Tabla de contenido

Bienvenida y presentaciones - Dave Nicholls

Descolonización de la rehabilitación - Mershen Pillay

El impacto de la ideología neoliberal en la práctica fisioterapéutica - Experiencia de una fisioterapeuta colombiana - Alma Viviana Silva

La (micro) política de la fisioterapia: Un ejemplo de estigma - Jenny Setchell

La investigación crítica: un ejemplo de la rehabilitación infantil - Barbara E Gibson

Bienvenida y presentaciones - Dave Nicholls

Gracias a todos y bienvenidos.

En nombre de mis colegas y amigos de la Red de Fisioterapia Crítica, puedo comenzar diciendo que estamos honrados de estar aquí hoy y de presentar este Simposio sobre el pensamiento crítico como uno de los 17 Simposios Focalizados que se están llevando a cabo en este congreso.

Estamos muy agradecidos por el apoyo de WCPT en promover la causa del pensamiento crítico dándonos esta plataforma. Titulada "Fisioterapia crítica: Nuevos enfoques para la investigación, la educación y la práctica", y nuestra intención, en los próximos 90 minutos, es compartir algunas investigaciones, algunas ideas, algunas conversaciones y algunas provocaciones con ustedes, con la esperanza de que salgan de aquí sintiéndose energizados e inspirados en pensar críticamente.

Tal vez el punto que debe enfatizarse desde el principio es que, para nosotros, el pensamiento crítico es un acto muy positivo. No es el tipo de calumnia negativa de la que se oye hablar en las noticias, o el tipo de cínico socavar que a veces ocurre en los círculos profesionales. Para nosotros es una conversación activa, comprometida y madura entre compañeros: un compromiso sincero con las tensiones que son reales para todos nosotros en la educación, la práctica y la investigación de hoy: un acto de profesionales que tienen suficiente confianza en su historia y cultura para preguntar preguntas sobre por qué hacemos lo que hacemos?; y cómo podría ser diferente?.

Así que esperamos que salgan hoy de aquí con un sentido renovado de entusiasmo y vigor para el futuro de la profesión y que consideren el pensamiento crítico (y el trabajo del CPN) como una fuerza positiva de vital importancia para una fisioterapia de otra manera.

Mi nombre es Dave Nicholls, y soy el fundador y copresidente de la Red de Fisioterapia Crítica, y es mi gran placer presentarles a nuestro panel internacional de presentadores:

• Dr. Mershen Pillay. Mershen es audiólogo y terapeuta del lenguaje, y profesor asociado en la Disciplina de Patología del Habla-Lenguaje en la Universidad de KwaZulu-Natal Durban. Su trabajo clínico se centra en la gestión de personas con una amplia gama de trastornos de la deglución y la pérdida de la audición, pero su trabajo también implica la transformación de la rehabilitación como una práctica social y política, especialmente en torno a las prácticas de descolonización.

• Nuestra segunda ponente es Viviana Silva es candidata a doctorado y asistente de investigación en la Universidad de Griffith. Originalmente entrenada como fisioterapeuta en Colombia, Viviana ha estado trabajando en Australia durante los últimos cinco años. Ha trabajado con el Profesor Peter Ebeling y la Profesora Michele Sterling, y su trabajo se ha centrado en la eficacia de las intervenciones psicológicas impartidas por el fisioterapeuta para el dolor musculoesquelético, y trabajando sobre barreras culturales y lingüísticas en la profesión.

• La Dra. Jenny Setchell es becaria postdoctoral en los departamentos de fisioterapia de las universidades de Queensland y Toronto. Es fisioterapeuta, acróbata y trabajadora de derechos humanos, y su trabajo actual se centra en las perspectivas post-estructurales y críticas de la asistencia sanitaria y se centra específicamente en la práctica de la fisioterapia, en áreas como el estigma de peso, la psicología crítica y las prácticas de rehabilitación.

• La Dra. Barbara Gibson es profesora asociada en la Universidad de Toronto, Canadá. Ella es la presidenta de la Fundación del Hospital Infantil de Bloorview en Estudios de Discapacidad Infantil en el Hospital de Rehabilitación Infantil Holland Bloorview en Toronto. Fisioterapeuta y bioética, será bien conocida por muchos de ustedes por su investigación crítica pionera sobre las prácticas de discapacidad y rehabilitación.

• Finalmente, como digo, mi nombre es Dave Nicholls. Soy Profesor Asociado en la Universidad AUT, Auckland, Nueva Zelanda, ha sido profesor, investigador y escritor en y sobre fisioterapia por casi 30 años. Mi propio trabajo de investigación se centra en las historias críticas de la fisioterapia y considera cómo la fisioterapia podría adaptarse a la economía cambiante de la atención de la salud en el siglo XXI.

• Lo último que decimos acerca de nuestros presentadores hoy es que todos ellos son miembros fundadores de la Red de Fisioterapia Crítica, y Barbara, Jenny, Viviana y yo somos miembros de nuestro comite Ejecutivo, Jenny también actuando como copresidenta y Viviana como nuestra traductor jefe para el idioma español.

Entonces, déjeme decirle sobre el programa que tenemos para usted hoy

Nuestro objetivo es abrir una ventana al mundo de algunos pensadores críticos poderosos y prominentes: personas que están empujando los límites de cómo practicamos, cómo pensamos y cómo nuestro trabajo se siente y experimenta.

Hoy se trata de crecer ideas y pensamiento 'de otra manera'. Hoy en día no es definitivamente sobre las últimas investigaciones sobre los beneficios de la ecografía, o una demostración práctica de tendones de la corva. Hoy se trata de flexibilidad y estiramiento de otro tipo.

Para ser claros, cuando hablamos de pensamiento crítico estamos adoptando una serie de definiciones, algunas familiares, otras menos.

Para nosotros, el pensamiento crítico incluye:

• Los tipos de análisis sistemáticos que hacemos cuando evaluamos críticamente la investigación, cualitativa y cuantitativa;

• Los tipos de pensamiento que miran nuestras maneras de aprender, hacer y evaluar la fisioterapia, y nos pide no sólo lo que estamos haciendo, sino lo que ese hacer hace;

• El tipo de ideas que se pueden recoger en las formas en que el poder opera en la atención de la salud, privilegiar a algunas personas y algunas ideas, y marginar a otros;

• Y los tipos de pensamiento meta-crítico que trata de entender todas estas cosas en el contexto de un mundo que cambia frenéticamente.

No hay duda de que existe una creciente sensación de que los fisioterapeutas necesitan buenas habilidades para pensar críticamente:

• La velocidad a la que ahora estamos viendo los sistemas y estructuras de salud tradicionales disolverse, haciendo que todos nos preguntemos qué tipo de fisioterapia será deseada en el futuro;

• Las competiciones cotidianas, tensiones y presiones fronterizas que amenazan nuestra seguridad personal y profesional;

• El rápido envejecimiento de la población y el número de personas con problemas de salud complejos y persistentes que plantean retos a nuestras formas biomecánicas tradicionales de aprender, practicar y pensar;

• Innovaciones tecnológicas que están interrumpiendo las fronteras tradicionales alrededor y entre cuerpos, identidades y comunidades, elevando la posibilidad de redundancia para muchas de nuestras viejas maneras de hacer las cosas;

• El rápido ascenso de la post-verdad, de lo post-humano, post de todos los mundos, que tal vez no sea algo que habríamos elegido, pero ciertamente parece ser una realidad para muchos, planteando preguntas sobre la estabilidad de las cosas que una vez sostuvimos verdaderas, válidas y dignas;

• Y las crecientes disparidades entre los que viven en una opulencia impresionante y los que viven en la pobreza abyecta, lo que nos lleva a pensar, quizás por primera vez, en las implicaciones culturales, económicas, éticas, políticas y sociales de nuestro trabajo.

• Estas, entre muchas otras tensiones, sugieren que existe claramente la necesidad de que los fisioterapeutas se involucren en algún pensamiento más amplio sobre dónde está su profesión?, de dónde viene? y hacia dónde podría ir?.

La realidad es, sin embargo, que realmente no preparamos a nuestros estudiantes ni a nuestros practicantes para este tipo de pensamiento crítico, innovador y creativo, y por lo tanto podemos carecer de las herramientas y la confianza necesarias para lograr un cambio significativo.

Y, sin embargo, todo está lejos de la muerte y la penumbra. Los fisioterapeutas son a menudo personas bastante notables: inteligentes, cariñosas y creativas. Y estamos viendo la aparición de algunas formas realmente interesantes e innovadoras de pensar y trabajar, y los clínicos, los educadores, los líderes de la industria y los investigadores están haciendo algunas preguntas realmente poderosas y desafiantes sobre dónde hemos estado y dónde podríamos ir como una profesión.

Así que hoy es, en algunos aspectos, una celebración del impetu que está impulsando parte de ese trabajo hacia adelante.

Durante las presentaciones, nos escucharás recurriendo a bastante material de fuera de la fisioterapia.

Muchas personas en el CPN han viajado fuera de la fisioterapia para ideas e inspiración, y muchos han encontrado ricas costuras de conocimiento y práctica en otros lugares. Lo que es particularmente significativo para nosotros es que muchos de ellos ahora están volviendo su aprendizaje buscando formas de infectar la fisioterapia con sus ideas.

A lo que este trabajo apunta es que el pensamiento crítico rara vez trata de decir que algunas cosas son meramente buenas o malas, sino que abre una comprensión más sutil de que la mayoría de las cosas son problemáticas en un nivel u otro. Incluso las innovaciones más obvias son molestas, no menos porque tienden a deslizarse más allá de nosotros sin que nosotros paremos para comproban y cerciorarse de que son tan benignos como parecen. Por lo tanto, todo desde las teorías más grandiosas hasta el más mínimo detalle de la práctica es digno de un escrutinio crítico, y toda la profesión es un terreno extenso, rico y poco examinado para la erudición crítica.

Con ese fin, tenemos presentaciones que tratan un conjunto diverso de temas hoy en día. De la exploración de enfoques críticos a la investigación, de las suposiciones de la fisioterapia sobre la discapacidad, de la rehabilitación como práctica colonizadora, de las formas en que las interacciones clínicas son también políticas y de la influencia del neoliberalismo en el pensamiento y la práctica fisioterapéutica, de nosotros tenemos en la punta de nuestros dedos ahora.

Por lo tanto, sin más preámbulo, quisiera ceder la palabra al Dr. Mershen Pillay, quien habla sobre la descolonización de la rehabilitación.

Descolonización de la rehabilitación - Mershen Pillay

Soy un audiólogo y terapeuta del habla basado en Durban, Sudáfrica. Desde esta perspectiva exploro, junto con mis colegas aquí, cómo los enfoques teóricos críticos pueden ayudar a transformar nuestras prácticas. Hablo de cómo la descolonización como concepto de la teoría crítica puede ayudarnos a preparar a los estudiantes en la profesión de rehabilitación para desarrollar competencias clave de conocimiento para los aprendices.

Soy un sujeto colonial, trabajando y viviendo en una ex-colonia que practica una profesión de inspiración colonial. Para muchos de ustedes en el resto de África, Asia, América Latina y otras partes del mundo Mayoritario, esto puede ser la realidad de su existencia también.

Pero ¿qué pasa con la colonización y la rehabilitación?

En los últimos tiempos, y relevante para nosotros en Sudáfrica, colonias británicas y / o europeas, con más de 350 años de un proyecto violento. En 1902, el 90% de África estaba bajo control europeo. Durante la administración colonial hubo un control político y económico sobre África. Su violencia se hizo sentir a medida que las economías locales luchaban y la mayoría de la gente se quedaba sin tierra y pobre.

Mientras que las naciones africanas ganaron la libertad política, uno podría pensar que el final del dominio colonial dio lugar a una África postcolonial - y que todo estaba bien. Muchos estudiosos africanos sostienen que África poscolonial es un mito porque seguimos viviendo con la colonialidad. La colonialidad sobrevive al colonialismo y continúa infundiendo aspectos de nuestra vida cotidiana

Examinemos cómo la colonialidad vive penetrantemente para crear el orden mundial actual a través de los entendimientos de la Colonialidad del poder, la Colonialidad del ser y la Colonialidad del conocimiento.

La colonialidad se mantiene y vive en nuestra vida cotidiana, no sólo por el mundo occidental, sino también por nosotros. Africanos que se han colonizado y perpetúan un neocolonialismo y me incluyo como cómplice en este proceso también

Si bien todos estamos preocupados por la violencia visible cotidiana son las guerras, las violaciones y las heridas de bala: la pregunta que hacemos es ¿puede el conocimiento ser violento?

El conocimiento es una construcción social (con efectos muy materiales) y nunca es neutral.

Por lo tanto, debemos cuestionar las suposiciones que sustentan los procesos de construcción del conocimiento y preguntar de qué interés sirve el conocimiento?.

Este mapa representa un mundo que ha sido colonizado, es decir, las pocas áreas blancas reflejan los únicos lugares que escaparon al dominio colonial británico. Durante más de 350 años, la influencia colonial significó que los pueblos indígenas se convirtieron en seres inferiores. Su idioma, cultura y modos de ser tuvieron que ser reemplazados por el del maestro colonial.

El problema con el conocimiento dominante en las profesiones de salud / rehabilitación a nivel internacional es que el conocimiento Euro-América está realmente centrado en conocimientos técnicos a veces denominados positivismo. El positivismo es la ciencia del imperio que promueve la noción de objetividad y que sólo hay una forma de realidad y que las verdades universales y generalizables son posibles. Se convierte en un conocimiento dominante que desplaza disciplinas, reemplaza y ridiculiza el conocimiento de un Sur Global. Críticamente, lo que hacemos en el momento clínico con nuestros clientes no son inmunes a estos procesos sociales y políticos más amplios, como se discutirá en las presentaciones de Barbara Gibson, Jenny Setchell.

Como consecuencia, los conocimientos locales son eliminados. Nuestras visiones del mundo, nuestras verdades que se conocen como epistemologías, se matan. El asesinato de nuestras epistemologías continúa plagando lugares en África y en todo el mundo colonizado. Nos vemos ensillados con un conocimiento que no es propiedad de nosotros y lo que incapacita a individuos y comunidades. (Lebakeng, Phalane & Dalindy ebo 2006). Sin embargo, aún más problemáticos son los procesos de mimetismo epistemológico y la dependencia intelectual de los académicos africanos en el Norte global. Cuando su imaginación es dominada y silenciada, hay violencia epistémica. Lo que queda por lo tanto es la reproducción del conocimiento dominante.

El mundo ha sido creado como desigual. Ramon Grosfoguel (2007: 216) ha destilado nueve contornos de colonialidad de poder que sustentan el actual orden asimétrico mundial que es destructivo para todos los pueblos.

Las tablas iluminan algunos ejemplos. Conocemos estos binarios preocupantes y desequilibrios de poder que son parte de nuestra vida cotidiana que tienen potencial para convertirse en sitios de injusticia. Así que si agregué al Doctor-paciente- y al profesor- estudiante- ellos también caen en un orden asimétrico.

En Sudáfrica, la campaña Rhodes Must Fall (RMF) puso en claro que las universidades eran sitios de colonialidad. Hubo la caída simbólica de la estatua de Rodas -pero la pregunta que quedó- y con qué ha estado luchando la educación superior ¿cuál es el propósito de la educación superior en la sociedad? Mientras que Harsha Kathard y yo comenzamos a trabajar en la transformación del currículo de ciencias de la salud comenzó hace casi 25 años, este momento nos brinda más oportunidades para una profunda reflexión.

Sostenemos que necesitamos una comprensión de cómo la colonialidad ha influido en nuestro pasado y presente para que podamos crear un futuro.

Las historias más inquietantes son de estudiantes que explican cómo la educación se ha vuelto deshumanizante. Del mismo modo, los pacientes (o clientes / consumidores / personas con discapacidades- o cualquier otra cosa que etiquetamos a las personas con las que trabajamos) hablan de cómo nuestro conocimiento / práctica profesional perjudica, deshumaniza y hace invisibles a las personas.

Posicionamos la "práctica" como un sitio para la descolonización. Específicamente, defendemos las prácticas generadas con personas en África (o para aquellos en Asia o Latinoamérica, otros países del mundo de la mayoría). Aquí, defendemos una práctica disruptiva, una forma de conocer y revisar nuestras nociones de construcción del conocimiento.

¿Qué significa eso para nosotros ahora?

Nuestras profesiones usan positivamente el positivismo para, por ejemplo, medir la discapacidad o cuantificar los resultados terapéuticos en factores que pueden ser comprendidos. Estos factores / variables son a menudo manipulados y generalizados - a veces con medidas estadísticas - para difundir las vidas de otros discapacitados. En el mejor de los casos, pero posiblemente realizando operaciones similares, usamos investigación cualitativa, prácticas narrativas o enfoques holísticos para admitir irónicamente a personas complejas con discapacidades en nuestros lentes profesionales. Nosotros les damos etiquetas, un proceso al que me he referido como “Disothering” (Pillay, 1998), que está relacionado con cómo las profesiones, como la nuestra, producen discapacidad relativa a las discapacidades físicas visibles o a sus discapacidades mínimas visibles (no físicas) que impactan en su comunicación y deglución. Al hacerlo, creamos una población de personas con patologías marginadas y aisladas en relación con la población predominante dominante llamada "subalterno", (Pillay, 2013) después de Spivak (1986). Es esta forma de colonización de la vida de los otros, vinculada al imperio, ya que su ciencia es la que encuentro epistemológicamente problemática, aunque sea una ciencia y una orientación que está bien establecida en nuestras profesiones. Como una forma de conocimiento colonial, ha sido normalizada y ocupa hegemonicamente las mentes de la mayoría de los editores de nuestras publicaciones profesionales, es valorada por nuestros educadores profesionales, los comités científicos de la conferencias, los autores de las guías de práctica y similares. En resumen, una ciencia empírica que limita nuestra imaginación profesional debido a su excesiva dependencia de las intervenciones biomédicas individualizadas y (lo que esencialmente sigue siendo), todas las cuales siguen haciendo que los servicios sean invisibles y / o redundantes para la mayoría de los pueblos del mundo.

Nuestra ciencia permite, sobre todo, la promoción del reduccionismo, el esencialismo y el “disothering” -todos los procesos que permiten a los profesionales mantener su poder como expertos que al mismo tiempo posiciona a sus clientes / pacientes / consumidores de manera que los evalúan como incorrectos, (Pillay, 2003). Esta versión de inspiración colonial de la naturaleza de nuestras relaciones clínicas es lo que buscamos transformar a medida que re-posicionamos nuestra atención a nivel de población. Este posicionamiento teórico es crítico si adoptamos una agenda descolonizadora para las personas con discapacidad. El predominio de los modelos de atención individualizada y centrada en la salud no es útil. Así que desarrollamos nuestras propias maneras de manejar la situación. Un ejemplo de lo que proveo más adelante. Este cambio es, como lo vemos, la intervención poblacional es un proyecto social.

El Informe Mundial sobre la Discapacidad (WRD, 2011), indicó que el mundo tiene mil millones de personas con discapacidad. También informó de que el mundo mayoritario / los pueblos del mundo en desarrollo tienen la mayor carga de discapacidad en comparación con el mundo minoritario / desarrollado.

En el WRD, el principal tema emergente fue que las poblaciones marginadas son un problema mundial.

Estas cifras muestran que la salud mundial está en declive. El mundo es cada vez más inequitativo. Al considerar quiénes son los desatendidos en Sudáfrica que, si bien incluyen a aquellos con trastornos de la comunicación / discapacidad, los desatendidos son también aquellos con desventaja social que los pone en riesgo de no desarrollar las habilidades de comunicación necesarias (incluyendo la alfabetización) para aprender o trabajar productivamente. Dada nuestra historia política, los marginados continúan siendo negros sudafricanos, que en su mayoría constituyen una crisis, no sólo aquellos con discapacidad, sino también aquellos con desventaja social. SA puede ser considerada como un microcosmos del mundo. La pregunta que nosotros -como el resto del mundo- está preguntando: ¿Cómo vamos a repensar lo que hacemos JUNTOS?

Ndlovu-Gatsheni (2013) argumentó que para que el progreso ocurra en África, los procesos de desimperialización y descolonización deben trabajar juntos dialécticamente para permitir el diálogo entre colonizador y colonizado en interés de la democracia global. Agrego aquí que como individuos incluyéndome como practicante y productor de conocimiento, ocupo posiciones de colonizado y colonizador. Por lo tanto mi primera batalla es interna conmigo mismo.

El proceso no es un negro / blanco; heterosexual / gay; discapacitado / abled; Rico pobre; dicotomizante masculino / femenino, sino más bien sobre nuestra posición y ser profundamente reflexivo sobre dónde estamos y cómo actuamos juntos.

Diapositiva

Reflexione por un minuto de estas fotos de Sarah Baartman, representada por la respuesta del colonizador y Ayanda Jackson. ¿Qué es lo que representa la representación de Jackson indica el cuerpo de una mujer negra descolonizada? ¿Cómo se han descolonizado las representaciones coloniales de mujeres negras africanas? ¿Podemos hacer esto como profesionales de rehabilitación también?

Tal vez podamos comprometer nuestra libertad creativa potencial. Sugerimos celebrar el Humanismo Africano como base para repensar la rehabilitación, y lo podemos hacer a través de diálogos críticos, acciones críticas y nuevas formas de hacer.

Por ejemplo, el proceso educativo para la innovación requiere la deconstrucción de los conocimientos dominantes y los textos que usamos con los estudiantes y preguntarnos: ¿Cómo servirá este conocimiento a las necesidades de la población y a las desigualdades inherentes?

En su papel como intelectual público, el educador se dedica a la deconstrucción (junto con los estudiantes) para evaluar las cuestiones / fenómenos, revelando valores y creencias subyacentes sobre el contenido dominante que se enseña, de dónde proviene y por qué se mantiene incluso cuando es irrelevante . Para hacer esto nos enfocamos en tres facilitadores.

Por ejemplo, en la patología del habla cuando estudiamos modelos de comunicación usamos a menudo la metáfora del procesamiento de la información (receptor-remitente-procesamiento central) para explicar la comunicación receptiva / expresiva.

Últimamente, la "cultura" ha sido incluida como parte de la forma en que la comunicación debe ser entendida. Así que mientras vinculamos nuestra práctica a cosas como de las culturas árabe a la zulú, rara vez se ponen en primer plano las relaciones sociales, culturales y políticas. El poder, y cómo es utilizado por la gente, no es lo que se enseña a través de los currículos tradicionales, por ejemplo, euro-americanos de rehabilitación.

La desconstrucción puede llevar a una experiencia desestabilizadora, ya que revela lo que no conocemos y es probable que invoque controversia, probablemente para evocar una serie de emociones, en particular el miedo.

Said (2000: 7) reconoció que una pedagogía del estado de alerta implicaba el reconocimiento de las lesiones humanas dentro y fuera de la academia. Si bien la teoría (en nuestro caso, postcolonial, descolonización) puede ser utilizada para cambiar la situación, al hacerlo debemos enfocar los componentes emocionales de la educación profesional como "el miedo" y "la confianza" para una experiencia educativa humanista y decolonial. Si reproducimos la práctica de la enseñanza del miedo en un nivel de población, donde los educadores equiparán a los estudiantes para ver las desigualdades sociales que los rodean, es importante concentrarse en no paralizar a los practicantes para que se sientan tan temerosos que no puedan verse a sí mismos, el proceso educativo debe permitir una 'práctica de potencial'. El miedo asociado con el cambio o la transformación, como hemos aprendido de nuestra experiencia de transición a una sociedad post-apartheid, será siempre real.

*Facilitador dos: Aprendizaje Dialógico*

La interacción dialógica centra el valor del aprendizaje activo a través de la siguiente gran competencia del compromiso. Este es un compromiso colectivo y debe involucrar a la comunidad colectiva de, por ejemplo, una clase de estudiantes. El objetivo es el desarrollo de un nuevo significado.

El cuestionamiento crítico es clave para este proceso, que enfatiza que todos los interlocutores hacen preguntas críticas. También se trata de "traer el exterior, el interior" donde los participantes admiten sus vidas en estos espacios de aprendizaje. En nuestra experiencia, hemos encontrado que el aprendizaje dialógico es útil para desafiar la pedagogía profesional y tradicional, así como una innovación como herramientas para el compromiso de la comunidad.

La conversación ocurre cuando los conflictos ideológicos entran en juego y la discusión permite que la multiplicidad de voces discutan y compitan. Esta conversación que rompe las reglas permite una democratización de las aulas y permite un sentido de pertenencia de diferentes voces para agregar su maestría al tema. Será inmoral no involucrar al "sujeto" (estudiantes) como agentes activos en su propio aprendizaje. El moralismo, que consiste en desarrollar una conciencia, un sentido de "bien", opera en condiciones pragmáticas y paradigmáticas y es reconocido como una forma relacional de práctica educativa. El moralismo se entrelaza con el humanismo en la democratización -y al hacerlo- esta descolonizando la educación profesional.

Para ampliar las experiencias críticas de aprendizaje basadas en instituciones académicas hacia hospitales, escuelas, comunidades, etc., es importante reubicar el aprendizaje para la innovación. ¿Qué significa esto? Enfatizamos que el aprendizaje responde al contexto y no sólo "ocurre" en el lugar. Por ejemplo, cuando uno de nuestros clínicos recién graduados se enfrentó con el desarrollo de una innovación de la población en la educación / escuela, inicialmente se esforzó con escuchar y responder a lo que los profesores necesitaban. Ellos articularon su necesidad de ampliar la comunicación de los estudiantes multilingües en el aula. En su lugar, eligió diseñar e implementar talleres de maestros sobre voz y fluidez. Por lo tanto, al centrarse en lo que ella sabía - "trastornos" - el graduado sólo podía replicar un tipo clínico de práctica no una escuela / población integral basada en la innovación. Por lo tanto, ella no respondía al contexto. Esto es lo que requiere un cambio. Por lo tanto, los educadores deben capacitar la respuesta contextual como el plan de estudios en sí mismo.

En resumen, existen varios conocimientos y competencias claves relacionados con lo que Hessels & van Lente (2008) denominan aprendizaje de modo dos para los estudiantes profesionales que, dentro de un programa educativo descolonizador, pueden convertirse en profesionales transformadores: por ejemplo:

• Conocimiento de equidad y competencia para ser equitativo

• Alfabetización poblacional, de demografía demográfica nacional y transnacional

• Razonamiento político

• Innovación (y la capacidad de crear lo nuevo)

• Deconstrucción (para resistir la replicación)

• Personal / auto-conciencia - para manejar nuestros temores personales, ansiedades y poder

• Compromiso, especialmente a nivel poblacional, como una habilidad central

• Respuesta al contexto

**El impacto de la ideología neoliberal en la práctica fisioterapéutica - Experiencia de un fisioterapeuta colombiano - Alma Viviana Silva**

Introducción

Continuaré con la discusión sobre el razonamiento político hablando sobre el neoliberalismo y su impacto en la práctica de la fisioterapia. Al igual que Mershen, como lo describió en su charla, quién soy, de dónde vengo, y el hecho de que tengo experiencia en dos países y culturas diferentes en la práctica de la fisioterapia y la academia, es lo que me ha proporcionado una visión intrigante de cómo la política influye tanto en nuestro profesión y sistemas de salud mundiales en general.

Me capacite como fisioterapeuta en la Universidad Nacional de Colombia, una universidad pública que tiene un fuerte enfoque sociopolítico en todas sus carreras. Trabajando en Colombia, gané casi 10 años de experiencia clínica y de investigación, antes de trasladarme a Australia para estudiar un certificado de posgrado. Actualmente estoy completando mi doctorado y enseñando en la Universidad de Griffith.-

Durante mis años de trabajo en Colombia, me resultó difícil nutrir y hacer crecer mi carrera de una manera consistente y estructurada debido a importantes revisiones de las políticas del sistema de salud. Estas revisiones tuvieron como resultado deterioros importantes en la condición del entorno de atención médica tanto para los pacientes como para los profesionales. Fui moralmente incapaz de aceptar condiciones de trabajo que aumentaron significativamente el número de pacientes y comprometian la calidad de la atención al paciente, dando mayor prioridad a los ricos y menos a las clases más pobres. Cuando lo discutí con mis empleadores, ellos no estaban dispuestos a negociar mejores condiciones lo que me empujó a abrir mi propia práctica y ser voluntaria para proporcionar la atención que creía se requería. Finalmente, la situación me llevó a trasladarme a Australia.

Después de dos años en la CPN y reflexionando sobre mi carrera, comencé a entender cómo las influencias sociopolíticas y económicas que estaban en juego, en última instancia, me llevaron a donde exactamente querían que estuviera. Esta era la ideología neoliberal que me tenía atrapada entre quedarme y proveer para los ricos, o migrar a un país desarrollado en busca de algo 'más justo'.

Explicaré brevemente mi propio proceso de pensamiento crítico durante mi carrera, que se ha visto muy reforzado durante los últimos dos años que he sido miembro de la red de fisioterapia crítica.

La fisioterapia crítica se esfuerza por desafiar y mejorar los enfoques teóricos y prácticos contemporáneos de la fisioterapia promoviendo el pensamiento críticamente informado y fomentando la colaboración interdisciplinaria, actualmente poco común en la fisioterapia convencional. En este sentido, me baso en la política, la sociología y la economía para explorar algunas fuerzas sociopolíticas históricas y contemporáneas en conjunto con mis propias experiencias personales en Colombia que sitúan dicha ideología como un hilo conductor. Los profesionales de la salud de todo el mundo pueden aprender de ejemplos exitosos y de fracasos en la implementación, gestión y resultados de políticas neoliberales iniciadas por gobiernos de diferentes países. Me gustaría presentarles reflexiones sobre mi experiencia con la ideología neoliberal y sobre cómo sus estructuras políticas limitan o permiten la atención de la fisioterapia, no solo para América Latina sino para todos los países del mundo.

Antes de abrir mi propia consulta, comencé mi primer trabajo en un hospital privado en abril de 2000 con un salario de alrededor de US $ 500 al mes. Pasé a trabajar en el turno de noche y mi salario se duplicó debido a los derechos de pago adicionales (tasas de penalización). Sin embargo, en 2001 el gobierno colombiano comenzó a implementar la reforma neoliberal, que eliminó todas las tasas de penalización para los empleados y muchos otros beneficios. En consecuencia, mi salario se redujo en un 75%.

Solía tratar a los pacientes independientemente de su situación económica, pero debido a la reforma ya no era posible debido a un sistema de austeridad que aumentó los niveles de desigualdad creciente y, por lo tanto, la dificultad para acceder a estos servicios cruciales. En consecuencia, se estableció un sistema de dos niveles en el que el Gobierno ya no garantizaba la igualdad de acceso a los servicios de atención de salud para todos los ciudadanos. Nos quedó una brecha clara y cada vez mayor entre las clases que segrega intrínsecamente entre los que pueden permitirse contribuir financieramente para su atención médica y los que no pueden hacerlo. Además, la dificultad aumenta aún más, debido a las altas tasas de desempleo y / o al aumento del costo de las contribuciones. El resultado a largo plazo es un sistema exclusivo de atención médica privada que se beneficia de aquellos que pueden pagar sus servicios. Este sistema exclusivo aún requiere fondos públicos para operar, pero no ofrece los servicios para todos.

Empecé a interesarme cada vez más en los procesos sociopolíticos y económicos involucrados con los fundamentos y la implementación de la ideología neoliberal. La ideología neoliberal es una filosofía política y económica cuya idea fundamental es minimizar los costos públicos y privatizar tantos servicios de asistencia social como sea posible. Se esfuerza por enfatizar la libertad individual, especialmente al actuar y expresarse libremente. En el contexto de la atención médica, desde los años 80 hasta ahora, los modelos del gobierno neoliberal se han movido para reducir los servicios médicos. Elimina o reduce los reembolsos de financiamiento público / pacientes para fisioterapia, quiropráctica, terapia ocupacional y otras terapias. Recorta los programas farmacéuticos financiados por el gobierno, cierra los hospitales públicos y las instalaciones de cuidados a largo plazo, recorta los servicios en algunas instalaciones y cama en otras. También se eliminan los beneficios proporcionados a las personas discapacitadas y ancianas en muchos países.

En América Latina, comenzó con las ineficiencias e inequidades de sus sistemas de salud que se acentuaron con la crisis económica de los años ochenta. El Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM) presionaron por reformas neoliberales (reducción de la inversión pública relacionada con la salud, la educación y el bienestar) como condición para obtener más dinero para cubrir su deuda pública y aprovechar la crisis. Siendo el principal prestamista de salud internacional, el BM tiene un papel primordial en la política de salud internacional. Al ser el principal prestamista internacional de salud, el Banco Mundial tiene un papel primordial que desempeñar en la política sanitaria internacional. Proporcionan orientación técnica, préstamos y directivas para implementar reformas. Otras agencias internacionales siguieron al BM brindando apoyo logístico y financiero adicional a las reformas de salud. Estas agencias son ejemplos de cómo estas políticas del neoliberalismo han superado el simple crecimiento económico. *Han penetrado en nuestro conjunto social de valores y acciones. Estas políticas incitan a los consumidores o proveedores de atención médica a convertirse en defensores de su continuación.*

La reestructuración neoliberal de la asistencia sanitaria en los países desarrollados no es un desarrollo aislado y debe entenderse como una parte integral de los procesos que se desarrollan a escala global. En todos los niveles de los países capitalistas avanzados, están bajo el estandarte de la Nueva Gestión Pública, se están llevando a cabo cambios de base amplia en la financiación, administración y gestión de la prestación de servicios públicos. El punto central de esta reorganización es un cambio del estado de bienestar a un nuevo tipo de administración pública cuyo objetivo principal es “el fomento de una economía globalmente competitiva". Esto es promocionado por la OCDE como absolutamente necesario por los proponentes de la Nueva Gestión Pública debido a las limitaciones económicas fundamentales en el gobierno de hoy, como una respuesta positiva a las realidades políticas y económicas., Homenedes y Collaborates afirmaron, "Hoy hay más administradores, mayores gastos en medicamentos y más deuda externa como resultado de los préstamos del Banco Mundial y del BID ".

En pocas palabras, este es el estado global de las reformas neoliberales. Ahora quiero centrarme en la situación en Colombia, mi país, ya que siguió de cerca el informe del Banco Mundial de 1993 y también México, que siguió todos los requisitos del Banco Mundial sobre descentralización, y específicamente los efectos sobre la fisioterapia.

Las desregulaciones en Colombia y otros países en desarrollo que siguieron a las reformas neoliberales afectaron las relaciones y los beneficios generales en el lugar de trabajo, aumentando el trabajo casual y desestabilizando la fuerza de trabajo profesional a tiempo completo. Las reformas empeoraron la situación, no solo al imponer nuevas presiones sobre el personal de salud y aumentar los gastos de salud, sino que tampoco mejoraron la equidad ni la eficiencia, y definitivamente no han demostrado un impacto positivo en la calidad.

Homenedes y colaboradores descubrieron que después de 10 años de privatización en Colombia y 20 años de descentralización en México, la salud pública se había deteriorado. Las personas ya no tienen derecho a recibir seguro de salud o cobertura de parte de sus empleadores o del gobierno. Simplemente no podían pagar los servicios médicos, lo que a su vez disminuía su estado de salud. Estas situaciones aumentaron irónicamente el gasto en salud pública en Colombia de 1993 a 2008, a pesar de que las políticas neoliberales se crearon para disminuirlo. En México, la descentralización ha tenido un costo muy elevado y ha aumentado la inequidad sin alcanzar los objetivos propuestos. Ambos países ejemplifican dos de las muchas paradojas del sistema neoliberal.

Pueden ver en esta diapositiva cómo se relacionan de manera diferente algunos hechos de la descentralización que se presentan en un artículo reciente en la revista Lancet, 2015. Debido a mi experiencia personal, puedo afirmar con confianza que la descentralización no fue la elección del pueblo, al menos en Colombia y México, fue una decisión política vertical adoptada luego del informe del Banco Mundial de 1993. La desaceleración económica de ambos países redujó los recursos financieros y humanos para el sistema público. Como resultado, los servicios se deterioraron y algunos sintieron que se necesitaban cambios estructurales importantes, incluido un aumento en el papel de los seguros privados, los proveedores privados y la descentralización.

Muchos de ustedes se preguntarán por qué el BM y otras instituciones siguen presionando por una reforma neoliberal después de casi 20 años de pruebas en contra de ella. Homenedes y colaboradores sugieren que identificar a los beneficiarios de la reforma, ayuda a aclarar el motivo de la perseverancia del banco. Los principales beneficiarios son las compañías de seguros privadas, el Tesoro de los Estados Unidos, las firmas consultoras, las universidades y el personal del Banco Mundial.

Si utilizamos un principio clave del trabajo crítico, podríamos preguntar qué suposiciones tienen estas personas y cómo se integran en las estructuras y procesos organizacionales del FMI y el BM que perpetúan las reformas neoliberales ante el fracaso. *Como mencioné antes, el neoliberalismo superó su función como un mero proyecto económico para impregnar nuestros valores y acciones sociales, y por lo tanto los de las organizaciones relacionadas de alguna manera con su implementación***.** Esta ideología ha adoptado una adhesión tenaz a la creencia en las fuerzas del mercado y los "efectos indirectos" del capitalismo que están profundamente arraigados en cómo el BM aborda cualquier problema. "*El neoliberalismo implica tanto suposiciones positivas (es decir, el mercado es más eficiente que otras instituciones) como suposiciones normativas (es decir, el mercado debería reemplazar a otras instituciones porque es más eficiente y liberador)". Entonces, la ideología del neoliberalismo transformó fácilmente las identidades y subjetividades de los individuos, transformando los valores sociales y morales que apuntalaron los paisajes políticos, económicos y sociales. Por ejemplo, en el caso de las compañías de seguros privadas en Colombia, han creado instituciones e intermediarios que priorizan el beneficio económico en lugar de brindar atención adecuada y situada a las personas que lo necesitan. Una organización neoliberal con valores neoliberales no adoptará fácilmente un enfoque diferente, independientemente de la evidencia. Sin embargo, las sociedades enfrentan tantos desafíos, desde el punto de vista ambiental, económico y político, que continuar dependiendo de ideas económicas no efectivas para resolverlas es "enterrar la cabeza en la arena".*

Algunas personas han reconocido la necesidad de resistir tales cambios y se han realizado varias acciones exitosas en Latinoamérica y en otros lugares, todas con resultados mixtos. Esta tabla resume las experiencias documentadas que abordan las reformas neoliberales en América Latina.

Todas las herramientas o ideas exitosas para abordar la reforma neoliberal en América Latina tienen en común**;** *sindicatos fuertes; una evaluación adecuada por parte de las instituciones gubernamentales de las iniciativas privadas; institucionalización de un sistema de atención de salud único, público y gratuito; alentar una amplia participación al tiempo que incorpora tradiciones tanto occidentales como indígenas y debate sobre salud y bienestar en relación con la sociedad que está interconectado con procesos socioculturales, ambientales y económicos políticos (es decir, igualdad de género, modelos económicos plurales entre otros determinantes de la salud).*

Finalmente, me gustaría concluir sugiriendo que considerar el contexto político es esencial para practicar una buena fisioterapia. Los programas de fisioterapia en todo el mundo pueden implementar cambios en sus planes de estudio, incluidas las perspectivas de las ciencias sociales y políticas. Los fisioterapeutas deben ser entrenados con las habilidades necesarias para identificar, evaluar y comprender (y apoyar o resistir) las diferentes alternativas políticas propuestas por los gobiernos como soluciones a los problemas socioeconómicos que los afectan a ellos y a sus sociedades. Además, debemos fortalecer nuestra asociación local con nuestra participación activa como individuos para un objetivo mutuo. Es imperativo que nosotros, y nuestros cuerpos profesionales, aboguemos por una atención médica excelente para todos.

**La (micro) política de la fisioterapia: Un ejemplo de estigma - Jenny Setchell**

Las dos últimas conversaciones se han centrado en algunos factores estructurales amplios (colonialismo y neoliberalismo) y cómo afectan a la fisioterapia. Paso de este nivel más macro de discusión crítica para enfocarme más en la práctica clínica: lo que podríamos llamar la "micro-política" de la práctica de la fisioterapia. Quiero demostrar cómo la interacción clínica es también política. Pensar en conceptos sociopolíticos como mi ejemplo de estigma puede ayudarnos a asistir factores que están fuera de los marcos biomédicos habituales o incluso biopsicosociales de la fisiología.

Pensar fuera de estos marcos es algo que siempre he hecho (estoy seguro de que no estoy sola en esto aquí ☺). Para mí, el fisioterapeuta no es sólo el grado de movimiento de las articulaciones, sino también factores como el estado socioeconómico del paciente y de la fisio, su género, su preferencia sexual, qué tipo de marginación y / o privilegio o discriminación han experimentado. Y lo más importante, cómo estas cosas afectan, o se refuerzan, o se crean dentro de la fisioterapia. Estas consideraciones siempre han sido una parte importante de ser un profesional de la salud para mí pero no fue hasta que descubrí la teoría crítica que encontré marcos para ayudar a organizar y empujar mi pensamiento de esas cosas. Fue durante el doctorado cuando conocí (en persona o por medio de la lectura) personas que me iniciaron en este aspecto de mi viaje crítico.

Esta charla es una versión en miniatura de mi tesis de doctorado, basada en gran parte en un editorial invitado que publiqué en PTC. Les agradezco su permiso para compartir este trabajo con ustedes hoy.

Se han realizado investigaciones aisladas que han puesto de manifiesto la estigmatización de la discapacidad, el dolor persistente, la enfermedad mental y la obesidad y los fisioterapeutas. Sin embargo, no ha habido casi ninguna discusión más amplia sobre qué condiciones hacen que el estigma sea posible, o saliente, en el contexto de la fisioterapia. El estigma se define a menudo como ocurre cuando los individuos poseen (o se cree que poseen) algún atributo o característica que transmite una identidad social que se devalúa en un contexto social particular. Sin embargo, voy a argumentar con lecturas post-estructuralista de estigma, que es importante para ampliar esta definición. El post-estructuralismo es un grupo de teorías críticas que pueden utilizarse para entender el estigma como algo que no sólo se ha creado (socialmente) sino también político, histórico y culturalmente. Visto de esta manera, lo que es estigmatizado, o "alterado" (convertido en algo que es "diferente de lo normal"), en un contexto puede no ser en el siguiente. Y Mershen ciertamente sacó a la luz cómo el contexto del colonialismo puede hacer esto. El post-estructuralismo nos muestra que el contexto es importante. *Y yo discuto la fisioterapia como uno de esos contextos*. Utilizando el ejemplo del estigma de la obesidad, exploro algunos de los matices de la fisioterapia que pueden ser útiles para entender el estigma (y puede ayudar a reducir el estigma). *Mi presentación también contribuye al trabajo que plantea preocupaciones más amplias sobre la falta de recursos intelectuales adecuados para la reflexividad crítica en la profesión*.

Hace unos años, fui a una sesión de desarrollo profesional para aprender técnicas para tratar la articulación sacroilíaca. Como era de esperar, las técnicas implicaban palpación y examen visual de las zonas lumbares y pélvicas. Después, uno de los otros fisioterapeutas mencionó que algunas de las técnicas serían muy difíciles de conducir en alguien que tenía sobrepeso. Otro dijo que en realidad no le gustaba tocar a las personas que tenían sobrepeso; lo encontró "asqueroso". Comentarios como estos me llevaron a considerar qué efectos podrían tener estas formas de pensar en los encuentros de fisioterapia y desarrollar posteriormente un interés continuo en la intersección entre la fisioterapia y el estigma.

Las técnicas sacroilíacas que aprendimos ese día ya las he usado frecuentemente, y con bastante comodidad, en personas de todos los tamaños. ¿Habría sido diferente si pensaba que las técnicas serían difíciles para las personas a las que consideraba tener sobrepeso? Tal vez esta dificultad percibida podría haber cambiado mi competencia en el uso de estas técnicas, o no podría haber utilizado en personas más grandes. ¿Y qué de la repugnancia o aversión hacia la carne más gorda que mencionó un colega? ¿*Pueden sentimientos como éstos afectar las interacciones clínicas?*

Y cuando pensamos en gran parte de lo que hacemos - cómo podría sentirse, si estuviera usted consciente de su cuerpo en absoluto, entrar bajo la mirada del fisioterapeuta. Tener un extraño agachandose y mirando a su medio vestido por detrás no es algo que normalmente se hace en la mayoría de las culturas que sugiero.

Como todos hemos escuchado y notado en esta conferencia - la fisioterapia es una profesión maravillosa, exitosa y vibrante - y los fisioterapeutas se convierten en una parte significativa de la vida de muchas personas. Dada esta importancia a la vida de las personas - lo que sentimos y decimos acerca de las cuestiones de la gente - y para mí es preocupante que haya habido poca discusión sobre el estigma en la fisioterapia. Lo que existe en la literatura se centra en atributos estigmatizados en lugar de consideraciones más amplias sobre el estigma. La gran mayoría de este pequeño número de estudios (menos de 20) considera si los físicos estigmatizan atributos particulares o no. De estos estudios, resulta que lo estigmatizamos. Por ejemplo, una serie de estudios e investigaciones teóricas (incluyendo algunos de los míos) muestran que los fisioterapeutas estigmatizan inadvertidamente características particulares, como aspectos de discapacidad, enfermedad mental, dolor persistente y obesidad.

Basta con echar un vistazo a ese SIJ en servicio que acabo de mencionar -podrías recordar- dije que los otros fisios dijeron dos cosas sobre los pacientes con sobrepeso

1) que tratar a alguien que tenía sobrepeso era repugnante - es fácil ver cómo esto es estigmatizar cierto? - este es un estigma manifiesto.

2) Pero el otro comentario fue que una persona con sobrepeso sería "difícil" de tratar. Este es el estigma más sutil - cierto, la persona podría ser más difícil de tratar - pero lo que revela el estigma es la forma en que se dice acerca de ciertas características - y el tono de la culpa, o incluso de nuevo el disgusto. Una persona embarazada puede ser similarmente difícil de tratar pero no hablamos de esto de la misma manera. Una persona muy musculosa también puede ser difícil de tratar, pero no hablamos de ella de la misma manera. Esto es un estigma implícito.

Otro factor notable de algunas de las investigaciones sobre el estigma y el fisioterapeuta es que varios de los autores también señalaron que los fisioterapeutas carecen de una comprensión del estigma que las personas podrían experimentar, por lo que, inadvertidamente, a veces crean consecuencias negativas para quienes tratamos. Como un fisioterapeuta en uno de mis estudios dijo: "No he pensado en cómo [los pacientes con sobrepeso] se sentiría, viniendo a verme. Los resultados de estos estudios y la falta de literatura en general sugieren que puede haber beneficios para fomentar una mayor atención a temas como el estigma para la profesión y, lo que es más importante, es probable que haya beneficios para quienes servimos.

¿Cómo pueden los fisioterapeutas desarrollar una mayor comprensión del estigma?

Los enfoques poststructuralistas nos ayudan a pensar sobre el estigma de manera diferente. Un comienzo útil podría ser ver lo que es el estigma - y lo hace. Definir el estigma es más complejo de lo que podría parecer. La definición que mencioné anteriormente -y vale la pena repetir- fue desarrollada por Crocker y colegas y es ampliamente utilizada en la definición: "Los individuos estigmatizados poseen (o se cree que poseen) algún atributo o característica que transmite una identidad social que se devalúa en un determinado contexto social ". Su definición esboza algunos de los principales componentes del estigma: está vinculado a una característica, implica juicio negativo, es social más que individual, no reside dentro de una persona o el atributo, sino que se crea en la interacción con otros. Y, lo que quizás sea más importante, el estigma no es un fenómeno estático; se produce en algunos contextos, pero no en otros. Es decir, no es una cosa estable esencial en el mundo.

Sobre la base de esta definición, otros (en particular los de perspectivas críticas -incluyendo el marco post-estructuralista que estoy usando) abogan por un mayor énfasis en la creación política y cultural del estigma. Argumentan, por ejemplo, que ciertas características se estigmatizan en determinados momentos como producto de las formas predominantes de pensar en una sociedad; el estigma proviene de lo que se considera "normal" en la sociedad en un momento particular - y que mucho enredan con los sistemas de poder (o como Foucault lo tendría "regímenes de verdad*"). En la actualidad, el neoliberalismo que Viviana discutió y que es una ideología política mundial predominante, tiene efectos dramáticos en lo que creemos que es verdad: una persona buena es económicamente viable, que no "carga" el sistema de salud, que asume la responsabilidad para su propia salud - y se puede ver que se "disciplinan" a sí mismos para hacer esto.*

También hay pensadores críticos que pedirían un mayor énfasis en los elementos corporales, materiales y afectivos del estigma. Enfocarse en estos elementos demuestra que el estigma es más que simplemente un concepto o actitud. En su lugar, parte del estigma es el efecto sobre el cuerpo y la mente de una persona (p. Ej., niveles más altos de depresión y niveles de cortisol en aquellos que son estigmatizados o los sentimientos de repugnancia experimentados por quienes estigmatizan). Este tipo de pensamiento también revela que el estigma se enreda en los objetos en diversos ambientes. La silla de la sala de espera que es demasiado pequeña. También pone de relieve que el estigma está involucrado en lo que una persona puede hacer y cómo puede vivir (por ejemplo, oportunidades de empleo reducidas, posición social, oportunidades de citas, etc.). ). En el cuidado de la salud específicamente (y esta lista no es exhaustiva - me refiero a lo que se ha reportado en la literatura), el estigma es evidente en la toma de decisiones, las interacciones interpersonales, los juicios de cuidado, las percepciones personales, la calidad de la práctica profesional, la evitación de los que se sienten estigmatizados y la falta de confianza en los proveedores de atención médica.

En resumen, una característica o persona no posee inherentemente "estigma"; más bien, qué o quién es estigmatizado (y cómo) es producido por las circunstancias sociales, culturales y políticas prevalecientes, y por los objetos en un ambiente. Como resultado, el reconocimiento del estigma aclara la importancia de ampliar el enfoque de la fisioterapia más allá de las preocupaciones biomecánicas para abarcar factores psicosociales, culturales y políticos. Atender a los aspectos socioculturales de la práctica clínica permite entender que la fisioterapia a menudo implica observar, medir y evaluar el cuerpo de un cliente, una experiencia que es probable que aumente inadvertidamente la exposición y se centre en las características físicas, algunas de las cuales peso y discapacidad - son estigmatizados.

Este enfoque es particularmente destacado en un contexto de estigma debido a que la fisioterapia a menudo se esfuerza por hacer los cuerpos llamados "anormales" más "normales" al mejorar (por ejemplo) la marcha anormal, la amplitud de movimiento y los patrones de respiración. También es relevante que la fisioterapia siga predominantemente un modelo médico, en el cual se supone que los clínicos son observadores objetivos. Esta objetividad asumida significa que los terapeutas pueden no notar su potencial para juicios subjetivos y pueden descuidar identificar dónde perpetúan el estigma o pueden ser percibidos como estigmatizantes.

Además, la fisioterapia ofrece una visión particular de lo que es normal, eche un vistazo a lo que surgió cuando hice una búsqueda de imagen de Google para "fisioterapia" mientras continúo para que pueda considerar lo que podría ser un "régimen de verdad" de fisioterapia. qué / quién podría ser visto como "otro".

Conclusiones y consecuencias

Las consideraciones de estigma contribuyen a las preocupaciones de que la profesión es sub-teorizada y carece de criticidad, y ampliar el trabajo que está comenzando a considerar cómo abordar esta crítica. Pensar en el estigma desafía algunos de los supuestos básicos y prácticas establecidas en la fisioterapia. Por ejemplo, el privilegio de la profesión de prácticas particulares, tales como la práctica basada en la evidencia, que refuerzan las ideas de objetividad, podría ser reconsiderado, adaptado o agregado. Hay pequeños signos de un cambio hacia este enfoque más amplio, con algunas áreas de fisioterapia adoptando selectivamente un enfoque bio-psicosocial. Sin embargo, incluso un enfoque bio-psicosocial es insuficiente para abordar algunos de los factores importantes que he destacado como relevantes para el estigma porque no tiene en cuenta los contextos culturales e históricos.

Hay claros beneficios del tipo de reflexividad profesional necesario para considerar el estigma son numerosos. El más llamativo es que, si se sienten estigmatizados, los pacientes pueden no regresar a la práctica, o tal vez a ese fisioterapeuta y, por lo tanto, se les niega el cuidado. El estigma es complejo; no hay una manera "correcta" de adaptar la práctica de la fisioterapia que funcionará en cada circunstancia. Sin embargo, tener una comprensión de los conceptos sociopolíticos y los "hechos" materiales de temas como el estigma ayudan a proporcionar a los fisioterapeutas recursos intelectuales que les permiten evaluar mejor las situaciones únicas que encuentran. Una mayor conciencia del estigma estimula a los fisioterapeutas a ser adaptables, a estar atentos a las perspectivas de los pacientes que han experimentado el estigma, ser más consciente y diversa en sus opciones de comunicación y medio ambiente. Desarrollar una comprensión crítica matizada de los aspectos interaccionales, psicológicos, sociales, culturales y políticos del estigma pueden ayudar a cultivar prácticas de trabajo más ágiles, centradas en la persona y éticas.

Anteriormente mencioné que algunas personas fueron influyentes en llevarme a la teoría crítica. Bueno, uno de ellos es el siguiente orador. Leí el trabajo de Barbara Gibson antes de conocerla. Ella es una excelente investigadora crítica - aplicando conceptos filosóficos complejos a las prácticas clínicas cotidianas en salud infantil - y sin embargo, capaz de discutir su investigación de manera accesible

**La investigación crítica: un ejemplo de la rehabilitación infantil - Barbara E Gibson**

Introducción

Como último orador mi charla se centrará en la aplicación a la investigación. Lo que voy a hacer es pasar por un ejemplo de un proyecto de investigación que utiliza un enfoque crítico para demostrar cómo este difiere de otros enfoques, y cómo se genera diferentes tipos de conocimiento para informar fisios.

Soy un fisioterapeuta que siempre tuvo un interés en la filosofía y hacer preguntas sobre el status quo. Después de 10 años de práctica clínica, principalmente en salud infantil, seguí el trabajo de posgrado en bioética. A través de esto me introdujo por primera vez a la teoría social y la filosofía continental por mi supervisor de PHD que era una enfermera -socióloga. Esta fue una profunda revelación para mí, porque me proporcionó una forma completamente nueva de comprender las preguntas que me habían estado molestando y que yo había estado luchando por responder con estructuras y modelos muy inadecuados. En el momento se trataba de preguntas sobre cómo los juicios de "calidad de vida" se usaron en una UCI pediátrica para decidir a quién se les debería ofrecer tratamientos que salvan vidas.

Mi investigación de los últimos 15 años se ha centrado en hacer una pregunta sencilla dentro del contexto de la rehabilitación*: ¿qué estamos haciendo cuando estamos haciendo lo que estamos haciendo?* En otras palabras, *preguntar por qué ciertas prácticas y maneras de pensar se han vuelto tan omnipresentes que las aceptamos sin cuestionamiento*. O siente que no podemos cuestionarlos. Preguntas como: ¿Por qué la independencia es un objetivo asumido? ¿Por qué se funde la función con la CDV? ¿Por qué es volver a la meta normal de rehabilitación? ¿Por qué se considera que caminar es preferible a rodar? Mi trabajo intenta abordar estas preguntas a través de la investigación que involucra a los receptores de fisios y teoriza rigurosamente los análisis.

A medida que nuestra profesión continúa madurando y expandiéndose, estamos aumentando la extensión de nuestro alcance a nuevas formas de conocimiento y creación de conocimiento. Surgen nuevas preguntas a medida que nos expandimos de las intervenciones centradas en el deterioro *a la complejidad de la habilitación de los roles y la participación social.* Estas emocionantes nuevas direcciones ofrecen oportunidades sin precedentes y desafíos que requieren enfoques de investigación innovadores.

El potencial de la investigación crítica es inherente a su capacidad de iluminar las fuerzas sociales, políticas y culturales no vistas y / o no examinadas que afectan la salud, la función y la participación. Es mi / nuestra afirmación de que necesitamos estudios que sean más críticos, más teóricamente sofisticados y más políticamente relevantes. Para que la fisioterapia prospere, requiere una base de conocimiento más diversa que refleje múltiples formas de entender y de investigar el mundo que nos rodea.

Ejemplo

Pero, ¿qué es "investigación crítica"? Para ayudar a responder a esta pregunta presentaré un estudio crítico que se basa en mi campo de la rehabilitación de los niños. El estudio investigó lo que nuestro equipo llamó *'configuración de la actividad'* y formuló la siguiente pregunta:

*¿De qué manera diferentes ajustes hacen posible, práctico y / o agradable hacer diferentes actividades?*

Los ajustes de la actividad son lugares donde la gente hace cosas. Los tipos de "hechos" que nos interesaban eran las actividades de ocio en casa o en la comunidad. Queríamos entender cómo los ajustes configuraron las actividades y las opciones de actividad de los jóvenes con discapacidades complejas.

Participantes

Participaron 19 jóvenes de entre 14 y 23 años de edad que tuvieron complejos impedimentos múltiples y se apoyaron en múltiples formas de asistencia humana y técnica, como sillas de ruedas, ventiladores o sistemas de comunicación aumentativa y alternativa (AAC).

-a menudo estos jóvenes no participan en la investigación porque son excluidos.

Métodos

Utilizamos una variedad de métodos cualitativos que nos ayudan a entender la relación entre las actividades, los entornos y los jóvenes:

1) Acompañar a los participantes mientras participaban en actividades de ocio que seleccionaron para el estudio. Nuestros asistentes de investigación observaron las actividades y discutieron la experiencia con los participantes en el sitio

2) Tomar fotos y videos. Ambos participantes y RA tomaron fotos y videos de las actividades.

3) Entrevistas donde utilizamos las imágenes y videos como punto de partida para discutir experiencias

4) Entrevistas / preguntas electrónicas. Enviamos preguntas antes y después de las entrevistas para ayudar en las discusiones.

El estudio enmarcando, es decir, cómo es un estudio crítico

Ya has escuchado de Dave y los otros oradores el espectro de lo que entendemos por fisioterapia "crítica". Van desde el enfoque político más abiertamente "Big P" de Mershen y Viviana, hasta la micro-política del encuentro clínico que describió Jenny. Todos estos enfoques tienen en común un interés en cómo arraigados, tomados por, supuestas "verdades" dadas por hecho como el neoliberalismo o la influencia de "problemas de peso" e incluso conductas humanas directas. Mi ejemplo de investigación tiende hacia el lado de la micro política cuestionando lo que los profesionales dan por sentado lo que los niños discapacitados deben y no deben hacer con su tiempo libre.

En el estudio hubo dos elementos de nuestro enfoque crítico que vale la pena destacar:

1. Nuestros análisis fueron guiados por una "lente post-crítica" explícita que se basa en las teorías posmodernas para entender los entornos como más que contenedores estáticos, sino más bien dinámicos "espaciamientos" que se transforman de una situación a otra. No se preocupe por estas teorías aparte de tener en cuenta que esta es una distinción importante de otras investigaciones de salud, que se enfoca evaluando la "accesibilidad" de las características ambientales estáticas como se aplican a cualquier persona. En cambio, los espaciamientos reconocen cómo las configuraciones son activas y contingentes: configuran la actividad y también están configuradas por actividades. Los ajustes son más que sus características físicas, pero incluyen relaciones sociales y expectativas de actividad / comportamientos.

Por ejemplo: este espacio en el que estamos ahora se utiliza para una variedad de propósitos, pero la razón de nuestra reunión, la agenda y las personas implicadas configuran cómo cada uno de nosotros se comporta, quién habla cuando, etc. . También usamos espacios en formas particulares que modifican sus significados. El espacio se transformará (espaciado) mañana y la próxima semana según un nuevo conjunto de relaciones.

En el estudio, la relación entre cuerpos, espaciamientos y tecnologías materiales fue vista como particular, y siempre en flujo, cambiando en el "hacer" cotidiano de la actividad. Las actividades se desarrollan así a través de diversos conjuntos de relaciones entre personas, objetos, lugares y significados compartidos que orientan las acciones.

Otra manera de decir esto es que las actividades se habilitan a través de una combinación temporal o un conjunto de elementos. Para este estudio se investigó cómo estas asociaciones eran habilitantes y / o incapacitantes y cómo.

2) Análisis de Rhizo: A partir de lo que se ha denominado análisis post-cualitativo o análisis de rhizo, abordamos la investigación como una co-creación en la que la información del estudio fue moldeada no sólo por las perspectivas e interacciones entre los participantes e investigadores, con el contexto político, material y cultural en el que se inserta el estudio. El análisis se entendió así como una mezcla de los actos interpretativos de todos los involucrados, cada uno de los cuales se basó en sus historias particulares, ubicaciones sociales y sus interpretaciones de los propósitos de investigación para dar sentido a sus experiencias.

La co-creación fue evidente, por ejemplo, en cómo los participantes se presentaron en la charla y las imágenes; las opciones de los RA en el momento de qué preguntar, dónde buscar y qué grabar / fotografiar; y los diversos esfuerzos de nuestro equipo de investigación en el análisis de los datos. El análisis era, pues, un proceso continuo y enredado que reunía elementos superpuestos para dar sentido a una compleja red de relaciones. Así, mientras el equipo de investigación se dedicaba a las técnicas analíticas, éstas eran sólo parte (aunque una parte vital) de los conjuntos de conocimientos que producían actos que constituían la narrativa resultante.

Actividad / Configuración de ensamblajes ("resultados")

Dos ejemplos ayudan a demostrar nuestro análisis de cómo los ensamblajes de cuerpos, significados sociales, tecnologías y espaciamientos funcionaron para lograr prácticas que podrían ser tanto activas como restrictivas. Verá que la presentación de los resultados va más allá de la descripción. Esta es una diferencia muy grande de la mayoría de la investigación cualitativa que verá en PT y rehabilitación.

Hemos interrogado críticamente los presuntos beneficios de la actividad que subyacen a las prácticas de rehabilitación convencionales hacia un análisis más matizado de sus múltiples efectos. Esto nos obligaba a cuestionar continuamente nuestras propias suposiciones.

Ejemplo Uno - Jessica. Configuraciones cambiantes

El primer ejemplo proviene de "Jessica", una joven de 18 años con complejos impedimentos físicos. Sus actividades fueron descritas por ella y su madre en términos de las conexiones humanas que permitieron cada una, por ejemplo, algunas actividades eran una "cosa papá" o una "actividad de la abuela". Los movimientos entre estas diferentes agrupaciones lograron actividades particulares de "Jessica".

Por ejemplo (en la diapositiva no leída):

Abuela-Jessica-comedor-computadora = jugar a las cartas

Mamá-Jessica-el dormitorio de los padres-escritorio-computadora-pizarra blanca = tarea

Dad-Jessica -basement-TV / console-others = videojuegos

Papá-Jessica -Mom-cabaña-cometa / barco / jet ski = diversión de verano

Una de las actividades elegidas por Jessica para el estudio fue jugar un videojuego con su familia en el sótano de su casa. En el juego, papá y Jessica se asocian juntos contra un oponente.

Jessica explicó que esto no era una asociación de iguales. Ella se describió como "el jugador" y papá como el operador del controlador del juego. Su descripción de la actividad demuestra cómo el juego se negoció en un dar y recibir entre ellos.

*Jessica: Mi papá y yo tomamos decisiones, a veces lo elegí ya veces lo hacía. Pero ambos tuvimos que estar de acuerdo . Es muy importante que mi pareja me escuche, o no estoy realmente jugando*.

"Realmente jugando" para Jessica no significaba que ella controlaba físicamente la consola del juego, sino que estaba activamente comprometida.

Este ensamblaje de controlador de juego de papá-Jessica requería múltiples tipos de trabajo:

Actos de traducción cognitiva y física, manipulación y cooperación que fueron negociados sobre el terreno como parte de la configuración más amplia de juego de personas y cosas en un entorno especialmente organizado.

Esta fue una experiencia positiva, pero también demuestra el arduo trabajo necesario de los diversos actores para "jugar realmente" utilizando las herramientas a mano.

Otras actividades requerían diferentes tipos de trabajo, diferentes elementos y personas diferentes. Algunos de estos fueron considerados 'vale la pena el esfuerzo', mientras que otros no. Las actividades fuera del hogar, casi siempre fueron descritas como más desafiantes, limitando lo que era posible o práctico. El espacio del hogar incluyendo los movimientos de sus ocupantes fue organizado dinámicamente coreografiado para permitir el hacer de la familia.

Ejemplo Dos Akash: Libertad, Seguridad, Riesgo

Akash tenía 20 años y tenía distrofia muscular. Habló de cómo su silla de ruedas le permitió llevar a cabo actividades, y simultáneamente restringió su libertad. Lamentó el número de precauciones de seguridad a las que estaba sometido. Él compartió que una de sus actividades favoritas fue visitar un parque local por su cuenta:

Akash: Me gusta la libertad de apagar mi teléfono y sentarme allí ... Puedo olvidar todo y todo el mundo que me está molestando. También me encanta estar libre de reglas.

Mientras que el conjunto del parque de sillas de ruedas Akash permitía la libertad de los demás, la silla de ruedas también estaba implicada en regímenes restrictivos de seguridad que limitaban la libertad de otras maneras.

Akash habló de disfrutar de un paseo en el remolque de un ATV, pero se quejó de que su papá "lo hizo" usar una correa de seguridad:

Akash: Toda mi vida, he estado usando esta cosa. [levanta el cinturón] No sé, no soy ese tipo de persona. Soy el tipo de persona que asume riesgos. No quiero vivir mi vida como una persona aburrida - ver a todo el mundo hacer cosas impresionantes y yo no hacer nada, eso es estúpido.

... Pero (el paseo de ATV) me sentí tan bien, aunque yo estaba sentado en la silla de ruedas con un cinturón de seguridad. Me sentí como si me dejaran ir libre.

La silla de ruedas no sólo proporciona acceso físico a la actividad / entorno, sino que está implicada en la calidad de ese acceso y qué formas de identidad y autoexpresión estaban a su disposición. Dicho de otra manera, aunque la silla de ruedas permitió movilidad y libertad, limitó otras formas de hacer y ser.

Estas limitaciones no eran inherentes a la silla de ruedas, sino que surgieron a través de las conexiones con la forma en que la discapacidad se construye como deficiente y en riesgo. El discurso de cuerpo-silla de ruedas-riesgo de cinturón de seguridad se reúne para realizar la acción de maneras que tanto permitieron como restringieron la habilidad de Akash de hacer "cosas impresionantes".

Alcanzar la Libertad era, pues, un trabajo duro, precioso y nunca dado por sentado.

Diapositiva: ¿Y qué?

Los enfoques críticos proporcionan una metodología para "hacer lo extraño familiar" que a su vez sugiere nuevas posibilidades para una práctica de fisioterapia. A través de la movilización de los conceptos teóricos de los ensamblajes y espaciamientos, identificamos algunas maneras tangibles de dejar de lado los supuestos anteriores para servir mejor a los niños discapacitados:

Primero: La investigación cuestionó activamente las suposiciones sobre qué actividades se consideran beneficiosas para los niños y por qué. Estos supuestos pueden conducir a los padres, a los profesionales y a los investigadores a orientar sus esfuerzos hacia actividades que se consideran terapéuticas, por ejemplo, orientadas a la aptitud física, abordando los impedimentos o logrando independencia.

El ejemplo de Akash revela cómo las suposiciones sobre la discapacidad pueden aumentar la concienciación sobre la seguridad y los esfuerzos para minimizar los riesgos, o llevar a la concepción de la inclusión de manera limitada, como simplemente estar en un espacio particular. Los deseos y preferencias de los jóvenes discapacitados que se articularon en el estudio - experimentar la libertad, la velocidad, el riesgo, la soledad y otras formas de placer - no siempre se consideran en las metas institucionales y programáticas y las prioridades donde, en el desarrollo de habilidades o la mejora de la función.

Segundo: Esta investigación demuestra oportunidades creativas para reconceptualizar la discapacidad en términos de las posibilidades inherentes en la creación y ruptura de múltiples apegos. En lugar de eliminar o reducir las dependencias, el proyecto se convierte en uno de analizar qué espaciamientos y ensamblajes producen qué efectos, y la clasificación a través de cómo maximizar la bondad de ajuste. Hacerlo requiere que los fisios trabajen con los jóvenes y sus familias, explorando juntos lo que realmente funciona a través de los múltiples espacios en los que viven.