

REVISTA ACADÉMICA
seys

*Salud, Educación
y Sociedad*



Semestral / Vol. 5 / Núm. 1 / Marzo 2026

1

ISSN: 2796-986X

*Título: Sobriedad otoñal
Autor: Guillermo Hodgers*

La autonomía individual resignificada: prácticas rehabilitadoras en el contexto del capitalismo actual

Individual autonomy redefined: rehabilitative practices in the context of contemporary capitalism

Autores/as

Gustavo Silva - gustavosilvaabaras@gmail.com -

Doctor en Ciencias Sociales. Profesor titular de Sociología, Universidad del Gran Rosario, Argentina.
<https://orcid.org/0009-0009-1937-353X>

Andrea Lescano - andreapaolalescano@gmail.com -

Especialista en métodos y técnicas de investigación social. Socióloga. Profesora adjunta, Universidad del Gran Rosario, Argentina.
<https://orcid.org/0009-0007-9761-8083>

Ivana Morelli - ivimorelli@gmail.com -

Socióloga. Jefa de Trabajos Prácticos, Universidad del Gran Rosario, Argentina.
<https://orcid.org/0009-0006-4007-476X>

Sebastián Ramos - sramos@ugr.edu.ar -

Especialista en Kinesiología y Fisioterapia Neurológica. Profesor titular de Técnicas Kinésicas II, Universidad del Gran Rosario, Argentina.
<https://orcid.org/0009-0008-6784-7771>

RECIBIDO 20/10/2025

ACEPTADO 11/02/2026

DOI [HTTPS://DOI.ORG/10.64478/0SJV5Y41](https://doi.org/10.64478/0SJV5Y41)

Resumen

Este artículo examina las relaciones entre saberes expertos, prácticas rehabilitadoras y la noción de autonomía, tomando como caso de estudio el Concepto Bobath (CB) aplicado en neurorrehabilitación kinésica en las ciudades de Rosario y Santa Fe, Argentina (2018-2023). A partir de un enfoque sociológico cualitativo, se indaga qué formas de autonomía promueven los tratamientos, qué rasgos de subjetividad reproducen y en qué tipos de instituciones emergen. La hipótesis central sostiene que, aunque los tratamientos favorecen la recuperación funcional y proveen márgenes de autonomía, lo hacen modelizados por una lógica del rendimiento que reproduce prácticas de autovigilancia y refuerza demandas de desempeño de usuarios –pacientes– y profesionales.

Los hallazgos señalan que el CB se reconfigura para atender no solo la funcionalidad motriz sino dimensiones afectivas y desiderativas, al incorporar la noción de acondicionamiento y ampliando su aplicación más allá de sujetos lesionados. Esto flexibiliza instituciones y amplía públicos, pero tensiona la frontera entre autonomía emancipadora y dependencia disciplinaria. El artículo concluye que el CB opera como un dispositivo donde técnica, subjetividad e instituciones convergen, reproduciendo

ambivalencias de la sociedad del rendimiento y ofreciendo pistas para repensar prácticas rehabilitadoras en clave crítica. De esta manera, en este artículo se presentan elementos empíricos y teóricos para replantear la relación entre rehabilitación, autonomía y formas.

Palabras clave

- Rehabilitación;
- Concepto Bobath;
- Autonomía individual;
- Capitalismo actual;
- Subjetividad del rendimiento

Summary

This article examines the relationships between expert knowledge, rehabilitation practices, and the notion of autonomy, using the Bobath Concept (BC) as a case study, applied to kinesiology neurorehabilitation in the cities of Rosario and Santa Fe, Argentina (2018-2023). Using a qualitative sociological approach, it investigates what forms of autonomy treatments promote, what traits of subjectivity they reproduce, and in what types of institutions they emerge. The central hypothesis holds that, although treatments promote functional recovery and provide margins of autonomy, they do so shaped by a logic of performance that reproduces self-monitoring practices and reinforces performance demands on

users—patients—and professionals.

The findings indicate that the BC is being reconfigured to address not only motor functionality but also affective and desiderative dimensions, incorporating the notion of conditioning and expanding its application beyond injured subjects. This makes institutions more flexible and broadens audiences, but strains the boundaries between emancipatory autonomy and disciplinary dependence. The article concludes that the CB operates as a device where technology, subjectivity, and institutions converge, reproducing the ambivalences of the performance society and offering insights for critically rethinking rehabilitation practices. Thus, this article presents empirical and theoretical elements to reconsider the relationship between rehabilitation, autonomy, and forms of rehabilitation.

Keywords

- Rehabilitation;
- Bobath Concept;
- Individual Autonomy;
- Contemporary Capitalism;
- Subjectivity of Performance

Introducción

Las sociedades contemporáneas atraviesan transformaciones que reconfiguran estructuras sociales, económicas y culturales. Estos cambios afectan

tanto al trabajo y las relaciones sociales como al campo de la salud, particularmente a la rehabilitación y el movimiento humano. La kinesiología y fisiatría cumplen un rol clave en la (re)producción de la vida cotidiana y en la definición de la autonomía individual. En el capitalismo fordista, la autonomía se vinculaba con la integración motriz y la refuncionalización corporal. En cambio, el capitalismo posfordista demanda nuevas capacidades cognitivas y afectivas, lo que obliga a repensar la noción de autonomía en los tratamientos rehabilitadores.

Este artículo examina críticamente la autonomía individual como objetivo de la rehabilitación, tomando como caso el Concepto Bobath (CB) en neurorrehabilitación en Rosario y Santa Fe (2018-2023). Las preguntas centrales son: ¿qué relaciones existen entre capitalismo actual, prácticas kinésicas y autonomía?, ¿qué subjetividades producen los tratamientos? y ¿qué nuevas instituciones emergen?

La teoría de la estructuración de A. Giddens señala que la participación autónoma en la vida cotidiana por parte de un individuo implica vivir en un contexto de integración social. Integración social que requiere comprender que las conexiones de la vida cotidiana y su estructuración suceden, principalmente, en el aspecto corporal de la acción de los agentes; específicamente, en el desplazamiento espacio-temporal de las rutinas cotidianas con base en sendas diarias. El movimiento corporal, por lo tanto, juega un papel fundamental en la posibilidad de ejercer prácticas autónomas (Giddens, 2015). Sin embargo, la condición de autonomía no se agota en esa dimensión, sino que está presente y puede ampliarse en sociedades modernas –y democráticas– en tanto circulan saberes expertos necesarios para que los individuos reflexionen con mayor entendimiento sus acciones y experiencias (Giddens, 1998). Esta capacidad que tienen los individuos es posible de ser ejercida a través de las distintas dimensiones que componen el accionar de un agente –la conciencia

discursiva, la conciencia práctica y el inconsciente– y que se manifiestan, en parte, a través de distintos registros, tales como la racionalización de la acción, el carácter reflexivo de la acción y la motivación que el agente, respectivamente (Giddens, 2015).¹

A su vez, los saberes expertos, indica Giddens (1995), más allá de otorgar capacidad autónoma a las personas por medio de la reflexividad, no escapan a la lógica de un uso en tanto dispositivos de poder para administrar las prácticas cotidianas. Los saberes expertos son aplicados para elaborar reglas y recursos que operan dispositivos, diseñados por agentes estratégicamente situados en la estructura social, para regular las condiciones generales de una reproducción sistémica.

De esta manera, la relevancia de esta indagación radica en que, aunque las condiciones sociales que dieron origen a la kinesiología en el capitalismo industrial han cambiado, la neurorrehabilitación sigue buscando favorecer la participación de las personas en la sociedad, es decir, integrar socialmente. Sin embargo, lo hace sobre competencias propias de la sociedad del rendimiento, que, si bien producen autonomía, también reproducen mecanismos de supresión de la emancipación (Han, 2012; Fisher, 2019). La hipótesis es que el CB está condicionado por la lógica del rendimiento, al centrarse no solo en lo motriz, sino también en dimensiones sensitivas, emocionales y desiderativas. La autonomía responde, en este trabajo, a la capacidad de producción de entendimiento² sobre una acción por parte de un individuo a partir de saberes

1 Para profundizar lecturas sobre la composición de la acción, a través del modelo estratificado del agente, se recomienda leer *La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la Estructuración* (2015). Este modelo fue adoptado para organizar el diseño metodológico: los instrumentos de recolección de la información y de análisis.

2 Entendimiento: “todo lo que unos actores saben (creen) sobre las circunstancias de su acción y la de otros, y que aplican a la producción y reproducción de esa acción, incluidos un saber tácito, así como uno discursivamente asequible” (Giddens, 2015: 396).

disponibles que proveen los sistemas; saberes que pueden ser ampliados por la capacidad de reflexionar por sí mismos y autodeterminarse que tienen los individuos y, por tanto, expandir los márgenes de autonomía existente en sus diferentes dimensiones. Implican la reorganización de la acción –o incluso su omisión–, en condiciones de dependencia. Es por ello que el tratamiento rehabilitador kinésico, en tanto conocimiento experto, supone, bajo su objetivo integrador, instancias de autonomía del paciente, pero también de significativa dependencia, en torno a las reglas y recursos que emplean para organizarlo por parte del profesional.

El CB se presenta como un concepto –más que una técnica– que interpreta el movimiento de forma contextualizada (Bobath, 1997; Davies, 2002; Paeth Rohlfs, 2007; Raine, Meadows y Lynch-Ellerington, 2009).³ Supone que existe un “movimiento normal”, que es individual y que la rehabilitación debe trabajar con la singularidad para la re inserción social (Paeth Rohlfs, 2007).⁴ Su aporte radica en considerar la vida cotidiana, la postura y la gestualidad, no solo la función sensoriomotriz.

Aunque hay antecedentes sobre rehabilitación y discapacidad en contextos capitalistas (Pantano, 2006; Pérez de Velázquez, 2008; Benedetto y Silva, 2012; Venturiello, 2014a, 2014b; Ferrante, 2014; Pinheiro y Gui-

zardi, 2008; Mladenov, 2015; Méndez Castillo, 2020), no existen estudios que problematicen el CB en relación con los cambios del capitalismo.

La investigación se inscribe en un enfoque cualitativo hermenéutico (Giddens, 2015), con diseño exploratorio y descriptivo. Se utilizaron análisis documental, observación participante y entrevistas semiestructuradas a instructores en CB, kinesiólogos y pacientes con ACV en Rosario y Santa Fe (2018-2023), en el marco de investigaciones acreditadas por la Universidad del Gran Rosario (Silva y Galetto, 2022; Galetto, 2022). La muestra fue intencional y teórica. El análisis, siguiendo a Strauss y Corbin (2002), se basó en codificación abierta y axial para construir categorías emergentes e interpretarlas con el marco teórico.

El artículo presenta a continuación, en primer lugar, una descripción de los capitalismos industrial y posindustrial, con sus nociones de individuo, autonomía y patologías; en segundo lugar, resultados preliminares sobre los tratamientos CB en la neurorrehabilitación; por último, conclusiones críticas sobre autonomía, subjetividad y rendimiento.

Individualidades, capitalismos y patologías actuales

El neoliberalismo ha transformado la estructura social. Al desplazar la centralidad de la fuerza corporal como motor productivo, el movimiento del cuerpo humano ha dejado de tener un significado exclusivamente instrumental para la creación de capital. En este contexto, Han (2012) describe la emergencia del *sujeto del rendimiento* en el capitalismo postindustrial, con una autoexigencia constante y la ausencia de metas predeterminadas por

3 La selección del CB responde a que, según sus creadores y practicantes, no constituye un saber técnico determinado y determinante de una terapia como otros modelos rehabilitadores, tales como Facilitación Neuromuscular Propioceptiva, Terapia Vojta, método Perfetti, entre otros (Bobath, 1997). Lo que se procura es conocer “los fundamentos del concepto Bobath, que permita tratar correctamente las afecciones de personas afectadas sin necesidad de aprender recetas determinadas” (Paeth Rohlfs, 2007: 7).

4 Las premisas mencionadas sitúan la evaluación funcional de la motricidad, el diagnóstico y la elaboración de hipótesis de trabajo en estrecha relación con la dimensión social del movimiento humano. Los objetivos del tratamiento se estructuran en tres factores: i) la impronta del profesional; ii) las singularidades del paciente; y iii) las condiciones del contexto histórico-social donde se busca la integración. Esto exige una evaluación reflexiva y constante de las hipótesis de trabajo por parte del profesional (Bobath, 1997; Paeth Rohlfs, 2007; Graham *et al.*, 2009; Cott, Vaughan-Graham y Brunton, 2011; Michielsen *et al.*, 2017).

recorridos burocráticos, a diferencia de las instituciones de socialización del capitalismo industrial. La permanente búsqueda de desafíos personales, aunque pueda reflejar un acto de autodeterminación, responde simultáneamente a nuevas formas de productividad propias del capitalismo contemporáneo.

La lógica del rendimiento también se extiende a otros ámbitos de la vida cotidiana, evidenciando un rasgo social más generalizado. Bauman (2009) identifica esta tendencia en la práctica creciente de deportes y actividades físicas individuales de ocio fuera de instituciones tradicionales como clubes o federaciones. En estas prácticas no persiguen una meta compartida ni el logro medible, sino la experiencia de sensaciones corporales satisfactorias. Según Bauman (2009), la efímera satisfacción convoca, irremediablemente, a volver a desafiarse, corriendo los límites y aumentando los riesgos con tal de obtener una nueva experiencia “sensacional”.

Esta sociedad del rendimiento genera nuevas patologías. Como señala Han (2012), la depresión y otras enfermedades psíquicas son manifestaciones patológicas de la “falsa libertad” propuesta por la sociedad contemporánea. Patológicamente, el siglo XXI se define por afecciones neuronales como depresión, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno límite de la personalidad o síndrome de desgaste ocupacional. El sujeto de rendimiento se encuentra en guerra consigo mismo, y el depresivo es el inválido de esta guerra (Han, 2012).

La bibliografía sobre capitalismo, individualidades y patologías permite delinear respuestas generales a los interrogantes sobre estas transformaciones. Diversos autores indican que, desde fines del siglo XX, han surgido nuevas formas y sentidos de relación en el mundo laboral, estrechamente vinculadas a la lógica del rendimiento. Estas lógicas organizacionales generan subjetividades tensionadas por la ansiedad y la angustia, debido a la des-

aparición de espacios reglamentados y estables que antes proporcionaban seguridad ontológica para la construcción de rutinas cotidianas (Giddens, 2015), exponiendo a los individuos a un capitalismo flexible, competitivo y reticular (Boltanski y Chiapello, 2002; Sennett, 2006). El individuo hipermoderno se percibe autosuficiente, desestima lo social y cree poseer todas las capacidades para su independencia. Este principio promueve la autogestión y el monitoreo constante (Castel, 2002).

Fisher (2019) describe cómo los cambios laborales desde los años ochenta, reforzados por la comunicación digital, han generado empleos precarios y tareas inconmensurables, obligando a los individuos a desarrollar capacidades como autogestión, gerencialismo y auditoría personal permanente, todas manifestaciones de la lógica del rendimiento. Estas capacidades producen daños psíquicos como depresión, ansiedad y estrés, que Fisher (2019) denomina *privatización del estrés*. Dicho estrés autoimpuesto refleja la conciencia de la inutilidad personal en un mundo donde las referencias institucionales desaparecen.

Estas transformaciones impactan en la rehabilitación de dos formas claves. Primero, el capitalismo actual, con sus subjetividades del rendimiento, pareciera acentuar epidemiológicamente las afecciones sobre las que opera la kinesiólogía neurorrehabilitadora, que ha experimentado un crecimiento significativo.⁵ Segundo, modifica la organización laboral en la OMS (2021).

5 Desde mediados del siglo XX se observa una transición epidemiológica: las enfermedades infectocontagiosas dejaron de ser la principal causa de mortalidad y fueron reemplazadas por las patologías no transmisibles, en especial las enfermedades crónicas, responsables del 73,4% de las muertes anuales a nivel mundial (Roth et al., 2018). Entre ellas se destacan las cardiovasculares y las cerebrovasculares (ACV). El ACV y sus secuelas, abordadas por la neurorrehabilitación kinésica, constituyen la segunda causa de muerte tanto a nivel mundial como en Argentina. Reflejan el impacto epidemiológico de estos cambios en la población joven: la incidencia en adultos de 20 a 64 años aumentó un 25%, especialmente en países de ingresos medios y bajos (Katan y Luft, 2018).

La relación profesional-paciente ya no está mediada exclusivamente por instituciones nosocomiales que aseguran un marco de certezas y control.

Los tratamientos neurorrehabilitadores se inscriben como una nueva etapa dentro de la figura del individuo a corregir, formando parte de un sistema perfecto y elegante del capitalismo actual, como otras técnicas y dispositivos lo hicieron con la motricidad durante el fordismo (Fisher, 2019). Las capacidades desarrolladas bajo lógicas de eficiencia del capitalismo posindustrial, supervisadas por mecanismos de autovigilancia, se han extendido más allá del ámbito laboral, configurando rasgos de las subjetividades actuales. Este rebasamiento también incide en los procesos de interpretación de salud-enfermedad, tanto en saberes expertos (teorías, técnicas y tratamientos) como en saberes prácticos e inconscientes de los sujetos, afectando nociones como autonomía y normalidad.

Los resultados, en parte, dan cuenta de que los contextos del capitalismo actual, que articulan sociedades del rendimiento, desestructuran las instituciones del disciplinamiento donde habitualmente se llevaron adelante los tratamientos kinésicos. El cambio institucional permitió observar que los tratamientos neurorrehabilitadores bajo estudio presentan características cada vez más de tipo ambulatorio por parte de los pacientes.⁶ Si bien no implica la desaparición de lógicas y procedimientos nosocomiales y postnosocomiales que se siguen requiriendo en ciertos casos, tienden a reducirse.⁷

6 Un dato significativo –que no formó parte de la búsqueda intencionada de los integrantes de la muestra– fue que, más de la mitad de los kinesiólogos y kinesiólogas de la muestra desempeñaba su práctica profesional en estas nuevas condiciones institucionales (Silva y Galetto, 2022; Galetto, 2022).

7 En los últimos años, las instituciones flexibles de salud han sumado un rasgo central a su carácter ambulatorio: la plataformización digital de los tratamientos. Esta modalidad es promovida en *Estrategia mundial sobre salud digital 2020–2025* (OMS, 2021) para mejorar la accesibilidad de los sistemas de salud. Este cambio plantea interrogantes sobre las relaciones entre profesionales y pacientes en los nuevos contextos de neurorrehabilitación, así como sobre el sentido de la autonomía individual mediada por tecnologías digitales, como TIC e IA (Cortina, 2024). A la vez, abre debates en torno a subjetividades hipermodernas atravesadas por lógicas de rendimiento (Han, 2012) y prácticas de aislamiento (Vincent, 2022).

Las instituciones disciplinares tradicionales enfrentan creciente competencia de modelos flexibles en salud, afectando los tratamientos neurorrehabilitadores bajo el CB. Entre los cambios más relevantes identificados se encuentran:

- 1) el abordaje terapéutico prioriza la singularidad del paciente y de los saberes expertos del propio profesional; 2) la concepción de movimiento normal es resignificada al valorar las condiciones de vida cotidiana del paciente, tensionando el saber práctico -del usuario- con el saber experto -del profesional- (Giddens, 2015);
- 3) la organización y diseño de la terapia es concebida como proyecto reticular, atomizando las tradicionales dinámicas burocráticas (Boltanski y Chiapello, 2002);
- 4) el rol del paciente, cuya voz es significativa en la evaluación y diseño del tratamiento;
- 5) los objetivos de la terapia, que ahora incluyen acondicionamiento, además de rehabilitación del movimiento, adaptándose a tareas inciertas de la vida cotidiana. Actualmente, los tratamientos no persiguen necesariamente un ideal de motricidad predeterminada. La noción de acondicionamiento ha surgido para ampliar los objetivos, buscando preparar fisiológicamente al individuo sin vincularse a una finalidad concreta. Esto permite intervenir también en personas sanas pero desacondicionadas.

Esta perspectiva resuena con Han (2012) al estructurar al sujeto del rendimiento desde la corporalidad: libremente obligado a autoexigirse y autoexplotarse. El saber neurorrehabilitador actual no requiere daño corporal para actuar: todos estamos desacondicionados, pero sin un propósito claro. El cuerpo se convierte en objeto de una subjetividad autosuficiente, amenazada por la inutilidad, que lo somete a autogestión, gerencialismo y monitoreo, tareas originalmente concebidas para el trabajo (Fischer, 2019). Paradójicamente, en un capitalismo donde la motricidad tiene menor valor productivo, se evidencia el

triumfo de la lógica de autovigilancia posfordista, con sus correspondientes daños psíquicos derivados de la privatización del estrés (Silva y Lescano, 2025).

Conclusiones. Convergencias y tensiones

Los resultados muestran que el CB opera como un dispositivo que articula técnica, subjetividad y contexto institucional. Su permanencia se explica por su capacidad de reconfigurarse, integrando demandas de autonomía y flexibilidad sin perder su base clínica. No obstante, persisten tensiones: la carga de responsabilidad depositada en el paciente, la presión por mostrar resultados y las limitaciones de tiempo institucional ponen en evidencia que la adaptación del CB no elimina los dilemas de la sociedad del rendimiento (Han, 2012), sino que los reproduce de manera particular en la rehabilitación.

En síntesis, el CB se constituye en un espacio donde se expresan las tensiones entre disciplina y flexibilidad, cuidado y exigencia, autonomía y sobrecarga, mostrando cómo una técnica clínica se entrelaza con procesos sociales más amplios.

Bibliografía

Bauman, Z. (2009). *Vida líquida*. Buenos Aires: Paidós.

Benedetto, A. y Silva, G. (Comps). (2012). *El surgimiento de las ciencias de la Rehabilitación. Un estudio aplicado a la Kinesiología y Fisiatría*. Londres: Editorial Académica Española.

Bobath, B. (1997). *Hemiplejía del adulto. Evaluación y tratamiento*. Buenos Aires: Panamericana.

Boltanski, L. y Chiapello, E. (2002). *El nuevo espíritu del capitalismo*. Madrid: Akal.

Castel, R. (2002). *El ascenso de las incertidumbres. Trabajo, protecciones, estatuto del individuo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Cortina, A. (2024). *¿Ética o ideología de la inteligencia artificial? El eclipse de la razón comunicativa en una sociedad tecnologizada*. Barcelona: Paidós.

Cott, C.; Vaughan-Graham, J. y Brunton, K. (2011). When will the evidence catch up with clinical practice? *Letter to the Editor. Physiotherapy Canada*, 63(3), 387-390.

Davies, P. M. (2002). *Pasos a seguir: tratamiento integrado de pacientes con hemiplejía*. Buenos Aires: Médica Panamericana.

- Ferrante, C. (2014). Cuerpo, discapacidad y estigma en el origen del campo del deporte adaptado de la Ciudad de Buenos Aires, 1950-1961: ¿una mera interiorización de una identidad devaluada? *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 21(2), 421-437.
- Fisher, M. (2019). *Realismo capitalista. ¿No hay alternativa?* Buenos Aires: Caja Negra.
- Galetto, J. (2022). Relaciones entre saberes expertos, rutinización de la vida cotidiana y autonomía individual en una aproximación social a prácticas rehabilitadoras en salud. *Memorias del VI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Antropología Social*, V, 209-218.
- Giddens, A. (1995). *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona: Península.
- Giddens, A. (1998). *Transformaciones de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*. Madrid: Cátedra.
- Giddens, A. (2015). *La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Graham, J. V.; Eustace, C.; Brock, K.; Swain, E. e Irwin-Carruthers, S. (2009). The Bobath Concept in Contemporary Clinical Practice. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 16(1), 57-68. <https://doi.org/10.1310/tsr1601-57>
- Han, B. C. (2012). *La sociedad del cansancio*. Barcelona: Herder.
- Katan, M. y Luft, A. (2018). Global Burden of Stroke. *Seminars in Neurology*, 38, 208- 211.
- Méndez Castillo, J. A. (2020). La Rehabilitación desde la economía política crítica: un debate necesario. *Gerencia y Políticas de Salud*, 19, 1-16. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.repc>
- Michielsen, M.; Vaughan-Graham, J.; Holland, A.; Magri, A. y Suzuki M. (2017). The Bobath concept - a model to illustrate clinical practice. *Disabil Rehabil.*, 41(17), 2080-2092. doi: 10.1080/09638288.2017.1417496.
- Mladenov, T. (2015). From state socialist to neoliberal productivism: disability policy and invalidation of disabled people in the postsocialist region. *J Critical Sociology*, 43(7-8), 1109-1123. <https://doi.org/10.1177/0896920515595843>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021). *Estrategia mundial sobre salud digital 2020-2025*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/344251/9789240027572-spa.pdf>
- Paeth Rohlfs, B. (2007). *Experiencias con el concepto bobath: fundamentos, tratamiento, casos*. Madrid: Médica Panamericana.
- Pantano, L. (2006). El protagonismo de la familia con al menos un miembro con discapacidad: una lectura a través de algunos datos cuantitativos. *Revista Conceptos*. Buenos Aires: Universidad del Museo Social Argentino.

Pérez de Velázquez, A. (2008). Atención primaria y rehabilitación. En A. Vázquez Barrios y N. Cáceres (Eds.), *El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria en salud* (pp. 26-75). Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.

Pinheiro, R. y Guizardi, F. B. (2008). Quando dávida se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. En R. Pinheiro y R. A. de Mattos (Orgs.), *Cuidado. As fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ.

Raine, S.; Meadows, L. y Lynch-Ellerington, M. (2009). *Bobath Concept. Theory and Clinical Practice in Neurological Rehabilitation*. Oxford: Wiley-Blackwell.

Roth, G. A.; Abate, D.; Hassen Abate, K.; Abay, S. M.; Abbafati, C.; Abbasi, N.; Abastabar, H.; Abd-Allah, F.; Abdela, J.; Abdelalim, A.; Abdollahpour, I.; Suliankatchi Abdulkader, R.; Temesgen Abebe, H.; Abebe, M.; Abebe, Z.; Negesse Abeje, A.; Abera, S. F.; Zewdie Abil, O.; Niguse Abraha, H. y Murray, C. J. L. (2018). Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392, 10-16. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32203-7.

Sennett, R. (2006). *La cultura del nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama.

Silva, G. y Galetto, J. (2022). Tensiones en las relaciones entre saberes expertos, prácticas rehabilitadoras y la autonomía individual en el capitalismo actual. *Memorias del VI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Antropología Social (ALA)*, V, 193-206.

Silva, G. y Lescano, A. (2025). Saberes expertos, prácticas rehabilitadoras y autonomía individual en el contexto del capitalismo contemporáneo: El concepto Bobath en Argentina (2018-2023). *Papeles De Trabajo. Centro de Estudios Interdisciplinarios en Etnolingüística y Antropología Socio-Cultural*, (47), 29-59. <https://doi.org/10.35305/revista.vi47.248>

Strauss, A. L. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundada*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.

Venturiello, M. P. (2014a). Itinerario terapéutico de las personas con discapacidad y mediaciones en el cuidado de la salud: la mirada de los familiares. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 22(3), 1063-1083. <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n3/12.pdf>

Venturiello, M. P. (2014b). ¿Qué significa atravesar un proceso de rehabilitación? Dimensiones culturales y sociales en las experiencias de los adultos con discapacidad motriz del Gran Buenos Aires. *R. Katál.*, 17(2), 185-195.

Vincent, D. (2022) *Una historia de la soledad*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.

Gustavo Silva, Andrea Lescano, Ivana Morelli, Sebastián Ramos. “La autonomía individual resignificada: prácticas rehabilitadoras en el contexto del capitalismo actual”. *Revista Salud, Educación y Sociedad*, vol. 5 núm. 1, marzo 2026, pp. 37-45. <https://doi.org/10.64478/0SJV5Y41>



**Universidad
del Gran Rosario**