ryan, R. (1985). Conceptualizations of intrinsic motivation and self-determination. *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*, 11–40.
- Deleuze, G., Guattari, F. & Pérez, J. (2004). *Mil mesetas*. Pre-textos.
- Di Paolo, E., Cuffari, E. & De Jaegher, H. (2018). *Linguistic bodies: The continuity between life and language*. Massachusetts: MIT Press.
- Diener, I., Kargela, M. & Louw, A. (2016). Listening is therapy: Patient interviewing from a pain science perspective. *Physiotherapy Theory and Practice*, 32(5), 356–367.
- División política y gestión deportiva. (2021). *Encuesta nacional de hábitos de actividad física y deporte 2021 para la población de 5 años y más*.
- Duch, Ll. (2003). *Escenarios de la corporeidad. Antropología de la vida cotidiana*. 2/1. Madrid: Trotta.
- Dussel, E. (2020). *Siete ensayos de filosofía de la liberación: Hacia una fundamentación del giro decolonial*. Trotta.
- Ekerholt, K. & Bergland, A. (2019). Learning and knowing bodies: Norwegian psychomotor physiotherapists’ reflections on embodied knowledge. *Physiotherapy Theory and Practice*.
- Escobar, A. (2017). *Autonomía y diseño. La realización de lo comunal*. Popayán: UC Ediciones.
- Esteves, J., Cerritelli, F., Jooham, K. & Friston, K. (2022). Osteopathic care as (En) active inference: a theoretical framework for developing an integrative hypothesis in osteopathy. *Frontiers in Psychology*, 167.
- Fonasa & Suseso. (2020). *Estadísticas de licencias médicas y subsidio por incapacidad laboral 2019*. https://www.suseso.cl/605/articles-601439_recurso_1.pdf

- Foster, N., Anema, J., Cherkin, D., Chou, R., Cohen, S., Gross, D., Ferreira, P., Fritz, J., Koes, B., Peul, W., Turner, J. & Maher, C. (2018). Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *The Lancet*, 391(10137), 2368–2383.
- Freire, P. (1971). *Pedagogia do oprimido*. Río de Janeiro: Paz e Terra.
- _____. (1997). *Pedagogía de la autonomía: saberes necesarios para la práctica educativa*. Siglo XXI.
- _____. (2015). *Pedagogía de la indignación*. Routledge.
- Freire, P., Macedo, D. & Horvath, S. (1989). *Alfabetización: lectura de la palabra y lectura de la realidad*.
- Gibson, J. (2015). *The ecological approach to visual perception*. New York: Psychology Press.
- Gallagher, S. & Payne, H. (2015). The role of embodiment and intersubjectivity in clinical reasoning. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 10(1), 68–78.
- Gallagher, S. & Zahavi, D. (2020). *The phenomenological mind*. Routledge.
- Gallagher, S. (2020). *Action and interaction*. Oxford: Oxford University Press.
- Hermann, R., Ettner, S. & Dorwart, R. (1998). The influence of psychiatric disorders on patients' ratings of satisfaction with health care. *Medical Care*, 720–727.
- Lejuez, C., Hopko, D., Levine, S. & Collins, L. (2005). The therapeutic alliance in behavior therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(4), 456.
- Lin, I., Wiles, L., Waller, R., Goucke, R., Nagree, Y., Gibberd, M., Straker, L., Maher, C. & O'Sullivan, P. (2020). What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 54(2), 79–86.
- Louw, A., Goldrick, S., Bernstetter, A., Van Gelder, L., Parr, A., Zimney, K. & Cox, T. (2021). Evaluation is treatment for low back pain. *Journal of Manual & Manipulative Therapy*, 29(1), 4–13.
- Louw, A., Zimney Kory, Puentedura, E. & Diener, I. (2016). The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: a systematic review of the literature. *Physiotherapy Theory and Practice*, 32(5), 332–355.
- Marshall, G., Hays, R. & Mazel, R. (1996). Health status and satisfaction with health care: results from the medical outcomes study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 380.
- Martínez-Pernía, D. (2011). Experiential neurorehabilitation: A neurological therapy based on the enactive paradigm. *Frontiers in Psychology*, 11, 924.
- Maturana, H. (1997). *Emociones y lenguaje en educación y política*. Santiago: Dolmen.
- Maturana, H., Dávila, X. & Ramírez, S. (2016). Biología cultural: consecuencias sistémicas de nuestra deriva natural evolutiva como sistemas autopoieticos moleculares. *Fundamentos de La Ciencia*, 21, 631–678.
- Maturana, H. & Varela, F. (1972). *De máquinas y seres vivos*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Mcgann, M., De Jaegher, H. & Di Paolo, E. (2013). Enaction and psychology. *Review of General Psychology*, 17(2), 203–209.
- Moreno, J. A. & Martínez, A. (2006). Importancia de la Teoría de la Autodeterminación en la práctica físico-deportiva: Fundamentos e implicaciones prácticas. *Cuadernos de Psicología Del Deporte*, 6(2).
- Morin, E. (1999). Organization and complexity. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 879(1), 115–121.
- Noë, A. (2004). *Action in perception*. MIT Press.
- Øberg, K., Normann, B. & Gallagher, Shaun. (2015). Embodied-enactive clinical reasoning in physical therapy. *Physiotherapy Theory and Practice*, 31(4), 244–252.
- Oliva, C. & Hidalgo, C. G. (2004). Satisfacción usuaria: un indicador de calidad del modelo de salud familiar, evaluada en un programa de atención de familias en riesgo biopsicosocial, en la Atención Primaria. *Psykhé*, 13(2), 173–186.

- Pakman, M. (2020). Un giro crítico-Poético Para La Práctica Sistemica. *Revista REDES*, 42, 19–24.
- Peña, S., Toro, S., Osses, S. & Beltrán, J. (2019). Neurociencia y ejercicio: un indicador de salud y aprendizaje en el contexto educativo. *Revista de Salud Pública*, 21, 469–471.
- Pol, R., Balagué, N., Ric, A., Torrents, C., Kiely, J. & Hristovski, R. (2020). Training or synergizing? Complex systems principles change the understanding of sport processes. *Sports Medicine-Open*, 6(1), 1–13.
- Quiceno, E. & Aristizabal, L. (2017). La pedagogía crítica desde la perspectiva de Freire, Giroux, y McLaren: su pertinencia en el contexto de Colombia y América Latina. *Revista Espacios*, 39(10), 41.
- Ramos, L.-V. (2021). Revisitando la educación popular en el centenario de Paulo Freire. *Cuestiones Pedagógicas*, 30, 119–130.
- Rucinska, Z. & Reijmers, E. (2014). Entre filosofía y terapia: comprensión de la terapia de juego sistémica a través de la cognición encarnada y enactiva (EEC). *Interacción*, 6, 37–52.
- Seifert, L., Hacques, G. & Komar, J. (2022). The Ecological Dynamics Framework: An Innovative Approach to Performance in Extreme Environments: A Narrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2753.
- Stewart, J., Di Paolo, E. & Gapenne, O. (2010). *Enaction: Toward a new paradigm for cognitive science*. MIT Press.
- Stilwell, P. & Harman, K. (2019). An enactive approach to pain: beyond the biopsychosocial model. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 18(4), 637–665.
- Stilwell, P., Stilwell, C., Sabo, B. & Harman, K. (2021). Painful metaphors: enactivism and art in qualitative research. *Medical Humanities*, 47(2), 235–247.
- Stoffregen, T., Bardy, B. & Mantel, B. (2006). Affordances in the design of enactive systems. *Virtual Reality*, 10, 4–10.
- Toro-Arévalo, S. (2017). Motricidad, en-acción y fenomenología. Articulación conceptual de la existencia. *Motricidades*, 1(1), 78-90.
- Toro Arévalo, S., Pazos Couto, J. M., Vargas Polanía, E. & Vega Ramírez, J. F. (2016). De la educación global a la biología del conocer: Comprender el sentido de la educación. *Estudios Pedagógicos*, 42, 57–73.
- Toro-Arévalo, S. y Moreno-Doña, A. (2020). Educación Física como categoría colonial y neoliberal: transitando colonial hacia la motricidad humana pensada en y desde Abya Yala. *Ágora para la Educación Física y el Deporte* 23, 199-217.
- Toro-Arévalo, S. et al. (2022). Juego, motricidad y didáctica, desde la cultura infantil en niños y niñas de 4 a 6 años. Bases teóricas desde la epistemología enactiva. *Retos* 45, 598-610.
- Varela, F. (1979). *Principles of biological autonomy*.
- _____. (2000). *El fenómeno de la vida*. Palma de Mallorca: Dolmen.
- Varela, F., Thompson, E. & Rosch, E. (1991). *The embodied mind*. Cambridge.
- Videla, R., Rossel, S., Bugueño, H. & Urrutia, C. (2021). Diseño e implementación de entorno educativo STEM en estudiantes de tercer año básico: abordaje enactivo y ecológico de la experiencia de aprendizaje. *Revista de Estudios y Experiencias En Educación*, 20(40), 408–427.
- Wood, L. & Hendrick, P. (2019). A systematic review and meta analysis of pain neuroscience education for chronic low back pain: Short and long term outcomes of pain and disability. *European Journal of Pain*, 23(2), 234–249.
- Wulf, G. & Lewthwaite, R. (2016). Optimizing performance through intrinsic motivation and attention for learning: The OPTIMAL theory of motor learning. *Psychonomic Bulletin & Review*, 23, 1382–1414.