

BID.T 4676

VNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Facultat de Filosofia i Ciències de l'Educació



**“Modelo formativo para el desarrollo
de la competencia ética
en estudiantes de Fisioterapia”**

TESIS DOCTORAL

PROGRAMA DE DOCTORADO 335-C

Departament de Teoria de l'Educació

PRESENTADA POR:

Marta Aguilar Rodríguez

DIRIGIDA POR:

Dra. D^a Rafaela García López

Dr. D. Luis Antonio Villaplana Torres

Valencia, 2012

UMI Number: U607588

All rights reserved

INFORMATION TO ALL USERS

The quality of this reproduction is dependent upon the quality of the copy submitted.

In the unlikely event that the author did not send a complete manuscript and there are missing pages, these will be noted. Also, if material had to be removed, a note will indicate the deletion.



UMI U607588

Published by ProQuest LLC 2014. Copyright in the Dissertation held by the Author.
Microform Edition © ProQuest LLC.

All rights reserved. This work is protected against
unauthorized copying under Title 17, United States Code.



ProQuest LLC
789 East Eisenhower Parkway
P.O. Box 1346
Ann Arbor, MI 48106-1346

b 91473614
i 22942476

CB 0002201964

B0.T 7676

Dra. D^a Rafaela García López, Catedrática de la Universitat de València, adscrita al Departament de Teoria de l'Educació.

Dr. D. Luis Villaplana Torres, Profesor Titular de la Universitat de València, adscrito al Departament de Fisioteràpia.

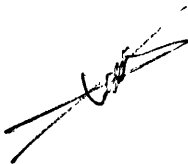
CERTIFICAN:

Que el presente trabajo, titulado "Modelo formativo para el desarrollo de la competencia ética en estudiantes de Fisioterapia", ha sido realizado bajo su dirección, en el Departament de Teoria de l'Educació de la Universitat de València, por D^a Marta Aguilar Rodríguez, para optar al grado de Doctora. Habiéndose concluido y reuniendo a su juicio las condiciones de originalidad y rigor científico necesarias, autorizan su presentación a fin de que pueda ser defendido ante el tribunal correspondiente.

Y para que así conste, expiden y firman la presente certificación en Valencia, a 23 de Enero de 2011.



Fdo: Dra. Rafaela García López



Fdo: Dr. Luis A. Villaplana Torres

A mis padres
A Manu, Laura y Marta

AGRADECIMIENTOS

Debo agradecer de manera especial y sincera a la Dra. Rafaela García López y al Dr. Luis Antonio Villaplana Torres, por haber aceptado la dirección de esta tesis. Su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas, han sido de un valor incalculable. Su humanidad, profesionalidad e impecable labor conjunta, quedan de manifiesto en este trabajo, en el que se conjugan, con gran acierto, dos áreas de conocimiento distintas aunque necesariamente complementarias.

Especial reconocimiento merece también el interés mostrado por mi trabajo y las sugerencias recibidas de la profesora y amiga Laura López, con la que me encuentro en deuda por el ánimo infundido, la confianza en mí depositada, su generosa ayuda y comprensión.

Quisiera hacer extensiva mi gratitud a mis compañeras Pilar Serra, Lirios Dueñas, Gemma Espí, Beatriz Gisbert y Dolça Fuentes, por confiar en mí desde el principio y ayudarme a llevar a cabo este proyecto.

A todos y cada uno de los estudiantes de tercer curso de la última promoción de diplomados en Fisioterapia de la Universitat de València, por comprender la importancia de este trabajo y participar en él hasta el final.

A Piedad Sahuquillo, por abrirme tan gentilmente las puertas del Departamento de Teoría de la Educación y brindarme su desinteresada ayuda siempre que lo he necesitado.

A Ramón Lozano, por facilitarme al máximo todos los trámites administrativos necesarios para la lectura de esta tesis.

A todos los profesores y profesoras del programa de doctorado “Acciones Pedagógicas y Desarrollo Comunitario”, quienes me encandilaron en cada una de sus

clases y contribuyeron a mi formación en un área de conocimiento tan apasionante y necesaria para mi profesión, tanto a nivel docente como asistencial.

A mis compañeros fisioterapeutas del Hospital La Fe de Valencia, por su apoyo en los momentos finales de este trabajo.

Un agradecimiento muy especial merece la comprensión, paciencia y el ánimo recibidos de todos mis amigos.

A mis padres, sin los cuales nada de lo que soy hubiera sido posible. Su aliento, comprensión, amor y ayuda, han sido las claves para que este día pudiera hacerse realidad.

A Amelia y Manolo, de los que he recibido constantemente su cariño y apoyo.

A mis hermanos, a los que siempre he tenido a mi lado con sus consejos y ánimos.

A mis hijas, Laura y Marta: muchas gracias por vuestra paciencia y comprensión. Sois la razón por la que ha valido la pena tanto sacrificio.

A Manu, quien me demuestra cada día que el verdadero amor no es otra cosa que el deseo inevitable de ayudar al otro para que sea quien es. Gracias por permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi vida y lograr otra meta más en mi carrera.

A todos, muchas gracias.

ÍNDICE

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	1
I. MARCO TEÓRICO.....	5
Capítulo 1. ÉTICA EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE LA FISIOTERAPIA.....	7
1.1. INTRODUCCIÓN	7
1.2. QUÉ SE ENTIENDE POR ÉTICA PROFESIONAL	9
1.3. IMPORTANCIA DE LA ÉTICA PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA.....	13
1.3.1. La Fisioterapia es una profesión social.....	14
1.3.2. Relación fisioterapeuta-paciente. Relación de cuidado.....	14
1.3.3. El concepto de salud	17
1.4. LA FISIOTERAPIA REQUIERE UNA ÉTICA PROFESIONAL PROPIA	18
1.5. PRINCIPALES CUESTIONES ÉTICAS EN FISIOTERAPIA	20
1.5.1. El consentimiento informado.....	25
1.5.2. La veracidad	27
1.5.3. La confidencialidad y la privacidad.....	29
1.5.4. Otras cuestiones éticas en Fisioterapia.....	31
1.6. LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL	32
1.6.1. Responsabilidad ética y legal	35
1.7. LOS PRINCIPIOS ÉTICOS BÁSICOS	37
1.7.1. Beneficencia y no maleficencia	38
1.7.2. Autonomía.....	39
1.7.3. Justicia.....	40
1.7.4. Los principios éticos profesionales en Fisioterapia	41
1.8. ÉTICA Y DEONTOLOGÍA	47
1.9. LA TOMA ÉTICA DE DECISIONES	48
1.10. EL RAZONAMIENTO CLÍNICO Y ÉTICO EN FISIOTERAPIA	60
1.10.1. Razonamiento clínico	60
1.10.1.1. Razonamiento hipotético deductivo.....	61
1.10.1.2. Identificación de patrones	62
1.10.1.3. Razonamiento narrativo	62

1.10.2. Razonamiento ético	63
Capítulo 2. ÉTICA PROFESIONAL EN LOS ESTUDIOS DE FISIOTERAPIA	69
2.1. INTRODUCCIÓN	69
2.2. MARCO PEDAGÓGICO	70
2.2.1. Transformación del proceso de enseñanza-aprendizaje.....	70
2.2.2. El aprendizaje por competencias	74
2.2.2.1. Definición de las competencias	76
2.2.2.2. Características de las competencias	77
2.2.2.3. Clasificación de las competencias	79
2.2.2.4. La competencia ética	82
2.2.2.5. La evaluación de las competencias	85
2.2.3. El profesor y el estudiante en el nuevo paradigma educativo	88
2.2.4. Nuevas modalidades del proceso de enseñanza-aprendizaje.....	93
2.2.4.1. Modelo de aprendizaje semi-presencial para el desarrollo de la competencia ética en Fisioterapia	95
2.2.5. Docencia reflexiva	97
2.3. FORMACIÓN EN ÉTICA PROFESIONAL EN EL CURRÍCULO DE FISIOTERAPIA	100
2.3.1. Modelo de aprendizaje de Shulman	101
2.3.2. El contenido de los programas de ética profesional	103
2.3.2.1. Valores fundamentales de la Fisioterapia	105
2.3.2.2. Cuestiones éticas específicas de los fisioterapeutas.....	108
2.3.2.3. Herramientas para la toma de decisiones	109
2.3.2.4. Las teorías éticas	112
2.3.2.4.1. Argumentos favorables y desfavorables ante la incorporación de las teorías éticas en el currículo del fisioterapeuta	116
2.3.3. Métodos y técnicas docentes para la enseñanza de ética profesional en Fisioterapia	119
2.3.3.1. Estudio de casos.....	122
2.3.3.1.1. El papel del profesor en el método del caso.....	126
2.3.3.2. La narrativa en la enseñanza de ética	127
2.3.3.3. Experiencias de aprendizaje con pacientes simulados	128

2.3.3.4. Juego de roles	129
2.3.3.5. Deconstrucción y reconstrucción de casos	130
2.4. LA ACTITUD HACIA LA ÉTICA PROFESIONAL	132
2.4.1. Las actitudes	133
2.4.2. La teoría de Fishbein y Ajzen	134
2.4.3. Las escalas-cuestionario sumativas tipo Likert.....	137
Capítulo 3. CONTEXTO INSTITUCIONAL Y ACADÉMICO	141
3.1. INTRODUCCIÓN	141
3.2. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA FISIOTERAPIA	141
3.3. CONCEPTO DE FISIOTERAPIA.....	144
3.3.1. Elementos conceptuales básicos.....	145
3.3.1.1. La salud	145
3.3.1.2. La persona.....	147
3.3.1.3. El entorno	148
3.3.1.4. La familia.....	148
3.3.1.5. La atención fisioterápica	150
3.3.1.6. Los agentes físicos.....	152
3.4. FUNCIONES DEL FISIOTERAPEUTA	153
3.5. AUTORREGULACIÓN DE LA PROFESIÓN.....	155
3.6. EVOLUCIÓN DE LOS ESTUDIOS DE FISIOTERAPIA	156
3.7. DE LA DIPLOMATURA AL GRADO EN FISIOTERAPIA	158
3.7.1. Competencias generales y específicas del título de grado.....	159
3.7.2. Las prácticas clínicas en el plan de estudios de Fisioterapia	162
II. MARCO METODOLÓGICO E INVESTIGACIÓN	169
Capítulo 4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	169
4.1. INTRODUCCIÓN	169
4.2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	173
4.3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	175
4.4. PROCEDIMIENTO GENERAL	176
4.4.1. Requerimientos previos	176

Índice

4.4.2. Procedimiento.....	178
4.5. SUJETOS.....	182
4.6. INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE LA INVESTIGACIÓN	183
4.6.1. Cuestionario de actitudes hacia a la ética profesional en Fisioterapia (CAEPFIS).....	184
4.6.1.1. Fiabilidad del CAEPFIS.....	190
4.6.1.2. Unidimensionalidad de la escala.....	193
4.6.2. Cuestionario de percepciones sobre los conocimientos en ética profesional (CCEPFIS).....	194
4.6.2.1. Fiabilidad del CCEPFIS	196
4.6.3. Cuestionarios de opinión acerca de la metodología docente utilizada...	197
4.7. DESCRIPCIÓN DE LOS ELEMENTOS DEL MODELO FORMATIVO PROPUESTO	198
4.7.1. Entorno virtual de comunicación	200
4.7.2. Temario sobre ética profesional y actividades relacionadas	201
4.7.2.1. Tema 1. Introducción a la ética profesional. Conceptos básicos	204
4.7.2.1.1. Actividad 1	205
4.7.2.2. Tema 2. Ética profesional. Importancia de la ética profesional en Fisioterapia	205
4.7.2.2.1. Actividad 2	207
4.7.2.3. Tema 3. Los principios éticos profesionales.....	207
4.7.2.3.1. Actividad 3	208
4.7.2.4. Tema 4. El código ético y deontológico en Fisioterapia.....	208
4.7.2.4.1. Actividad 4	209
4.7.2.5. Tema 5. Situaciones éticas y aspectos legales en Fisioterapia.....	209
4.7.2.5.1. Actividad 5	210
4.7.2.6. Tema 6. Decisiones éticas en Fisioterapia	211
4.7.2.6.1. Actividad 6	212
4.7.3. Sesiones grupales	212
4.7.3.1. Primera sesión grupal	213
4.7.3.2. Segunda y tercera sesión grupal	214
4.7.3.3. Cuarta y quinta sesión grupal	215
4.7.3.4. Sexta sesión grupal	216

4.7.4. Temporización.....	216
4.7.4.1. Primer cuatrimestre. Modalidad virtual	217
4.7.4.2. Segundo cuatrimestre. Modalidad presencial	218
4.7.5. Sistema de evaluación.....	220
4.8. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES Y TRATAMIENTO DE DATOS	232
4.8.1. Descripción de variables analizadas.....	232
4.8.2. Análisis estadístico	234
Capítulo 5. RESULTADOS	237
5.1. DESCRIPTIVOS DE LA MUESTRA.....	237
5.2. ANÁLISIS DE LAS ACTITUDES	238
5.2.1. Actitud previa de los estudiantes.....	238
5.2.1.1. Actitud de los estudiantes antes de iniciar la intervención	238
5.2.1.2. Respuestas favorables, indiferentes y desfavorables	240
5.2.1.3. Puntuación media de las respuestas, por subcategorías	241
5.2.2. Análisis del cambio de actitudes	243
5.2.2.1. Cambio de actitud en los estudiantes.....	244
5.2.2.2. Estudio comparativo de los ítems favorables, indiferentes y desfavorables	245
5.2.2.3. Estudio comparativo por subcategorías	247
5.2.2.4. Análisis comparativo por ítems.....	248
5.3. ANÁLISIS DE LOS CONOCIMIENTOS	251
5.3.1. Conocimientos previos de los estudiantes.....	251
5.3.2. Evolución en la adquisición de los conocimientos	251
5.3.2.1. Evolución en la puntuación global del CCEPFIS.....	252
5.3.2.2. Evolución en la puntuación de los ítems del CCEPFIS	253
5.4. ANÁLISIS DE LAS OPINIONES	255
5.4.1. Opiniones sobre la metodología utilizada en el primer cuatrimestre.....	255
5.4.2. Opinión de la metodología utilizada en el segundo cuatrimestre y del modelo propuesto en general.....	257
5.5. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE APRENDIZAJE	262
5.5.1. Situaciones éticas	263

Índice

Capítulo 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	271
6.1. DISCUSIÓN.....	271
6.1.1. Consideraciones generales.....	271
6.1.2. Sobre la metodología	273
6.1.3. Sobre los resultados	279
6.1.4. Consideraciones finales.....	287
6.1.5. Limitaciones	288
6.2. CONCLUSIONES.....	289
6.3. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS	290
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	295
ÍNDICE DE FIGURAS	319
ÍNDICE DE TABLAS	321
ANEXOS	327

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo nace a raíz de una cuestión que me surgió cuando, tras años de ejercer como fisioterapeuta me di cuenta de que, como profesional de la salud en una disciplina que exige un contacto tan cercano y directo con las personas, así como la integración en un equipo multidisciplinar de trabajo, carecía de las herramientas necesarias para afrontar determinadas situaciones y conflictos éticos en los que me veía a menudo inmersa.

Comprobé que no solamente era yo quien tenía dificultades en este terreno, en el cual me desenvolvía con una gran inseguridad y desconocimiento, sino también mis compañeros/as y colegas quienes, sin ningún reparo, admitían tener un vago y lejano recuerdo de aquel código deontológico profesional y ninguna herramienta para reconocer y afrontar las diferentes situaciones éticas que se les planteaba.

Siempre pensé que quizás, si nos hubieran transmitido estos conocimientos durante la carrera, habríamos tenido la oportunidad de desarrollar con los años, y de manera paralela al razonamiento clínico necesario para el ejercicio de esta profesión, un razonamiento ético que nos guiara en aquellas situaciones en las que, en lugar de buscar un diagnóstico fisioterápico y unos objetivos terapéuticos, se requiere un curso correcto de acción ante un conflicto de valores o principios éticos; convencida, además, de que adquirir este tipo de competencias, junto a otras más tradicionales como cognitivas, técnicas y sociales, nos haría ser buenos fisioterapeutas y mejores personas, situación que repercutiría muy positivamente en la calidad de la atención prestada, lo cual es, en definitiva, lo que la sociedad espera de la profesión.

Desde mi actual posición como profesora colaboradora en la Facultat de Fisioteràpia de la Universitat de València y conecedora de la marea de cambios que

Introducción y justificación

comporta el Proceso de Convergencia Europea, por el que la diplomatura se transforma en grado y el plan de estudios cambia para dar cabida a competencias transversales como la incorporación de los valores y principios éticos de la profesión, he querido dedicar estos últimos años a estudiar la manera de encajar en él instrumentos que permitan a los estudiantes reflexionar en torno a cuál es el fin último de sus prácticas profesionales, entiendan los valores, principios y normas en los que fundamentar sus decisiones y adquieran las herramientas necesarias para poderse enfrentar a los conflictos éticos del día a día. Todo ello, tratando de acercar la realidad profesional al aula y a sabiendas de que no es una materia que, a priori, les interese demasiado; aunque convencida de que los problemas éticos que afectan cotidianamente a los fisioterapeutas, deberían constituir un capítulo fundamental de cualquier plan de estudios que pretenda formar personas y profesionales.

De ahí surgió la idea de asociar el estudio de esta materia al desarrollo de las prácticas clínicas que debían llevar a cabo los estudiantes en el entorno hospitalario, al considerar que, en ese contexto, se propiciaría su aprendizaje y se despertaría su sensibilidad e interés. Porque hay que tener en cuenta, que las situaciones que tendrán que afrontar en un futuro, requieren unas habilidades y unas actitudes que, si bien nunca acaban de aprenderse porque forman parte de su desarrollo como personas, pueden potenciarse dentro del aula, desde la propia experiencia práctica.

Me propuse iniciar una tarea de búsqueda y mejoramiento personal y colectivo a través del desarrollo de ciertas habilidades que tendrían que poner en acción en cualquiera de los momentos en los que se vieran comprometidos a lo largo de su carrera profesional. Y todo ello sin ánimo de dar soluciones o recetas infalibles, sino principalmente para posibilitar el auto conocimiento y el diálogo con los demás.

Introducción y justificación

Siempre he sido consciente de que para llevar a cabo este propósito no eran suficientes mis conocimientos en Fisioterapia, ni mi experiencia docente de años, sino que necesitaba una formación específica que, sin pretender que se adentrara en un terreno demasiado filosófico y desconocido para mí, pero fuertemente motivada por las positivas repercusiones que eso podría entrañar a mi profesión, me ayudara, al menos, a entender y hacer entender la ética profesional a futuros fisioterapeutas.

Esta idea me llevó a realizar mis estudios de doctorado en el programa “Acciones Pedagógicas y Desarrollo Comunitario”, del Departamento de Teoría de la Educación de la Universitat de València y a culminarlos con la tesis doctoral que hoy presento, la cual intenta contribuir al desarrollo de aquello que siempre he considerado fundamental para un ejercicio justo, honesto y responsable de la profesión: despertar el interés por la ética profesional en los estudiantes de Fisioterapia, promoviendo el razonamiento ético, la reflexión crítica y la construcción de su propia identidad, lo cual es fundamental como punto de partida para el acercamiento sincero a los demás.

I. MARCO TEÓRICO

Capítulo 1. ÉTICA EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE LA FISIOTERAPIA

"Our credibility as professions rests on our ability to articulate and defend our practice and actions from an ethical position"

Ozar, 1993

1.1. INTRODUCCIÓN

La Fisioterapia en nuestro país es una profesión relativamente joven. En comparación con otros países como Estados Unidos o Canadá, en los cuales la literatura sobre ética profesional es tan extensa como años de existencia tiene en ellos la profesión y sus códigos de conducta profesional, los casi 60 años de evolución de la Fisioterapia en España y los escasos 20 años de existencia del primer código deontológico profesional¹, todavía no han dado sus frutos en este terreno, existiendo una gran ausencia de publicaciones sobre el tema.

En general, la literatura existente sobre ética profesional en Fisioterapia no es demasiado amplia². Por este motivo, para este trabajo no se limitó intencionalmente la búsqueda de información a un periodo de tiempo determinado, sino que se admitieron artículos que podrían considerarse *menos actuales*, de autores cuyo trabajo en este terreno ha sido ampliamente reconocido, con la finalidad de

¹ El primer Código deontológico de Fisioterapia en España fue elaborado por el Colegio de Fisioterapeutas de Cataluña, en 1990. El código deontológico americano data de 1935 (Purtilo, 1977) y, en consecuencia, ya en los años 40, algunos autores americanos advirtieron una dimensión ética entre las funciones diarias de los fisioterapeutas (McLoughlin, 1941; Haskell, 1949; Addoms *et al.*, 1961).

² Sin embargo, existe una amplia bibliografía sobre ética profesional en otras disciplinas como la Medicina o la Enfermería (Barnitt y Roberts, 2000).

Marco teórico

recabar la mayor información posible y, de ese modo, conocer el origen y la evolución de las cuestiones relacionadas con la ética en la práctica asistencial y docente de la Fisioterapia, lo cual se consideró que podría resultar enriquecedor para esta tesis, siendo que era la primera de estas características que se llevaría a cabo. Sin embargo, aunque se procuró que la información obtenida fuera, en la medida de lo posible, referida al campo específico de esta profesión, en algunas situaciones, se tuvo que recurrir a bibliografía procedente de otras Ciencias de la Salud y Ciencias Sociales y Humanidades. Con todo ello, se ha elaborado la fundamentación teórica y metodológica de esta tesis, agrupando los contenidos en un total de tres capítulos para cada una de ellas.

En el presente capítulo se expone una amplia visión sobre la ética profesional en Fisioterapia, lo cual constituye el tema central de este trabajo. El objetivo fundamental es aportar suficientes argumentos como para poder justificar la importancia que este tipo de conductas profesionales, basadas en unos principios éticos básicos fundamentados en los propios Derechos Humanos Universales, tienen en la generación de un clima de respeto y confianza en la relación fisioterapeuta-paciente, encaminado a ofrecer un servicio de calidad a la altura de lo que la sociedad espera de la profesión. Por otro lado, dado que cada una de las profesiones tiene sus propias finalidades para con la sociedad en la que trabaja, también se abordan las cuestiones éticas propias que acontecen a los fisioterapeutas en su entorno asistencial, las cuales es preciso conocer y, lo que es más importante, reconocer en el ámbito clínico, para poder poner en marcha procesos de razonamiento ético integrados con el habitual razonamiento clínico, que permita a los profesionales tomar las decisiones más apropiadas sin perder de vista cuál es el fin último de sus prácticas.

1.2. QUÉ SE ENTIENDE POR ÉTICA PROFESIONAL

Ética profesional es la disciplina que tiene por objeto determinar el conjunto de responsabilidades éticas y morales que surgen en relación con el ejercicio de una profesión³. Se cuestiona qué es ser un buen profesional, en qué consiste hacer bien el ejercicio profesional y qué principios rigen el comportamiento ético profesional; por tanto, se plantea la profesión en términos de conciencia y de bienes para la sociedad (Hortal, 2002).

Para Bolívar (2005:96), la ética de las profesiones no puede dissociarse de la ética general. Tal y como afirma, *“la ética profesional comprende el conjunto de principios morales y modos de actuar éticos en un ámbito profesional; forma parte de la ética aplicada, en cuanto pretende, por una parte, aplicar a cada esfera de actuación profesional los principios de la ética general, pero paralelamente por otra, dado que cada actividad es distinta y específica, incluye los bienes propios, metas, valores y hábitos de cada ámbito de actuación profesional”*.

En esta misma línea, Cobo (2000:29) afirma que la ética de las profesiones es *“una ética particular o regional y, por lo mismo, una disciplina filosófica con un doble cometido: por una parte, aplicar a la actividad profesional los criterios y principios aportados por la ética básica y universal; y, por otra, aportar criterios o principios específicos puestos de manifiesto en el trasfondo y marco de los anteriores. Con el objetivo último de proporcionar a las personas los instrumentos que*

³ La moral es un conjunto de normas (implícitas en su mayor parte), presentes en una sociedad. Incluye la valoración ética de la moral vigente, en función de unos principios éticos universalizables, señalando los valores y deberes que deben guiar las acciones humanas. La ética, proporciona razones que justifican o no las acciones, analizando los comportamientos morales. La ética explica, desde patrones de generalidad o universalidad, la experiencia moral humana y prescribe los modos de comportamiento justificables (Bolívar, 2005: 96). A pesar de los matices que las diferencian, a lo largo de esta tesis ética y moral se tomarán como dos conceptos equivalentes.

I. Marco teórico

precisan para estructurar un proceder ético habitual en el mundo del ejercicio profesional”.

Por su parte, Fernández y Hortal (1994:91) resaltan el papel humanizador del ejercicio profesional y, desde esa perspectiva, definen la ética profesional como *“la indagación sistemática acerca del modo de mejorar cualitativamente y elevar el grado de humanización de la vida social e individual, mediante el ejercicio de la profesión. Entendida como el correcto desempeño de la propia actividad en el contexto social en que se desarrolla, debería ofrecer pautas concretas de actuación y valores que habrían de ser potenciados. En el ejercicio de su profesión es donde el hombre encuentra los medios con que contribuir a elevar el grado de humanización de la vida personal y social”*.

De las definiciones anteriores se desprende el hecho de que la ética profesional no puede relegarse únicamente al cumplimiento de los códigos deontológicos, como es costumbre observar en la práctica, sino que, como afirma Bermejo (2002), comprende tres dimensiones inseparables que conviene señalar (figura 1):

Figura 1. Dimensiones de la ética profesional (Bermejo, 2002)



Fuente: elaboración propia

I. Marco teórico

- La dimensión *teleológica* es la que se pregunta acerca de cuál es el fin último de las prácticas profesionales. Se puede afirmar que el bien que legitima la profesión de fisioterapeuta consiste en la preservación, el restablecimiento y la mejora de la salud y la calidad de vida de las personas, mediante las técnicas y procedimientos que pertenecen a su campo de actuación. Escámez (2006), considera que el profesional es una persona que ha adquirido unas determinadas competencias, reconocidas socialmente, para aportar un bien o un servicio a los demás y a la sociedad. En este sentido, al fisioterapeuta se le valora y estima socialmente por la labor que realiza en beneficio de los demás. Este beneficio se fundamenta en la búsqueda constante de la mejora de la calidad de vida de las personas y la comunidad, desde la parcela del cuidado de la salud. Las profesiones en general y la Fisioterapia en particular, tienen sentido por la misión que cumplen en la sociedad. Según Vielva (2002:32): *“asumir con responsabilidad esta misión, es lo que legitima su existencia y su ejercicio”*.
- La dimensión *deontológica* hace referencia a los principios y reglas éticas que han de guiar el ejercicio profesional. Están recogidos en los códigos deontológicos y son elaborados por los colegios profesionales; se fundamentan en los principios éticos básicos y, en última instancia, en el respeto de los valores morales.
- La dimensión *pragmática* se cuestiona cómo resolver los conflictos éticos que surgen en la práctica profesional. En este contexto, se convierte en una labor fundamental para los fisioterapeutas, conocer

I. Marco teórico

cuáles son esos conflictos y cómo hacerles frente de una manera éticamente responsable.

La ética profesional en Fisioterapia, por lo tanto, consiste en abordar los aspectos éticos y los problemas morales propios de la profesión, desde la perspectiva de lo que la profesión es y la función que le corresponde en la sociedad. Es realista, aplicada al ámbito particular del cuidado de la salud, interdisciplinaria y no meramente deontológica.

El enfoque de la ética profesional ha cambiado a medida que la Fisioterapia ha ido evolucionando a lo largo de la historia para adaptarse a los cambios sociales del momento. En el año 2000, la fisioterapeuta norteamericana Purtilo (2000, bis), determinó 3 periodos en la historia de la Fisioterapia, según un punto de vista ético, que conviene conocer para poder establecer su origen y plantear paralelismos con la evolución de la profesión en nuestro país:

- *Primer periodo o de auto identidad:* comprende desde el año 1935 (año en que se redactó el primer código ético de los fisioterapeutas americanos), hasta los años cincuenta. La base moral en aquella época recaía en la relación del fisioterapeuta con el médico, de manera que todas las preocupaciones éticas del fisioterapeuta se reducían a su trato con él, que era quien diagnosticaba, pautaba el tratamiento y asumía todas las responsabilidades. Cualquier intento de apropiarse o de compartir esta responsabilidad por parte de los fisioterapeutas, se consideraría no ético.
- *Segundo periodo o de identidad centrada en el paciente:* se extiende desde los años 50 hasta la actualidad. El fisioterapeuta asume mayores compromisos y surge la idea de trabajo en equipo, el centro del cual se desplaza desde el médico hasta el paciente, quien asume, gradualmente, un papel más activo en su tratamiento.

- *Tercer periodo o de identidad social:* es un proyecto futuro en el que se pretende que el centro de los comportamientos éticos se traslade a la sociedad y a las instituciones. El fisioterapeuta, como profesional a su servicio, deberá demostrar lo que les puede aportar y asegurará que su atención llegue a todas las personas que se puedan ver beneficiadas de ella, sea cual sea su nivel socioeconómico o cultural.

El nacimiento de la Fisioterapia en España a finales de los años cincuenta, ha coincidido con la segunda de las etapas determinadas por Purtilo y, al igual que en Norteamérica, se espera de ella que acepte el desafío de enfrentarse a una tercera, que tiene su objetivo puesto en establecer las bases morales para una verdadera relación profesional con la gran comunidad de ciudadanos e instituciones. Sin duda, un objetivo que requiere un adecuado desarrollo de la formación de profesionales y estudiantes de Fisioterapia en valores éticos y morales y una mayor implicación de las instituciones universitarias de nuestro país.

1.3. IMPORTANCIA DE LA ÉTICA PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA

En el presente apartado se exponen algunos de los argumentos que avalan la importancia de los comportamientos éticos en las profesiones sanitarias como la Fisioterapia; por un lado, se deja constancia de que se enmarca dentro de las profesiones sociales; por otro lado, la especial relación que se establece entre el fisioterapeuta y el paciente demanda, por parte de aquél, un comportamiento profesional fundamentado en los principios éticos básicos y específicos de la profesión. Finalmente, el propio concepto de salud exige, por sí mismo, una forma moral de actuar por parte de todos los profesionales relacionados con ella.

1.3.1. La Fisioterapia es una profesión social

Todas las profesiones que están relacionadas con personas son profesiones sociales y por lo tanto, el ejercicio práctico de las mismas tiene implicaciones en el propio entorno social y también en el humano (Martínez Usarralde y García López, 2009). La independencia profesional y académica que ha alcanzado la Fisioterapia y la función notablemente social que desempeña en el área sanitaria, donde el paciente es abordado desde un punto de vista integral, requiere una conducta profesional ética. La ética contribuye decisivamente a la consolidación de la profesión y *“es la mayor y más fiable fuente de reconocimiento y estima social de las personas en general y de los profesionales en particular”* (Hortal, 2002: 25).

Para Barba y Alcántara (2003), la profesionalidad comprende, además de competencias tanto teóricas como prácticas, una integridad personal y una conducta profesional ética, como suele demandar la sociedad. Por lo tanto, el componente ético no es algo ajeno al ejercicio profesional, sino que forma parte del mismo.

1.3.2. Relación fisioterapeuta-paciente. Relación de cuidado

La relación fisioterapeuta-paciente tiene unas características especiales que requieren una conciencia moral especial. Típicamente existe un desequilibrio de poder y experiencia en esta relación, ocupando el paciente un papel muy dependiente de aquél (Sim, 1997). Esta situación crea la necesidad de proteger y promover los intereses y la dignidad de los pacientes en circunstancias en las que son incapaces de hacerlo por ellos mismos. En este contexto, el fisioterapeuta

i. Marco teórico

adquiere un compromiso moral con el paciente⁴ para protegerle, buscar su bien, defender sus derechos y ser veraz con él. El paciente se constituye como la base moral de la Fisioterapia. A esta relación que se establece entre el sanitario y el paciente, se le llama *relación de cuidado*.

La idea del cuidado es una idea fundamentalmente moral (Noddings, 1984) y aunque a menudo se toma como base para la ética de la Enfermería, también es aplicable a todas las demás Ciencias de la Salud como la Fisioterapia⁵. Según Pellegrino (1985), esta relación de cuidado implica varias acciones:

- Tener capacidad de ponerse en el lugar de la persona afectada, solidarizarse con ella y compartir en cierto modo sus sentimientos.
- Hacer por los otros lo que ellos no pueden hacer por sí mismos y necesitan o desean hacer.
- Invitar al otro a que confíe en nosotros y vea que nos tomamos el problema como nuestro.

⁴ Las características de la relación fisioterapeuta-paciente vuelven a tratarse en el apartado 3.3.1. de esta tesis, en el que se considera a la persona como uno de los elementos conceptuales básicos de la Fisioterapia.

⁵ Carol Gilligan, en la década de los 80, estructuró el discurso que actualmente conocemos como "ética del cuidado" (*ethics of care*). Uno de sus esfuerzos fue desarrollar una ética filosófica y sistemática más allá del entorno de la práctica sanitaria. Gilligan sostiene que hombres y mujeres tienden a emplear estrategias diferentes de razonamiento y aplican distintas ideas y conceptos cuando formulan y resuelven problemas morales. Estas diferencias harían que las mujeres perciban los conflictos éticos en términos de apego o desapego personal; de este modo, la tendencia femenina sería evitar el aislamiento y el daño, la generación de fuertes vínculos interpersonales y la tendencia a la acción a partir del reconocimiento individual de una responsabilidad con el otro. En el discernimiento moral femenino importan elementos como la confianza, la calidad de los cuidados y la sensibilidad ante la adversidad y el dolor de las personas. En el terreno masculino, la tensión se basa en los principios de equidad e inequidad. En su pensamiento ético, los hombres recurren más al uso de ideales abstractos, como justicia y derecho, la primacía de los derechos individuales y las normas universales. Los dilemas morales son resueltos, entonces, a partir de jerarquías de valores y los elementos de justicia darían el soporte para decidir cuál es la mejor decisión en un conflicto. Gilligan llama a la orientación moral más prevalente en las mujeres "ética del cuidado" y a la de los hombres "ética de la justicia" (Gilligan, 1982).

I. Marco teórico

- Poner todos los recursos personales y técnicos para llevar a cabo con esmero todos los procedimientos al servicio del paciente, convirtiendo a éste en la finalidad principal y el centro de atención.

La Fisioterapia consiste, entonces, en prestar cuidados a las personas y a los grupos humanos de un modo profesional y con una actitud de cuidar.

La Fisioterapia aspira a ser integral, considerando a la persona de manera global. Al considerar al hombre de manera integral, en su totalidad, la Fisioterapia converge con la ética ya que actuar responsablemente desde la Fisioterapia coincide con obrar correctamente desde la ética. Se puede decir que la ética en Fisioterapia, como en las demás profesiones del área de la salud, es la ética del buen cuidar.

La ética del cuidado es un constructo teórico y práctico que busca resaltar la vinculación esencialmente humana y emocional entre el profesional de la salud y el paciente. En este sentido, puede convertirse en una estrategia que permite sensibilizar al personal de salud acerca de la realidad de las personas que acuden a solicitar sus servicios.

Al término *cuidado* se le atribuyen dos significados: por un lado, la percepción de amenaza o peligro frente a algún elemento del entorno; en este caso, *tener cuidado* se refiere a las precauciones para el mantenimiento de la salud y la disminución de un daño potencial. Por otro, la palabra se vincula con la vigilancia de alguien o algo que se encuentra en situación de vulnerabilidad, es decir, *cuidar de*. Este último significado es el que se asocia a la función médica, tradicionalmente a cargo de la enfermería en la atención clínica (Montoya, 2007) y, aunque menos conocida, también a la función del fisioterapeuta.

El *cuidado* también tiene una tercera acepción, en tanto que se considera que cada persona debe hacerse cargo de su propio bienestar y corregir los hábitos

1. Marco teórico

que aumentan su riesgo de enfermar. Ya no sólo se trata de esperar qué hace el profesional sanitario para cuidar el bienestar del paciente, sino, también, cómo moviliza este último sus propios recursos para conservar y recuperar su estado de salud. Así, cada persona debe tener asumida una noción de autocuidado que supere la visión tradicional del *heterocuidado* (ser cuidado por otro).

En la ética del cuidado se otorga un papel moral a las emociones; igualmente, se destaca que las decisiones éticas comprometen en forma significativa la afectividad y todas las esferas de la personalidad. En la acción de cuidar se parte de un hecho individual, como es el autocuidado, y se trasciende para atender a los que requieren ayuda para sus necesidades vitales. En consecuencia, se genera una reciprocidad que fortalece los vínculos sociales y la calidad de la atención sanitaria.

1.3.3. El concepto de salud

Tal vez el argumento que más define la base moral del cuidado de la salud, descansa en el concepto de salud por sí mismo. Muchos elementos como el dinero, el conocimiento, la fama o el estatus, tienen un valor discutible, pero la salud parece ser evidentemente una buena cosa para todo el mundo y es la condición previa para los demás valores. La buena salud es algo valioso por definición y es algo que se debe buscar y promover. El cuidado de la salud es, por lo tanto, una forma de trabajo moral. Esta idea parece ser particularmente importante en Fisioterapia, puesto que esta profesión está vinculada a desarrollar las capacidades funcionales de los pacientes y este hecho determina el nivel de salud que la persona puede llegar a alcanzar. Esta idea de salud como concepto, sugiere que las consideraciones éticas estén situadas, en cierto sentido, por encima de otros aspectos técnicos del conocimiento profesional.

J. Marco teórico

En este contexto, se puede afirmar que la *“ética proporciona los fines del cuidado profesional mientras que el conocimiento y las habilidades técnicas proporcionan los medios para alcanzar tales fines”* (Sim, 1997:6).

1.4. LA FISIOTERAPIA REQUIERE UNA ÉTICA PROFESIONAL PROPIA

La ética en la práctica profesional de la Fisioterapia adopta una perspectiva distinta a la de otras profesiones sanitarias. La diferencia radica en la naturaleza misma de las profesiones, las cuales requieren que sus éticas sean acordes con las funciones que desempeñan. Guccione, ya señalaba en 1980: *“Some ethical problems are specific to physical therapists because what they do is different from what physicians, nurses and other health professionals do”* (Guccione, 1980: 1265).

Algunas de las razones por las que se considera que la ética profesional en Fisioterapia es distinta de la de otras profesiones sanitarias como la Medicina, son las siguientes:

- Los casos tratados en Medicina, a menudo son situaciones agudas con un claro diagnóstico y un concreto punto final (salvo en pocas excepciones como la cirugía plástica o la psiquiatría). Sin embargo, los fisioterapeutas con frecuencia están involucrados en el manejo de problemas crónicos y progresivos, resultando muy difícil en ocasiones, establecer el punto final en el tratamiento, de modo que ese punto en el que los objetivos se han alcanzado, es incierto (Poulis, 2007).
- La relación entre el médico y el paciente generalmente es una relación discreta, finita y episódica (Kaplan *et al.*, 1989), pero el contacto entre el paciente y el fisioterapeuta tiende a ser prolongado en el tiempo y con frecuentes encuentros en los que, además, hay un contacto corporal di-

I. Marco teórico

recto, por ejemplo en técnicas como el masaje, la manipulación vertebral o los ejercicios asistidos. Estos encuentros pueden provocar una implicación emocional del fisioterapeuta o del paciente (Poulis, 2007).

- La relación que se establece entre el médico y el paciente es activa y pasiva respectivamente, mientras que en Fisioterapia, este modelo se sustituye por una cooperación mutua entre ambos. El bienestar del paciente requiere una participación muy activa por su parte en el tratamiento fisioterápico, por lo tanto, la responsabilidad de su éxito o fracaso, a menudo es compartida con el fisioterapeuta, a diferencia de lo que ocurre en otras profesiones sanitarias (García Sánchez, 2006).

La dificultad de determinar el punto final de un tratamiento fisioterápico, la relación tan prolongada en el tiempo que se establece con el paciente, así como el contacto corporal que se requiere en las maniobras de evaluación y tratamiento, o la responsabilidad que se le atribuye al paciente de participar activamente en su recuperación, son algunos aspectos de la Fisioterapia que generan situaciones éticas propias de la profesión y que la diferencian de las demás profesiones sanitarias. En Medicina, por ejemplo, los temas éticos son más trascendentales y entrañan un gran debate público (aborto, eutanasia, trasplante de órganos, experimentación con humanos, etc.); los fisioterapeutas están relacionados con estas cuestiones como miembros del equipo sanitario, pero su involucración en las decisiones sobre estos temas no es tan directa (Guccione, 1980; Vielva, 2002; Poulis, 2007).

A la vista de tales argumentos, se constata que la ética profesional de la Fisioterapia es específica de la profesión, dada su propia naturaleza, y se ha reconocido como un área de estudio similar, pero diferente de la ética de la Medicina o de la Enfermería. Purtilo, a finales de los años 70 ya apuntaba hacia la necesidad de considerar las semejanzas y las diferencias de la ética en estas tres profesiones

I. Marco teórico

sanitarias, para poder desarrollar los materiales más adecuados para su docencia en Fisioterapia (Purtilo, 1978).

1.5. PRINCIPALES CUESTIONES ÉTICAS EN FISIOTERAPIA

Como se viene afirmando en el apartado anterior, dado que las cuestiones éticas⁶ están integradas en los encuentros clínicos, cada profesión sanitaria tiene sus propios dilemas y problemas éticos.

Thompson (1976), en sus estudios sobre la ética médica realizados en los años setenta, ya pudo contemplar, en general, tres fuentes de conflicto en las profesiones sanitarias que conviene señalar, dado que se adaptan perfectamente a lo que ocurre en el campo de la Fisioterapia: por un lado, hay conflictos que surgen al confrontarse las convicciones privadas de las personas, con su concepto de lo que requiere su rol profesional. Por otro lado, los hay que surgen cuando las actitudes, valores y objetivos de una profesión confluyen con los de otra distinta, y finalmente, surgen conflictos cuando el *ethos* (ideología) de una profesión entra en conflicto con el de la sociedad en la que trabaja.

Figura 2. Fuentes de conflicto en las profesiones sanitarias (Thompson, 1976)



Fuente: elaboración propia

⁶ Una cuestión ética es cualquier situación que puede tener implicaciones morales (Greenfield, 2007).

Purtilo (1974, 1978 y 2005) fue la primera fisioterapeuta que detectó la necesidad de averiguar qué cuestiones éticas son las que se viven específicamente en esta profesión. A partir de entonces, varios autores han realizado estudios con el objetivo de establecer cuáles son estas situaciones, al considerar que su conocimiento constituye un punto de partida fundamental para estimular el debate ético entre los fisioterapeutas e inducir a la publicación de bibliografía sobre ellas que sirva de referencia para sus actuaciones profesionales (Guccione, 1980; Triezenberg, 1996; Barnitt, 1998; Geddes *et al.*, 1999; Poulis, 2007). Aunque en el apartado anterior ya se han adelantado algunas de estas cuestiones, en la siguiente tabla se exponen los objetivos y los resultados de algunos estudios relacionados con su identificación en Fisioterapia:

Tabla 1. Estudios relacionados con la identificación de cuestiones éticas en Fisioterapia

AUTOR/AÑO	OBJETIVO DEL ESTUDIO	RESULTADOS
Guccione, 1980	Identificar problemas éticos frecuentes en Fisioterapia y averiguar cuáles son los más difíciles de solucionar en la práctica profesional, en una muestra de 450 miembros de la APTA (American Physical Therapy Association)	Se detectaron las siguientes cuestiones primarias (con altos niveles de frecuencia y dificultad), clasificadas en cuatro grupos: 1) ¿Quién debería ser tratado?: establecer prioridades cuando el tiempo o los recursos son limitados; interrumpir el tratamiento cuando el paciente no cumple con sus obligaciones; continuar el tratamiento en un enfermo terminal o continuarlo cuando ya se han alcanzado los objetivos. 2) Relación paciente-fisioterapeuta: determinar responsabilidades cuando las necesidades del paciente o sus objetivos entran en conflicto con los de sus familiares. 3) Obligaciones morales y cuestiones económicas: atender a pacientes sin recursos económicos. 4) Relación con otros profesionales

		<p>sanitarios: mantener la confianza del paciente en otros profesionales a pesar de las opiniones personales.</p>
<p>Triezenberg, 1996</p>	<p>Identificar las cuestiones éticas actuales de los fisioterapeutas y las que aparecerán en el futuro, mediante técnica Delphi con expertos de la APTA (American Physical Therapy Association).</p>	<p>Se obtuvieron 16 cuestiones éticas entre actuales y futuras:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 6 relacionadas con los derechos y el bienestar de los pacientes: consentimiento informado, confidencialidad, abuso físico y sexual, características sociales y relaciones personales. - 5 cuestiones profesionales: sobreutilización de los servicios, mantenimiento de la competencia clínica, supervisión del personal y del entorno y denuncias de las malas conductas de los compañeros. - 5 cuestiones relacionadas con los negocios y los factores económicos: tarifas adecuadas, publicidad, asignación de recursos, explotación del personal, fraude en la facturación.
<p>Barnitt, 1998</p>	<p>Identificar dilemas éticos presenciados por fisioterapeutas (FT) y terapeutas ocupacionales (TO), el contexto en que aparecen y los principios éticos utilizados, mediante un cuestionario estructurado, a 238 TO y 249 FT.</p>	<p>Se identificaron entre los FT cuestiones relacionadas con la escasez de los recursos, con la efectividad de los tratamientos, la incompetencia del personal, no decir la verdad, falta de respeto a las opiniones del FT y pacientes difíciles. En los TO las cuestiones estaban relacionadas con comportamientos difíciles o peligrosos de los pacientes y también del personal no profesional. El contexto más frecuente en FT era la Fisioterapia respiratoria, seguido de la reurológica. En TO, primero en enfermedades mentales, seguido de dificultades en el aprendizaje. Ambos utilizaron los mismos principios éticos.</p>
<p>Geddes et al., 1999</p>	<p>Proporcionar un texto que trate de las cuestiones éticas más importantes de los fisioterapeutas, mediante grupos de discusión (<i>focus groups</i>) con estudiantes,</p>	<p>Identificaron los siguientes: consentimiento informado, decir la verdad, privacidad y confidencialidad, no discriminación y respeto por las diferencias individuales, tratamientos experimentales, trasplante y donación</p>

	docentes y clínicos.	de órganos, decisiones al final de la vida, calidad de vida, distribución de recursos, defensa del cliente, bienestar social y ética de la colegiación profesional.
Poulis, 2007	Reflexiones sobre cuestiones éticas actuales en Fisioterapia	Dificultad en encontrar el punto final de los tratamientos (<i>end point</i>), proximidad en la interacción fisioterapeuta-paciente, diagnóstico y tratamiento para una gran cantidad de problemas de salud (desde lesiones deportivas hasta enfermedades neurológicas), implicación de los pacientes en el tratamiento, investigación en Fisioterapia.

Fuente: elaboración propia

Como resultado de estos trabajos, se puede considerar que algunas de las principales situaciones éticas a las que se enfrentan los fisioterapeutas en la práctica clínica son los siguientes:

- ¿Cómo se debería priorizar el tratamiento a los pacientes⁷ cuando hay escasez de recursos?
- ¿Algunos pacientes son más meritorios de unos tratamientos que otros?
- ¿Se debería obtener siempre el consentimiento informado antes de tratar a un paciente?. En caso afirmativo, ¿cómo de informado debería ser y qué forma debería tener?
- ¿Es justificable continuar el tratamiento a un paciente que se ve que es inefectivo sólo porque el tratamiento tiene que continuar?
- ¿Bajo qué circunstancias está permitido causar a los pacientes malestar o dolor?
- ¿Qué información se le debe dar a un paciente respecto a su diagnóstico o pronóstico?

⁷ A lo largo de la presente tesis se utiliza el género masculino para referirse de manera genérica tanto a hombres como a mujeres.

Marco teórico

- ¿Con quién está permitido discutir información personal sobre un paciente o los detalles de su tratamiento?
- ¿Hasta qué grado de riesgo personal deberían los fisioterapeutas exponerse en el curso de su trabajo?
- ¿A quién le debe su lealtad el fisioterapeuta, al paciente o a la institución para la que trabaja?
- ¿Se debe permitir que un paciente rechace un tratamiento fisioterápico cuando parece evidente que es necesario para su salud?
- ¿Debe un fisioterapeuta denunciar una mala práctica o mala conducta de un compañero por el bien del paciente?
- ¿Se le puede dar el alta a un paciente que no se responsabiliza de manera activa de su propia recuperación?

Como ya advirtió Guccione (1980), a pesar de la variada y extensa lista de cuestiones éticas que se planteaban en Fisioterapia, la bibliografía al respecto era muy escasa. Esta situación no parece ser distinta en la actualidad, ya que revisiones bibliográficas más recientes (Carpenter y Richardson, 2008), ponen en evidencia la escasez de artículos relacionados con este tipo de cuestiones éticas en Fisioterapia. Y en la reciente revisión bibliográfica realizada con motivo del presente trabajo, solamente ha aparecido un artículo posterior a 2008, sobre la denuncia de irregularidades en la práctica asistencial de los fisioterapeutas (Mansbach *et al.*, 2010). Los temas presentes en la literatura están relacionados con el consentimiento informado, la veracidad, la confidencialidad, el secreto profesional, la denuncia de irregularidades de los compañeros, la lealtad y la discriminación. A continuación se desarrollan, con mayor profundidad, aquellas cuestiones éticas que se consideran más relevantes en Fisioterapia, atendiendo a su mayor presencia en la bibliografía actual.

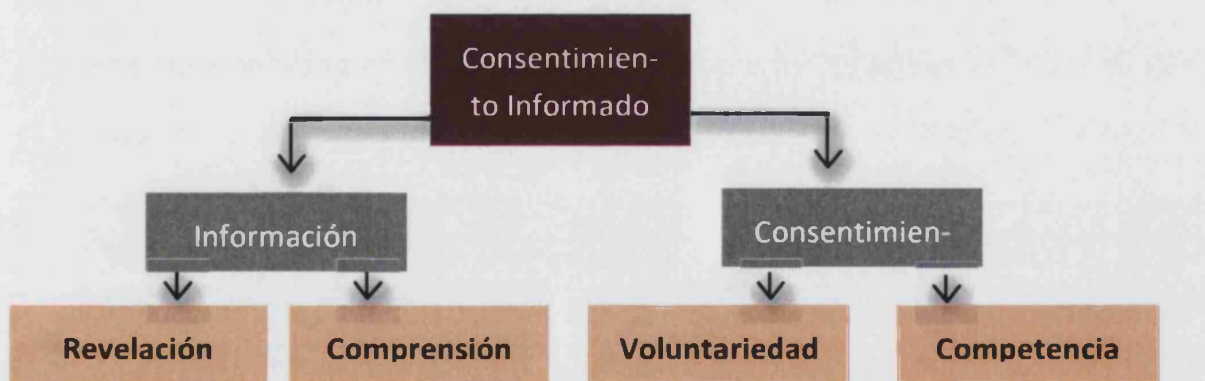
1.5.1. El consentimiento informado

Una de las cuestiones éticas más frecuentes en Fisioterapia son las relacionadas con el consentimiento informado (Purtilo, 1984; Sim, 1986 y 1989; Coy, 1989; Vines, 1996; French y Sim, 2004; Delany, 2008).

Obtener el consentimiento de los pacientes es una obligación ética y también legal; mientras la ley proporciona reglas prescriptivas, las teorías éticas y el principio bioético de autonomía proporcionan las bases morales de su cumplimiento (Delany, 2008).

El consentimiento informado es un acuerdo voluntario y revocable de una persona competente a participar en un procedimiento terapéutico o de investigación, basado en una adecuada comprensión de su naturaleza, propósito e implicaciones (Sim, 1986). French y Sim (2004), argumentan que se requieren algunos elementos asociados a la *información* y al *consentimiento* que conviene señalar (figura 3).

Figura 3. Elementos del consentimiento informado



Fuente: French y Sim, 2004

Según estos autores, informar al paciente requiere dos procesos imprescindibles: por un lado la *revelación* y por otro, la *comprensión*. La *revelación* es lo que el fisioterapeuta va a proporcionar al paciente (un procedimiento de evaluación o

1. Marco teórico

tratamiento) y debe contener toda la información suficiente para que éste pueda decidirse, teniendo en cuenta que un paciente está informado cuando tiene los datos suficientes como para tomar una decisión (Kyler-Hutchinson, 1988).

Por otro lado, es necesario que haya *comprensión* por parte del paciente, lo cual requiere del fisioterapeuta un esfuerzo para adaptarse a él, a su modo de comprender las cosas.

El *consentimiento*, por su parte, requiere por un lado, la *competencia* del paciente, es decir, su capacidad de tomar decisiones, y por otro, la *voluntariedad*, que se refiere al grado en que el paciente se siente libre de dar o negar dicho consentimiento. El conjunto de todos estos elementos es lo que garantiza la autonomía del paciente en las situaciones en las que ha de decidir sobre él mismo. Como se ha comentado anteriormente, el principio moral de la *autonomía*⁸ proporciona la base ética del consentimiento informado (Faden y Beauchamp, 1986; Delany, 2005 y 2008).

Purtilo (1984), afirma que el consentimiento informado es un mecanismo para proteger la dignidad de las personas en el contexto sanitario y lo considera fundamental en Fisioterapia. Opina que fomenta la confianza entre el profesional de la salud y el paciente, y está relacionado con los siguientes aspectos éticos: la autodeterminación (libertad), el deber de no hacer daño y el deber de responder a las expectativas de los pacientes (fidelidad).

No queda del todo claro el contenido que dicho documento debe presentar en el ámbito de actuación del fisioterapeuta. A este respecto, Purtilo (1984) sugiere que el consentimiento informado debería contener la siguiente información: por un lado, la situación actual del paciente que ha requerido la atención fisioterápica; a continuación, una descripción del proceso de valoración realizado por el

⁸ Se hace referencia a los diferentes principios éticos básicos, en el apartado 1.7.2 de esta tesis.

fisioterapeuta; después, una lista de posibles riesgos y beneficios derivados de los actos terapéuticos o evaluadores; también debe estar presente información adicional que el profesional crea que puede ayudar al paciente a tomar una elección informada, así como información legal o de la institución. Finalmente, debe constar el compromiso, por parte del fisioterapeuta, de ir respondiendo a sus preguntas a medida que le vayan surgiendo a lo largo del proceso.

Por su parte, Delany (2007), estudió el modo en que los fisioterapeutas que trabajan en las consultas privadas, comprenden e interpretan el consentimiento informado. Como resultado de su trabajo, pudo comprobar que estos profesionales lo utilizaban más con la finalidad de dar explicaciones a sus pacientes, que de poner en su conocimiento las diferentes opciones para que pudieran decidir, enmarcándolo dentro de un contexto relacionado con lograr resultados terapéuticos, en lugar de considerarlo un marco ético de respeto a la autonomía del paciente.

1.5.2. La veracidad

La veracidad no está relacionada solamente con el hecho de informar de forma cierta y clara al paciente cuando éste se va a someter a una prueba de evaluación o a un tratamiento determinado, lo cual forma parte del consentimiento informado, sino que es un concepto más amplio en el que está implicada la honestidad del fisioterapeuta. Según Bok (1978), la honestidad de los profesionales sanitarios es muy valorada por los pacientes; más que cualquier otra cosa que puedan experimentar cuando están enfermos. También señala que los profesionales sanitarios no se dan cuenta de que no decir la verdad al paciente repercute en una pérdida de confianza, la cual es necesaria para la consecución de los objetivos terapéuticos (Veatch, 1981).

I. Marco teórico

Sim (1997), considera que hay varias maneras de faltar a la verdad: por un lado, no revelando la información que es importante para el paciente, o una parte de ella; por otro lado, proporcionando la información, pero creando una impresión engañosa y, finalmente, mintiendo. Dado que de las tres maneras se consigue la decepción del paciente, no hay apenas diferencias entre ellas a nivel moral. Además, si éste se da cuenta de que ha sido engañado, la mentira puede resultar incluso más dañina para él que decirle la verdad (Beauchamp & Childress, 2001).

Determinar las necesidades de información de los pacientes es un proceso difícil y exigente que requiere tacto, sensibilidad y empatía (French y Sim, 2004). En Fisioterapia, muchas veces los pacientes requieren del profesional información que no han obtenido del médico, lo cual genera una situación moralmente estresante para él porque desconoce su responsabilidad moral respecto a la información que debe o no debe proporcionar. Según Sim (1997), cuando un fisioterapeuta se encuentra ante una situación ética en la que ha de decidir si dar o no una información, podrían ayudarle las siguientes cuestiones:

- ↪ ¿Hay alguna razón para pensar que el paciente verdaderamente no desea conocer esa información?
- ↪ ¿Es mi responsabilidad como fisioterapeuta el proporcionar ese tipo de información que me pide el paciente?. Y si no es el caso, ¿hay alguna razón para hacerlo?
- ↪ ¿He tratado la cuestión con otros miembros del equipo multidisciplinar? ¿Qué opinan ellos que debo decirle al paciente?
- ↪ ¿Tengo las habilidades interpersonales y de comunicación adecuadas y los conocimientos necesarios para informar al paciente apropiadamente?

- Si la información parece tener consecuencias estresantes o inquietantes ¿se ha tomado alguna medida para manejar la reacción del paciente?

1.5.3. La confidencialidad y la privacidad

La confidencialidad en Fisioterapia es uno de los principales tópicos y es una de las cuestiones sobre la que existen algunos artículos publicados. En un estudio realizado por Cross y Sim (2000), se evidenció que los fisioterapeutas consideran la confidencialidad como una importante cuestión ética y legal en su práctica.

Si la veracidad es una parte de la relación de confianza que se establece entre fisioterapeuta y paciente, la confidencialidad y la privacidad constituyen la otra parte (French y Sim, 2004). La privacidad está relacionada con el acceso a otras personas. Puede ser un acceso físico, pero, generalmente, en el entorno sanitario, se refiere al acceso a información crucial. La confidencialidad se relaciona con el uso que se hace de la información que se posee sobre una persona. Por lo tanto, la privacidad es algo que puede ser *invadido* y la confidencialidad es algo que puede ser *violado* (Gert *et al.*, 1997). Ambos conceptos imponen deberes negativos: no introducirnos en la vida de otros y no revelar información que poseemos de otras personas. La confidencialidad se asume implícitamente en la relación fisioterapeuta-paciente.

Éste la espera naturalmente de aquél, como profesional de la salud. En este sentido, Cain (1998) afirma que asumir el rol profesional es hacer una promesa implícita de confidencialidad.

Los fisioterapeutas, en ocasiones, se enfrentan a cuestiones éticas en las que no saben manejar el hecho de tener que contar o no una información que se le ha

Marco teórico

revelado de manera confidencial. En este sentido, Sim (1997) propone también algunas consideraciones que podrían servir de orientación al profesional:

- Se debe asumir por defecto que la confidencialidad hay que respetarla. En caso de tener que invalidar este deber en una situación concreta, se deben alegar razones importantes.
- El hecho de que haya consecuencias legales en caso de no respetar la confidencialidad, no significa necesariamente que sea moralmente reprobable el hacerlo.
- Antes de recurrir a romper la confidencialidad, se deberían explorar otras posibilidades.
- Valorar si lo que está en riesgo cuando se mantiene la confidencialidad, son los propios intereses de los pacientes.
- Se debe valorar con cuidado en cada caso, la probabilidad de causar daño si se mantiene la confidencialidad. Algunas veces se causará un daño seguro al paciente si se rompe su confianza y solamente un daño probable a otros si se mantiene la confidencialidad.
- Es necesario examinar también las consecuencias a largo plazo en el caso de revelar una confidencia.

Cross y Sim (2000), tras un estudio realizado para averiguar las causas por las que era difícil para los fisioterapeutas mantener la confidencialidad en el entorno hospitalario, llegaron a las siguientes conclusiones: por un lado, los boxes de evaluación y tratamiento suelen estar muy próximos entre sí; por lo tanto, se llega a escuchar aún de forma involuntaria, lo que se habla en ellos. Por otro lado, no se suele disponer de salas privadas para poder evaluar individualmente al paciente. Otra de las razones por la que se dificulta el mantenimiento de la confidencialidad es que las salas de tratamiento a menudo son frecuentadas por todo tipo de

profesionales, que emiten sus juicios en presencia de pacientes y fisioterapeutas. Finalmente, también ocurre que la excesiva presión asistencial dificulta al fisioterapeuta ausentarse del lugar de trabajo para comentar temas privados. Estas causas pueden ser perfectamente aplicables a la situación de los hospitales españoles.

1.5.4. Otras cuestiones éticas en Fisioterapia

Otras cuestiones éticas de la profesión, con una menor presencia en la bibliografía, aunque no por ello menos importantes en Fisioterapia, se exponen a modo de resumen en la siguiente tabla:

Tabla 2. Otras cuestiones éticas en Fisioterapia, presentes en la literatura

AUTOR/AÑO	OBJETIVO DEL ESTUDIO	CONCLUSIONES
Secreto profesional		
Collado <i>et al.</i> , 2003	Exponer las bases éticas y legales del secreto profesional en Medicina y Fisioterapia	El secreto profesional en las profesiones sanitarias es fundamental para fomentar la confianza entre el paciente y el personal sanitario. Para poder preservar este secreto es necesario que los profesionales dispongan de la información y los medios adecuados para su salvaguarda y, asimismo, que la legislación ofrezca el adecuado marco legal que proteja la información sobre los enfermos contenida en historias clínicas, fichas o bancos de datos
Denuncia de malas conductas de compañeros		
Banja, 1985	Presentar varias cuestiones inherentes a la idea de la denuncia de malas conductas y dis-	El fisioterapeuta que decide denunciar una irregularidad necesita haber considerado el motivo de su queja con mucho cuidado. Si se ha considerado

I. Marco teórico

	cutir algunas estrategias para que los fisioterapeutas puedan hacerle frente en situaciones en sea éticamente perjudicial para los pacientes	con un cuidado adecuado y con honestidad, y aún así siente que debe denunciarlo, la profesión y los pacientes ganarán con ello.
Mansbach <i>et al.</i> , 2010	Presentar el dilema ético de la denuncia de irregularidades en Fisioterapia y sugerir algunas líneas para investigaciones futuras y modos de integrarlo en el currículo del fisioterapeuta	Los estudiantes debían elegir entre el bien público y su lealtad a los colegas o supervisores. Consideraban que las malas conductas profesionales causaban daño a los pacientes y manifestaban su deseo de denunciarlo, aunque preferentemente a una autoridad dentro de la organización.
Lealtad		
Bruckner, 1986	Ilustrar el dilema del "agente doble" (lealtad al paciente o a la institución), mediante un caso hipotético en un entorno deportivo.	Ante un dilema la solución nunca es única ni fácil de tomar. Lo único que se puede esperar es el consuelo interior de haber considerado todas las alternativas y haber elegido la más justa.
No discriminación		
Sim y Purtilo, 1991	Examinar tres líneas de razonamiento: moralidad, responsabilidad y el daño ocasionado a otros, para el tratamiento de pacientes con SIDA.	Los autores concluyen que existen varios modos de tratar a estos pacientes, en un contexto seguro y solidario.

Fuente: elaboración propia

1.6. LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

El tema de la responsabilidad es tan significativo en el campo temático de la ética profesional, que ha sido tratado por muchos autores. Por ejemplo, para Escámez y Gil (2001:11), la responsabilidad consiste en: *"... la asunción de la propia autonomía, es decir, en la aceptación de que soy capaz de alcanzar pensamientos que*

I. Marco teórico

puedo justificar y de tomar decisiones de las que puedo dar cuenta a los demás y a mí mismo”.

Para Vielva (2002) y Etxeberria (2002), cualquier persona es responsable cuando hace algo, pero también cuando se le supone un deber y no cumple con él. Para que sea responsable de la acción, debe actuar libremente, sin coacción ni manipulación y además, debe ser consciente de sus actos. El profesional es responsable de su conducta y de los tratamientos que aplica o debería aplicar, así como también del daño que derive de ello. Es responsable ante él mismo y ante todos a los que alcanzan las consecuencias de sus acciones.

El concepto de responsabilidad en las profesiones sanitarias, es una cuestión clave (Budd y Sharma, 1994). La responsabilidad del fisioterapeuta respecto al médico y al paciente hace ya muchos años que fue estudiada por varios autores norteamericanos (Hardenberg, 1946; Haskell, 1949; Marton, 1950; McLoughlin, 1941), aunque, el concepto de ética en sus artículos estaba representado en términos de *comportamiento profesional apropiado*.

La responsabilidad profesional es tanto individual como colectiva:

- ↪ De manera individual, es responsable, por ejemplo, de formarse y mantenerse actualizado o de la información que le proporciona al paciente.
- ↪ A nivel colectivo, tiene la responsabilidad de contribuir a la investigación para desarrollar el campo de conocimientos de la profesión y, en consecuencia, mejorar sus servicios. También de establecer unas condiciones adecuadas de trabajo o de influir en las políticas sanitarias.

En Fisioterapia, la acción de los profesionales está supeditada a las decisiones diagnósticas y terapéuticas del médico. En la sanidad pública, este hecho es muy notable y es fuente de conflictos éticos en muchas ocasiones. En la práctica pri-

I. Marco teórico

vada, el paciente puede ser tratado a criterio del fisioterapeuta, pero siempre a partir del diagnóstico emitido por el médico. Teniendo en consideración este hecho, si bien para ser responsable se ha de ser libre para realizar las acciones, el fisioterapeuta parece no disponer de esa libertad; sin embargo, no puede excusarse y atribuir la responsabilidad de sus actos a nadie más que a él mismo, ya que es responsable de sus actos profesionales. Y debe actuar valorando las consecuencias de los mismos, ya que es responsable incluso, de llevar a cabo acciones erróneas del médico que puedan dañar al paciente o de las acciones que delega en el personal auxiliar. También lo es de tolerar las incompetencias de otros profesionales (Vielva, 2002).

El fisioterapeuta tiene responsabilidades relacionadas con la profesión, los pacientes y la sociedad, pero también con la institución en la que trabaja. Cuando el fisioterapeuta por defender a su paciente se enfrenta con la institución, se encuentra ante un conflicto ético. En Fisioterapia y otras profesiones sanitarias, que existan este tipo de conflictos es moralmente muy saludable, porque eso significa que existe un interés por parte del profesional de defender lo que es el bien legítimo de la profesión: la salud y el bienestar de los pacientes. Los fisioterapeutas que eligen la profesión, adquieren el compromiso de ayudar a otras personas a mejorar su calidad de vida.

El fisioterapeuta es responsable de la calidad de los tratamientos que ofrece. De manera individual, los servicios prestados deben ser los mejores posibles, lo cual exige competencia, manteniendo al día sus conocimientos, ya que a los fisioterapeutas se les puede suponer una preparación general, pero no específica y adecuada en todos los campos en los que se requiere su participación. En este sentido, es fundamental que el fisioterapeuta reconozca sus limitaciones y dificultades solicitando ayuda cuando la necesite. Tampoco debe aceptar funciones

para las que no se está preparado; y si es necesario, solicitar tiempo y medios para su preparación (Sim, 1997).

Como integrante de un equipo de trabajo, el fisioterapeuta debe saber que la atención que recibe un paciente es, en definitiva, tarea de todo el equipo, por lo tanto, debe tener sentido de equipo y de esa manera beneficiarle. Por otro lado, el fisioterapeuta debe subsanar los fallos de otros o corregirlos para no causarles daño.

Vázquez y Escámez (2010:4) afirman: *“las buenas prácticas de los profesionales generan la confianza de los ciudadanos en el profesional y en sus colegas de profesión, además, satisfacen las expectativas sociales sobre el significado de la profesión y la fiabilidad de la misma para resolver los problemas personales y sociales”*.

1.6.1. Responsabilidad ética y legal

En general, la convivencia en sociedad requiere de cada individuo un comportamiento ético y a la vez legal. De la misma manera, en el terreno profesional, todas las actuaciones deben ser éticas y también legales, con la consideración de que ambos comportamientos son diferentes. La principal diferencia entre ambos conceptos radica en que no todo lo que es ilegal es inmoral o todo lo que es ético, es legal. En España, es ilegal fumar en los restaurantes, beber alcohol en la vía pública, tocar el claxon en el casco urbano, pero no por ello estas actuaciones se ven como inmorales. Sin embargo, romper una promesa, dejar en ridículo a alguien en público o tomar prestado algo sin permiso, son comportamientos inmorales, pero no son ilegales en circunstancias normales. Otras de las diferencias entre ética y legalidad, podrían ser las siguientes:

I. Marco teórico

- La ley está relacionada con prohibiciones, mientras que la moral no sólo está relacionada con prohibiciones sino también con prescripciones (dice lo que se debe hacer).
- La ley no cubre todos los aspectos de la vida, no está hecha para cosas triviales, mientras que la ética cubre todos los aspectos diarios y cotidianos.
- Las leyes pueden ser modificadas por la acción humana en cualquier momento. En ética, estos cambios no ocurren; algo no puede ser correcto e inmediatamente después ser incorrecto.
- En la ley se llega a una única conclusión sobre un caso dado, y a veces puede que no parezca ser la más adecuada; la ley hace juicios no ambiguos sobre una evidencia y el caso queda cerrado. En ética prevalece la ambigüedad y la ausencia de una conclusión única.
- Las leyes no pueden entrar en conflicto y si lo hacen, se interpreta como un defecto en ellas. Los conflictos morales ocurren y cuando lo hacen, no los vemos como un defecto de la moralidad en sí misma.
- La ley obliga a compensar por los daños ocasionados. La responsabilidad legal obliga a cumplir con las leyes del Código Civil y Penal, con la legislación sanitaria nacional y autonómica o con la legislación laboral. La vida en sociedad exige cumplir unos derechos y unas obligaciones, dar cuenta ante la ley y el estado. La ética, por su parte, implica tener que rendir cuentas de nuestra propia conducta, ante nosotros mismos, ante nuestra conciencia.

En Fisioterapia, ética y legalidad coinciden en su mayoría, aunque, como en otras profesiones, hay conductas que están sujetas a responsabilidad moral pero no legal, y viceversa. Esta circunstancia se evidencia, por ejemplo, cuando se comprueba, en algunas ocasiones, que las actuaciones profesionales de los

fisioterapeutas no son las más adecuadas a las necesidades concretas del paciente, dejándose ver el desinterés o la dejación en la actualización de conocimientos y habilidades, no siendo estas actuaciones legalmente sancionables. Del mismo modo, las actuaciones del fisioterapeuta que obedecen exclusivamente las indicaciones del médico si ser críticamente contrastadas, se ajustan a la legalidad, pero, algunas veces no son adecuadas moralmente.

El fisioterapeuta hoy, para definir los límites de su autonomía legal y profesional, debe examinar la práctica de su profesión desde un punto de vista ético. Al hacerlo, respeta los derechos de los pacientes, mantiene su integridad como profesional y promueve los ideales de la profesión (Guccione, 1980).

Por su parte, Pellegrino, declaró: *“to reconstruct the ideal of a profession we do not need legal sanction. Rather we need to reconstruct the moral authenticity of our act of profession. Always, the battle to be won is an internal one between the pull to self-interest and the obligations to serve”* (Pellegrino, 1983:176).

1.7. LOS PRINCIPIOS ÉTICOS BÁSICOS

Se habla de ética profesional porque hay actuaciones profesionales buenas y malas; unas son éticamente recomendables y otras reprobables. Lo que permite discriminar entre actuaciones profesionales aceptables y no aceptables, son los principios éticos profesionales (Vielva, 2002), los cuales pueden ser considerados como el enunciado de un valor ético fundamental o creencia, que justifica las decisiones éticas y las acciones (Sim, 1997).

Cobo (2001:128-129), señala la influencia de los principios éticos sobre las personas, del siguiente modo: *“No hay que olvidar, por ejemplo, lo que el cumplimiento o incumplimiento habituales de las normas de la ética profesional,*

I. Marco teórico

puede influir en la conformación del mundo de valores y actitudes de la persona. Y sucede también que la vida personal de los profesionales que se esfuerzan habitualmente por tener un comportamiento deontológico correcto, suele verse afectada por diversos problemas de conciencia que le surgen en el mismo ejercicio profesional”.

Tradicionalmente se consideran los siguientes principios éticos básicos (Beauchamp y Childress, 2001)⁹: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, los cuales constituyen la fundamentación teórica en la toma ética de decisiones.

1.7.1. Beneficencia y no maleficencia

Según el principio de beneficencia, se debe luchar por fomentar los intereses de los demás, proporcionándoles beneficios. Alguien puede actuar o producir el bien a una persona, o puede actuar de manera que le evite el daño. Dar comida y agua a una persona o cualquier otra acción similar para darle placer o satisfacción, es un ejemplo de beneficencia. Lanzar un flotador a alguien que se está ahogando en la piscina, es un ejemplo de no maleficencia. Ambos tienen en común que la persona está mejor que antes como resultado de la acción.

⁹ En los años 70, la bioética era casi un sinónimo de ética de la investigación y ética clínica, pero más tarde se extendió a todas las biociencias. En el año 1974, el Congreso de los Estados Unidos creó una comisión para elaborar directrices éticas con el objetivo de proteger y garantizar los derechos de las personas incluidas en estudios de investigación biomédica, ya que habían sido en algunas ocasiones, hasta ese momento, víctimas del afán experimentador de los científicos. Como consecuencia, en 1978 se redactó el Informe Belmont, que es uno de los primeros documentos escritos sobre bioética en el que se acepta como principios fundamentales de la bioética, los siguientes: *principio de beneficencia, de autonomía y de justicia*. En 1979, Beauchamp y Childress, introdujeron en la reflexión bioética, el concepto de *no maleficencia*, que resultó ser el cuarto principio de la bioética, reconocido universalmente.

La beneficencia considera la necesidad de evaluar las ventajas y las desventajas, los riesgos y los beneficios de los tratamientos propuestos, con el objeto de maximizar éstos y disminuir aquéllos. Tiene una dimensión positiva que implica el deber inquebrantable de llevar a cabo acciones específicas encaminadas a procurar el bienestar de las personas, defender sus derechos, prevenir el daño, eliminar las condiciones que le generan riesgo, malestar y dolor, entre otras. Según Cobo (2000:90), *“Este principio de beneficencia de la ética de las profesiones (del latín bene efficiens: ‘el que obra bien’) puede definirse así: el profesional debe utilizar los conocimientos y demás recursos que le otorga la profesión para proporcionar a los clientes o usuarios del servicio, tanto personales como institucionales, el bien que solicitan y tienen derecho a esperar de él... la búsqueda de ese bien ha de orientar y enmarcar toda la actividad profesional”*.

La no maleficencia obliga a evitar el daño físico o emocional y el perjuicio en la aplicación de procedimientos o de intervenciones. Consiste en no hacer daño, no perjudicar ni hacer mal ni al paciente ni a otros; no manipularles, ni ejercer violencia sobre ellos, no violar sus derechos, ni ignorarles como personas, no cometer injusticias con ellos privándoles de lo que se les debe o les corresponde.

Define el derecho de toda persona a no ser discriminada por consideraciones biológicas, tales como raza, sexo, edad, situación de salud, etc. y determina el correspondiente deber de no hacer daño, aún cuando el interesado lo solicitara expresamente.

1.7.2. Autonomía

Este principio ético básico está relacionado con la libertad de las personas. Implica la protección de su derecho a la autodeterminación. Seedhouse (1986), defiende que las personas deberían poder elegir entre sus propios potenciales y

I. Marco teórico

los profesionales de la salud no deberían influir en sus decisiones a menos que ello perjudicara su salud o interfiriera con la de otros. El cuidado de la salud está relacionado con la protección y promoción de la autonomía personal.

La autonomía se refiere a la necesidad de respetar el derecho que tienen las personas autónomas para decidir entre las opciones que a su juicio son las mejores, entre las diferentes posibilidades de las que se les haya informado, conforme a sus valores, creencias y planes de vida. Son decisiones respecto a su cuerpo y a su salud. Este principio sustenta la necesidad de contar con un consentimiento informado y el derecho a negarse a una intervención o participación en una relación clínica o de investigación. De este principio se desprende el deber de proteger a quienes no tienen esta capacidad, es decir a quienes no son autónomos, a los cuales se ha de respetar igualmente su dignidad e individualidad. Se debe respetar la dignidad como personas, considerando la unicidad y el valor inherente de cada una de ellas. Una clave importante de este principio, es la prohibición de Immanuel Kant de utilizar a las personas solamente como medios. Eso supondría faltar al respeto de su dignidad humana.

1.7.3. Justicia

La justicia sitúa el ejercicio profesional en el marco de una ética social. Es el principio por el cual se pretende que la distribución de los beneficios, los riesgos y los costos en la atención sanitaria, se realicen de forma justa, es decir, que se distribuyan equitativamente entre todos los grupos de la sociedad.

Se refiere, asimismo, a que todos los pacientes en situaciones parecidas deban tratarse de manera similar y con las mismas oportunidades de acceso a los mejores métodos diagnósticos y terapéuticos.

Cobo (2000) argumenta que en el mundo actual, en el que cuatro quintas partes de la humanidad padecen pobreza y carencias en bienes básicos, la justicia, como principio moral, interpela a cada profesional para que no queden personas sin atender en sus derechos y necesidades básicas, en el sector de su ámbito profesional.

Según Hortal (2002) esta pluralidad de principios sólo plantea problemas cuando entran en conflicto y uno debe subordinarse al otro; en este sentido, la mayor parte de los dilemas de la bioética, afirma, se suelen resolver haciendo prevalecer el principio de autonomía sobre el de beneficencia o el principio de no maleficencia sobre el de autonomía. Al principio de justicia sólo se suele apelar en aquellas situaciones que plantean cuestiones acerca de cómo distribuir los escasos recursos de la atención sanitaria.

Aunque conviene señalar que la ética no son solamente dilemas, sino que hay conductas profesionales que no son controvertidas, ni por buenas ni por rechazables. A este respecto, Vielva afirma: *“en la vida moral de un profesional, los dilemas no tienen tanta importancia como el responder cabalmente a las exigencias éticas no conflictivas”* (Vielva, 2002:20).

1.7.4. Los principios éticos profesionales en Fisioterapia

A partir de los principios éticos básicos, la World Confederation of Physical Therapy (WCPT), de la que España forma parte a través de la Asociación Española de Fisioterapeutas, enunció unos principios éticos específicos para la profesión, con el objetivo de ser adaptados a sus particularidades en cada país. Estos principios éticos básicos son los siguientes¹⁰:

¹⁰ Traducido de la American Physical Therapy Association, Code of Ethics. Versión revisada en junio de 2011.

Marco teórico

→ **Principio ético 1:** Los fisioterapeutas deben respetar los derechos y la dignidad de los pacientes.

a. Todas las personas tienen derecho a recibir tratamiento fisioterápico con independencia de su edad, sexo, raza, nacionalidad, religión, etnia, credo, orientación sexual, discapacidad o ideas políticas.

b. Los pacientes tienen derecho a que se les respeten sus costumbres culturales.

c. Los pacientes tienen derecho a la intimidad.

d. Los pacientes tienen derecho a la confidencialidad.

e. Los pacientes tienen derecho a un consentimiento informado.

f. Los pacientes tienen derecho a recibir una información adecuada y suficiente.

g. Los pacientes tienen derecho a ser educados en salud.

h. Los pacientes no deben recibir más tratamiento fisioterápico del necesario.

i. Los pacientes tienen derecho a ser remitidos a otros fisioterapeutas mejor cualificados.

j. Los pacientes tienen derecho a elegir quién debería ser informado en su nombre.

k. Los pacientes tienen derecho a la autodeterminación incluyendo:

- La participación en las decisiones sobre su cuidado
- La petición de una segunda opinión
- La decisión de detener el tratamiento fisioterápico.

l. Los pacientes tienen derecho a reclamar y a que su reclamación se maneje adecuadamente.

l. Marco teórico

m. Los fisioterapeutas tienen la absoluta responsabilidad de asegurar que su comportamiento es siempre profesional, evitando cualquier mala conducta.

n. Los fisioterapeutas tienen derecho a la cooperación de sus colegas.

o. Los fisioterapeutas aplicarán unos principios comerciales sólidos cuando se trate de proveedores, fabricantes y otros agentes.

↪ **Principio ético 2:** Los fisioterapeutas deben cumplir con las leyes y los reglamentos que rigen la práctica de la profesión en el país en el que trabajen.

a. Los fisioterapeutas deberán comprender las leyes que regulan la práctica de la Fisioterapia, reconociendo que la ignorancia no es una excusa en caso de incumplimiento.

b. Los fisioterapeutas tienen el derecho a rechazar el tratamiento o cualquier otra intervención cuando piensen que no es lo mejor para el paciente.

↪ **Principio ético 3:** Los fisioterapeutas aceptan la responsabilidad de practicar la profesión de la manera más justa.

a. Los fisioterapeutas son profesionales independientes y autónomos.

b. Los fisioterapeutas llevarán a cabo una evaluación del paciente que le permita llegar a un diagnóstico.

c. A partir del diagnóstico y de otra información importante sobre el paciente, especialmente sus propios objetivos, el fisioterapeuta planeará e implementará el programa terapéutico.

d. Cuando los objetivos se hayan alcanzado o no puedan obtenerse más beneficios, el fisioterapeuta informará y cesará el tratamiento.

Marco teórico

- e. Cuando el diagnóstico no esté claro o el tratamiento requerido esté por encima de la capacidad del fisioterapeuta, este informará al paciente y le ayudará a buscar otra persona cualificada.
- f. Los fisioterapeutas no delegarán actividades que requieran sus propias habilidades, conocimientos y juicios, a otras personas.
- g. Cuando el médico de referencia especifique un tratamiento con el que no esté de acuerdo el fisioterapeuta, este consultará con él para desarrollar un plan más adecuado, o sugerir que refiera al paciente a otros profesionales.

→ *Principio ético 4:* Los fisioterapeutas proporcionarán un servicio honesto, profesional, competente y responsable.

- a. Los fisioterapeutas se asegurarán de que los pacientes comprenden la naturaleza del servicio que se les presta, especialmente en lo referente al tiempo y al dinero.
- b. Los fisioterapeutas realizarán un programa continuo de desarrollo personal diseñado para mantener y mejorar sus conocimientos y habilidades profesionales.
- c. Los fisioterapeutas mantendrán un adecuado registro de los pacientes así como la evaluación de sus actividades.
- d. Los fisioterapeutas no revelarán ninguna información sobre un paciente a un tercero sin su permiso o conocimiento previo, a menos que lo exija la ley.
- e. Los fisioterapeutas participarán en la evaluación de su trabajo, los resultados de la cual no podrán ser divulgados a un tercero sin su permiso.
- f. Los principios éticos deben regir la práctica de la Fisioterapia y si surgen conflictos, el fisioterapeuta tratará de solventarlos buscando la ayuda de la asociación nacional de Fisioterapia si fuera necesario.

I. Marco teórico

g. Los fisioterapeutas deberán utilizar la tecnología sólo cuando sea eficaz en el logro de los objetivos terapéuticos.

→ **Principio ético 5:** Los fisioterapeutas están comprometidos a proporcionar servicios de calidad de acuerdo a las políticas de calidad y objetivos definidos por la asociación de fisioterapeutas de su país.

a. Los fisioterapeutas conocerán las normas actualmente aceptadas para la práctica de su profesión.

b. Los fisioterapeutas deberán participar en un proceso de educación continua para mejorar sus conocimientos básicos y proporcionar otros nuevos.

c. Los fisioterapeutas apoyarán a la investigación lo cual contribuirá a la mejora de atención al paciente.

d. Los fisioterapeutas apoyarán una educación de calidad en el ámbito académico y clínico.

e. Los fisioterapeutas dedicados a la investigación se atenderán a las normas vigentes para asegurar: el consentimiento del paciente, la confidencialidad, la seguridad y el bienestar. Cualquier incumplimiento de las normas se notificará a las autoridades competentes.

f. Los fisioterapeutas difundirán libremente los resultados de su investigación, sobre todo en revistas y conferencias.

g. Los fisioterapeutas en el papel de empresarios deberán:

- Asegurar que todos los empleados estén correcta y debidamente cualificados.
- Ofrecer oportunidades suficientes para la educación y el desarrollo personal de los trabajadores.

→ **Principio ético 6:** Los fisioterapeutas tienen derecho a un nivel justo y equitativo de remuneración por sus servicios.

Marco teórico

- a. Los fisioterapeutas deben intentar garantizar que las tarifas sean razonables.
 - b. Los fisioterapeutas no ejercerán un uso indebido que redunde en un beneficio personal.
- *Principio ético 7:* Los fisioterapeutas proporcionarán información exacta a los pacientes, a otras agencias y a la comunidad acerca de los servicios que proporcionan.
- a. Los fisioterapeutas deberán participar en programas de educación pública, proporcionando información sobre la profesión.
 - b. Los fisioterapeutas tienen el deber de informar al público y a los profesionales de referencia sobre la verdadera naturaleza de sus servicios, para que los pacientes sean más capaces de tomar una decisión sobre su uso.
- *Principio ético 8:* Los fisioterapeutas contribuirán a la planificación y desarrollo de servicios dirigidos a las necesidades de salud de la comunidad.
- a. Los fisioterapeutas tienen el deber y la obligación de participar en la planificación de servicios diseñados para proporcionar un óptimo servicio de salud comunitaria.
 - b. Los fisioterapeutas están obligados a trabajar para lograr una prestación de asistencia sanitaria justa para todas las personas.

Sin duda, los fisioterapeutas necesitan conocer y comprender los principios éticos específicos de su profesión, ya que constituyen un importante pilar en la toma ética de decisiones.

1.8. ÉTICA Y DEONTOLOGÍA

En algunos contextos, ética profesional y deontología suelen usarse de manera indistinta. Sin embargo, como ya se ha comentado, ambas son diferentes. La primera, se centra en lo que es bueno hacer, aquello que es propio de cada profesión en el plano del comportamiento moral; mientras que la segunda, se refiere más específicamente a deberes y obligaciones que se articulan en un conjunto de normas compartidas por un colectivo profesional y recogidas en un texto normativo aceptado. La ética profesional tiene en cuenta una perspectiva más amplia y la deontología la tiene como punto de referencia. La ética es la que aporta el significado que debe tener una norma, la razón de por qué esa y no otra; es asunto de la conciencia de los individuos (Bolívar, 2005).

El código deontológico puede considerarse como un intento de aconsejar a los fisioterapeutas a tomar decisiones éticas, al establecerse en él los ideales de la profesión y definirse algunos límites del comportamiento profesional y moral aceptable. Son documentos que recogen un conjunto más o menos amplio de criterios y normas de comportamiento de carácter moral que formulan y asumen el compromiso de seguir quienes llevan a cabo una determinada actividad profesional. Según Cobo (2000:87), el cometido principal de los códigos de conducta profesional es: *“presentar de forma ordenada y precisa ese conjunto de normas emanadas de la ética profesional correspondiente, de tal forma que los profesionales encuentren en ellos una guía inequívoca sobre cómo deben proceder en cada uno de los ámbitos de relación mencionados y en las diferentes situaciones que pueden plantearse”*.

De su elaboración y cumplimiento se infieren normas y derechos de los profesionales consigo mismo (autorregulación de la conducta de quienes integran la profesión), con las personas que constituyen la referencia más directa de su tra-

I. Marco teórico

bajo (usuarios, clientes, pacientes), con las instituciones o entidades en las que prestan sus servicios, con otros profesionales y con la sociedad en su conjunto, aunque no son útiles en todas las situaciones específicas o concretas. Los colegios profesionales, al hacer cumplir el código deontológico, intentan establecer un cierto control de calidad sobre las prestaciones profesionales, ya que son conscientes de que lo que es bueno para la profesión, lo es también para la sociedad.

El código recoge los valores éticos voluntariamente aceptados por un gremio profesional y los transforma en reglas de conducta obligatorias para los profesionales. Pero si no hay un compromiso, el código por sí mismo no asegura su cumplimiento.

1.9. LA TOMA ÉTICA DE DECISIONES

En el trabajo diario de los fisioterapeutas se requiere tomar decisiones y emprender acciones que están muy relacionadas con el bienestar, la dignidad y la autonomía de los pacientes, lo cual son, fundamentalmente, cuestiones morales. Esta situación se pone de manifiesto cada vez más, en la medida en que la profesión va incrementando su autonomía. La dificultad de esas decisiones comprende, desde situaciones en las que simplemente se han de respetar los valores y principios éticos profesionales, a difíciles escenarios en los que hay dos posibilidades correctas de acción. Ante tales cuestiones, los fisioterapeutas deben abandonar sus respuestas instintivas o intuitivas y someterlas a un análisis ético dentro de un marco teórico claro, sin perder de vista que no siempre existe una única solución ante un conflicto de estas características (Sim, 1997).

En general, quien toma una decisión adopta un punto de vista desde el cual interpreta todos los hechos relacionados; cualquier punto de vista que adopte,

I. Marco teórico

enfaticará un hecho sobre otro, tal vez igual de importante. El punto de vista moral se distingue de otros por el tipo de justificación que aporta a la decisión particular. Por ejemplo, trabajar una articulación mediante una movilización pasiva para aumentar el rango articular, es una decisión desde un punto de vista terapéutico. Si el fisioterapeuta lo hace porque así lo dicta el médico, entonces la decisión se toma desde un punto de vista legal. Si se realiza el trabajo pasivo porque es la única manera de evitar un daño innecesario al paciente, la decisión se ha tomado desde un punto de vista moral (Guccione, 1980). Cuando el fisioterapeuta en la práctica clínica debe tomar una decisión, hay una tendencia general a considerar ésta desde un punto de vista solamente terapéutico o legal, dejando de lado la dimensión ética (Purtilo, 1974). Sin embargo, los juicios éticos juegan un importante papel en el conjunto de decisiones clínicas que les corresponde a los fisioterapeutas (Magistro, 1989).

Cuando un fisioterapeuta se encuentra ante una situación ética, puede ignorarla y seguir con su trabajo, puede abandonar éste, dando la espalda al problema o puede seguir y luchar por lo que es justo. La opción más recomendable desde el punto de vista moral, es la tercera (Vielva, 2002). Sin embargo, actuar de esa manera exige un alto nivel de desarrollo de uno de los componentes del comportamiento moral que Rest *et al.* (1999) denominan *coraje moral (moral courage)*, que consiste en ser capaz de sobreponerse a situaciones para, a pesar de condicionantes personales o situacionales, persistir en la elección de decisiones moralmente justificables y, de esa manera, emprender acciones éticas para resolver conflictos y problemas, identificar necesidades, actuar asertivamente y tomar iniciativas. Pero quizás, para llegar a este grado de desarrollo del comportamiento moral, los fisioterapeutas deban desarrollar antes estos otros componentes:

Morales

- **Sensibilidad moral (moral sensitivity):** interpretar como moral la situación; se refiere a la capacidad de reconocer, interpretar y contextualizar las situaciones éticas. Es fundamental que el fisioterapeuta desarrolle este componente antes que ningún otro, ya que saber cuándo se encuentra ante un conflicto ético, es el primer paso en el proceso de búsqueda de cursos de acción adecuados. Los procesos y objetivos a fomentar para su desarrollo son: ponerse en la perspectiva de los otros, identificar opciones, prever consecuencias de las acciones, preocuparse de los demás, salvar las diferencias interpersonales, etc.
- **Juicio moral (moral judgment):** juzgar las acciones que son moralmente correctas o incorrectas; requiere la elección de un curso de acción correcto. Los procesos y objetivos que importan promover son: habilidades de razonamiento moral, identificar criterios de juicio moral, comprender los problemas morales, planificar las decisiones a poner en práctica, etc.
- **Motivación moral (moral motivation):** consiste en dar prioridad a los valores morales sobre otros valores tales como el autointerés, el estatus o el beneficio económico, a la hora de plantear soluciones a los conflictos éticos. Este componente responde a la cuestión “por qué ser moral”. Dado que los individuos suelen tener preocupaciones no compatibles con la actuación moral, como suele suceder en el ejercicio profesional, interesa promover el respeto a los otros, desarrollar la empatía, la predisposición a ayudar y a cooperar, actuar responsablemente, etc.

Un método con una secuencia estructurada de pasos para resolver cuestiones éticas, puede ayudar a garantizar que se han analizado a fondo todos los aspectos

I. Marco teórico

tos implicados en la situación y ayudar a alcanzar la solución más adecuada. En Fisioterapia, muchos autores han propuesto métodos de este tipo, para la toma ética de decisiones (Purtilo, 2005; Gabard y Martin, 2003; Swisher y Krueger Brophy, 1988; Clawson, 1994; Sim, 2004). La mayoría de ellos utilizan teorías basadas en los principios éticos¹¹ y sugieren modelos paso a paso, que recuerdan los análisis para la toma de decisiones basada en hipótesis de los modelos tradicionales de razonamiento clínico, cuyos pasos son los siguientes: 1) obtener información del problema, 2) considerar los factores contextuales, 3) tomar una decisión, 4) actuar y 5) reflexionar (Barnitt y Partridge, 1997; Praestagaard y Oresund, 2003).

Como ejemplo, el modelo de toma de decisiones de Ruth Purtilo, contiene los siguientes pasos (Purtilo, 2005):

- *Paso 1: Reunir toda la información importante.*
- *Paso 2: Identificar el tipo de problema ético.*
- *Paso 3: Analizar el problema utilizando modelos y teorías éticas.*
- *Paso 4: Explorar las alternativas.*
- *Paso 5: Actuar.*
- *Paso 6: Evaluar el proceso y sus resultados.*

Sin embargo, estos métodos presentan algunas limitaciones (Swisher *et al.*, 2005):

¹¹ Swisher (2002), en un estudio retrospectivo sobre ética en Fisioterapia, desde 1970 a 2000, encontró que el 43% de los artículos analizados utilizaban un modelo filosófico (relacionado con lo que la gente debería hacer y cómo se debería comportar, así como las bases racionales de tales decisiones). De esos artículos, el 60% utilizaba los principios biomédicos como guía para el comportamiento ético. El 33% de los artículos utilizaba un modelo descriptivo o científico social, basado en la exploración del comportamiento ético humano más que en cómo debería la gente comportarse. Las demás publicaciones utilizaban una combinación de códigos de ética y modelos teóricos de expertos en Fisioterapia (incluyendo la virtud moral), para debatir sobre ética.

Marco teórico

- En primer lugar, son modelos que se centran en cuestiones individuales o interpersonales, pudiendo pasar desapercibidas las cuestiones éticas relacionadas con las instituciones/organizaciones o con la sociedad.
- En segundo lugar, son modelos que buscan tomar una decisión, lo cual no considera otros aspectos importantes del comportamiento moral (Rest *et al.*, 1999).
- Y en tercer lugar, aunque el análisis paso a paso de un caso ético puede ser apropiado para dilemas morales, en la práctica de los fisioterapeutas se presentan otros tipos de situaciones éticas que requieren procesos diferentes.

Para dar una solución a las limitaciones de métodos anteriores, Swisher *et al.* (2005), propusieron un modelo de toma de decisiones que permitiera a los fisioterapeutas identificar cuestiones éticas dentro de la práctica clínica. El modelo, llamado RIPS (The Realm-Individual Process-Situation), estaba orientado a facilitar a los fisioterapeutas clínicos determinar las partes implicadas, la naturaleza de la situación y el contexto moral en que tenía lugar. Al hacerlo, el fisioterapeuta era capaz de comprender quiénes eran los principales interesados, con lo cual podría dirigir la situación hacia ellos y facilitar una solución.

El método se desarrolló con las importantes aportaciones de autores como Glaser (1994), Rest *et al.* (1999), Purtilo (2005) y Kidder (1995). Estas aportaciones fueron las siguientes:

Glaser (1994), defendía que se le había estado dando más importancia a los problemas éticos individuales, dejando de lado otras *dimensiones* institucionales y sociales, las cuales habían proliferado como consecuencia del desarrollo de los sistemas de salud. Se establecieron entonces *tres dimensiones*:

I. Marco teórico

- La dimensión *individual*, está relacionada con el bien del paciente y se centra en los derechos, deberes, relaciones y comportamientos entre las personas. Los problemas éticos relacionados con esta dimensión son los más sencillos.
- La dimensión *organizacional/institucional* se relaciona con el bien de la organización o los objetivos institucionales.
- La dimensión *social* está relacionada con el bien común y los problemas éticos relacionados son los más complejos.

Rest *et al.* (1999), señalaron que el comportamiento ético había experimentado una evolución e incluía mucho más que el proceso individual de tomar una decisión, por lo que desarrolló, desde un punto de vista psicológico, un modelo de comportamiento moral formado por *cuatro componentes* comentados unas líneas más arriba: sensibilidad moral, juicio moral, motivación moral y coraje moral¹². Estos componentes no eran pasos, sino procesos psicológicos que se podían solapar y ocurrir a la vez.

Por su parte, Purtilo (2005) y Kidder (1995) reflexionaron sobre la variedad de situaciones éticas que los fisioterapeutas podían encontrar en su práctica diaria:

- *Problema ético*: en un problema se ve desafiado un solo valor o principio ético importante. La acción correcta consiste en buscar la manera de que este valor o principio pueda cumplirse, aunque en ocasiones no resulte

¹² A los cuatro componentes del comportamiento moral de Rest *et al.* (1999), Kornblau y Starling (2000) consideraron uno más, el *Fracaso Moral (Moral Failure)*. Hay Fracaso Moral cuando existen deficiencias en los demás procesos anteriores, de modo que no se reconocen los problemas éticos, existe incapacidad de planear el curso de una acción, falta motivación para anteponer los valores morales y no se está capacitado para dar seguimiento a la acción.

Marco teórico

ser una tarea fácil debido a las repercusiones que esto podría tener sobre las partes implicadas.

↪ *Ejemplo: María, fisioterapeuta de un hospital público, comprueba en su lugar de trabajo, cómo se presta menos atención a las personas mayores, por considerar que no vale la pena el esfuerzo invertido en ellas. Por lo tanto, se encuentra ante el incumplimiento del principio de no discriminación a los pacientes.*

- **Dilema ético:** confluyen dos principios o valores y se debe decidir una de las dos situaciones que se plantean, siendo ambas correctas. Se trata de una decisión de “lo correcto frente a lo correcto”, siendo su resolución mucho más compleja que la de un problema ético.

↪ *Ejemplo: Luisa, de cuarenta años y madre de dos niños de 2 y 4 años, es una de las pacientes de Ángela. Luisa acude diariamente a tratamiento fisioterápico desde hace un mes por una fractura de húmero; debido a la estrecha relación que acaban estableciendo entre ellas, Luisa le cuenta a la fisioterapeuta de manera confidencial, que la lesión se la ocasionó su marido en una de las palizas que le propina con asiduidad, pero que nunca le ha denunciado. Luisa tiene miedo por ella y por sus hijos y le ha pedido a Ángela que no diga nada a nadie, que es un secreto. Además le ha dicho que si lo cuenta, no responde de sus actos, y amenaza con quitarse la vida. Ángela se encuentra ante la disyuntiva de denunciar el caso y de esa manera evitar el daño que se le está ocasionando a María y cumplir con el principio de no maleficencia, o la de respetar su propia decisión de no violar el derecho a la confidencialidad (principio de autonomía) por miedo a que lleve a cabo su amenaza.*

I. Marco teórico

- **Estrés moral:** el fisioterapeuta sabe cuál es la solución correcta del problema o dilema ocasionado, pero hay barreras que le impiden llevar a cabo una acción. Estas barreras pueden ser externas (por ejemplo, por parte de la institución donde se trabaja: falta de tiempo, política institucional, excesiva burocracia, normas, etc.) o internas, que se originan en el propio fisioterapeuta (falta de concienciación, inseguridad, miedo, etc.). Ante una situación como ésta, a menudo se actúa de manera contraria a los valores personales y profesionales, lo cual atenta contra la integridad y autenticidad del profesional. El estrés moral se acrecienta cuando el fisioterapeuta ve que no es capaz de proporcionar el cuidado que cree que es el mejor o el más adecuado para su paciente, lo cual le causa angustia, puede llevar al desgaste profesional y también a la resignación si no se llega a una solución. Fisioterapeutas que trabajan juntos en presencia de situaciones que causan estrés moral, pueden experimentar problemas de comunicación, falta de confianza y de colaboración entre ellos.

→ *Ejemplo: Juan trabaja en una mutua en la que atiende a numerosos pacientes al cabo de su jornada laboral, de modo que le dedica muy poco tiempo al tratamiento de cada uno de ellos. Sabe que con algo más de tiempo y empleando técnicas más adecuadas, el tratamiento podría ser más efectivo, pero la política de la empresa obliga a atender al mayor número de pacientes al día para que resulte rentable. Por lo tanto, a pesar de conocer cuál es la solución correcta para ofrecer el tratamiento que considera más apropiado al paciente, no puede llevarlo a cabo, porque existen barreras externas que se lo impiden, lo cual le lleva a actuar en contra de sus propios valores personales y profesionales. Esta situación le crea un sufrimiento o estrés moral.*

Morales y ética

- **Tentación moral:** en una situación de tentación moral, se debe elegir lo “correcto frente a lo incorrecto”, aunque se puede salir personalmente beneficiado si se elige lo incorrecto y por eso se sufre la tentación de hacerlo.
 - *Ejemplo: Teresa es la fisioterapeuta de un tenista de reconocido prestigio quien le confiesa, en un momento del tratamiento de la rotura fibrilar de su músculo bíceps braquial derecho, que está tomando anabolizantes para poder mantener el nivel de exigencia que implican estas competiciones. Teresa conoce el riesgo que esto conlleva para su salud, pero por otro lado, su permanencia en el club depende de los buenos resultados del jugador. Debe decidir entre revelar la información al club y así evitar un mal mayor al deportista o no decir nada por miedo a quedarse sin trabajo. Se ve tentada a elegir, conscientemente, la opción incorrecta.*
- **Situación de silencio:** en estas situaciones, a pesar de que se ven desafiados valores éticos, el fisioterapeuta elige ignorar el problema y no tomar parte.
 - *Ejemplo: Pedro comprueba cómo su compañero de la clínica realiza maniobras demasiado agresivas e ineficaces a sus pacientes causándoles un daño innecesario, pero, en lugar de hablarlo con él, decide ignorar el problema y no tratar de buscar ninguna solución, consintiendo la situación.*

En la siguiente tabla se resumen las aportaciones de los diferentes autores, al modelo RIPS:

Tabla 3. Aportaciones al modelo RIPS de Swisher et al. (2005)

Dimensiones (Glaser, 1994)	Componentes del comportamiento moral (Rest et al., 1999)	Tipos de situaciones éticas (Kidder 1995; Purtilo, 2005)
Individual Organizacional/Institucional Social	Sensibilidad moral Juicio moral Motivación moral Coraje moral	Problema ético Dilema ético Estrés moral Tentación Silencio

Fuente: elaboración propia.

El modelo RIPS¹³, está formado por cuatro etapas:

- **Etapa 1: Reconocer y definir la situación ética**
 - 1.1. Determinar el alcance de la situación (Realm): individual, organizacional/ institucional o social.
 - 1.2. Determinar el proceso a seguir (Individual-Process): sensibilidad moral, juicio moral, motivación moral o coraje moral.
 - 1.3. Clasificar la situación ética (Situation): problema, dilema, estrés, tentación o silencio.

- **Etapa 2: Reflexión**
 - 2.1. Interpretar y reflexionar en torno a la información obtenida en la primera etapa.
 - 2.2. Plantearse las siguientes cuestiones: ¿cuáles son los hechos importantes y la información contextual?, ¿quiénes son los más interesados?, ¿cuáles son las posibles consecuencias, intencionadas y no intencionadas?, ¿cuáles son las principales leyes, obligaciones y principios éticos?, ¿qué fuentes profesionales tratan esta situación?

¹³ Traducido de: Swisher et al. (2005). The Realm Individual-Process-Situation (RIPS) Model of Ethical Decision-Making. *HPA Resource*, 5(3):1-9.

- 2.3. Aplicación del test de Kidder: ¿Es alguno de los siguientes test positivo? (en caso afirmativo, significaría que hay una opción correcta y otra incorrecta)
 - Test legal: ¿Hay algo ilegal?
 - Test del hedor: ¿Algo te "huele" mal en todo esto?
 - Test de la portada: ¿Te gustaría esto en la portada de tu periódico local?
 - Test de la madre: Si fueras tu madre, ¿lo harías?
 - Test de la ética profesional: ¿El código ético o los valores fundamentales prohíben o desaconsejan la acción?

- *Etapa 3: Decidir lo correcto ante un dilema ético*
 - 3.1. Aplicar uno de los siguientes enfoques¹⁴:
 - Enfoque basado en las normas: seguir las normas, obligaciones, los deberes o los principios éticos.
 - Enfoque basado en los fines: determinar las consecuencias o los objetivos de las acciones alternativas y el bien o el mal que repercutirá sobre todas las partes interesadas.
 - Enfoque basado en el cuidado: resolver el dilema de acuerdo con las relaciones y las preocupaciones por los demás.

Algunos especialistas en ética utilizan un único enfoque y otros utilizan elementos de los tres. Independientemente del enfoque que se utilice, hay que tener en consideración las debilidades y

¹⁴ En este apartado del método, se requiere basar las decisiones en una de las principales teorías éticas, a las que se hace referencia más ampliamente en el apartado "2.3.2.4. Las teorías éticas", de esta tesis, al considerarlas un contenido fundamental del currículo de los fisioterapeutas. De todas ellas, la mayoría de los autores utilizan teorías basadas en los principios éticos.

limitaciones de cada una de las principales teorías éticas y utilizar la lógica en la decisión¹⁵.

- *Etapa 4: Implementar, evaluar y reevaluar.* Se trata de hacer efectiva la acción decidida. La evaluación puede indicar si algún paso se hizo mal, si no se clasificó bien la situación o no se identificaron bien las barreras para la acción. Este proceso de evaluación puede iniciar un nuevo ciclo de toma ética de decisiones. Esta última etapa lleva a la reflexión personal y al crecimiento profesional: ¿qué puedo aprender como profesional de esta situación?, ¿en qué componente del comportamiento moral me defiendo mejor o peor?¹⁶

Tal y como puede observarse, la ética siempre genera más preguntas que respuestas satisfactorias; nunca existe una única respuesta, teoría, principio o regla que se pueda aplicar directamente a una situación. Tal vez este hecho es el que subraya la grandiosa diversidad de las acciones humanas (Tschudin, 2003).

¹⁵ A los enfoques que Swisher *et al.*(2005) proponen en la etapa 3 de su modelo de toma de decisiones, se puede añadir el que defiende el filósofo español Diego Gracia (2001): el *enfoque mixto*. Gracia propone un enfoque mixto, sólidamente fundamentado: partiendo de los principios éticos básicos, se tienen en cuenta las consecuencias de las acciones morales, las cuales deben considerar los intereses de las partes implicadas. Para cumplimentar su enfoque, Gracia introduce una jerarquía de valores y propone el diálogo y la deliberación como instrumento para el razonamiento moral.

¹⁶ Se recomienda la lectura del artículo de Kirsch (2008), "*Ethical Issues and Students: Analysis*", en el que se expone la aplicación práctica de este método a tres casos distintos en el contexto de la Fisioterapia, para los cuales se apoya en el código ético de la American Physical Therapy Association (APTA) y los valores fundamentales de la Fisioterapia recogidos por la APTA en 2003.

1.10. EL RAZONAMIENTO CLÍNICO Y ÉTICO EN FISIOTERAPIA

En la práctica clínica habitual del fisioterapeuta coexisten distintos tipos de razonamiento que conviene conocer brevemente, para dar una idea del lugar que ocupa el razonamiento ético (Edwards, 2001).

1.10.1. Razonamiento clínico

Hasta la primera década de los años 90, el razonamiento clínico se consideraba un proceso que trataba de estructurar el significado de un conglomerado de datos y experiencias confusas que tenían lugar en un contexto clínico específico para, a continuación, adoptar decisiones basadas en estas nociones. A este periodo corresponden los primeros métodos de razonamiento clínico en Fisioterapia, los cuales derivaban del modelo médico hipotético-deductivo, enraizado en el positivismo, que contemplaba la realidad como algo objetivo y medible. Otro modelo derivado del positivismo, pero cuya focalización no se encuentra ya en el proceso, sino en la organización y accesibilidad del conocimiento, es el denominado *identificación de patrones*.

Sin embargo, a partir de mitad de la década de los 90, estos modelos fueron paulatinamente abandonados, al desplazarse la investigación a contextos clínicos reales, adoptándose otras concepciones más recientes que incorporaban al paciente como elemento fundamental en este tipo de razonamiento clínico (Higgs y Jones, 2000; Edwards *et al.*, 2004).

Se consideró entonces, que en el razonamiento clínico influían numerosos factores relacionados con el terapeuta, el paciente y el entorno (Jones, 1997), imposibles de controlar y, por lo tanto, de ser estudiados bajo el paradigma positivista. Se precisaba un enfoque que reconociera que la verdad no es única, sino que depende del contexto, y que pudiera entender que una situación dada pue-

de ser interpretada de formas distintas. En este marco conceptual se sitúa el *razonamiento narrativo* (Jones, 1997). Este cambio de paradigma obedece a la evolución que ha experimentado la Fisioterapia en la última década, en la que ha adquirido una mayor independencia y responsabilidad en la toma de decisiones así como también al desarrollo de la investigación sobre el razonamiento clínico.

1.10.1.1. Razonamiento hipotético deductivo

Este modelo de razonamiento tiende a centrarse en el diagnóstico y, por lo tanto, presenta algunas limitaciones para el ejercicio de la Fisioterapia, ya que presta poca atención a aspectos como la selección y control del tratamiento (Doody y McAteer, 2002). Otra deficiencia del modelo es que depende mucho de la memoria operativa del fisioterapeuta (Noll *et al.*, 2001). Aún así, en algunos estudios se ha observado que tanto los fisioterapeutas expertos como los principiantes, utilizan el razonamiento hipotético-deductivo en la resolución de problemas clínicos (King y Bitchell, 1998; Case *et al.*, 2000), (Noll *et al.*, 2001; Doody y McAteer, 2002).

En el ámbito clínico, este tipo de razonamientos implica que el fisioterapeuta formula una hipótesis basada en la información clínica obtenida en la entrevista inicial. A continuación, comprueba dicha hipótesis mediante una indagación más profunda (exploración física). La enunciación y comprobación de la hipótesis continúa hasta que se consiguen los datos suficientes para formular un diagnóstico fisioterápico (Jones y Rivett, 2004). Por lo general, el modelo hipotético-deductivo es un método seguro, fiable y sólido, aunque lento y muy vinculado a trastornos físicos. Los fisioterapeutas expertos lo utilizan cuando no encuentran patrones conocidos. El reconocimiento de patrones representa un modelo

1. Marco teórico

de razonamiento clínico distinto al hipotético-deductivo que parece ser utilizado con preferencia por los fisioterapeutas expertos (Noll *et al.*, 2001).

1.10.1.2. Identificación de patrones

La identificación de patrones se define como la recuperación directa y automática de información a partir de una base de conocimientos bien estructurada (Higgs y Jones, 2000). Es una de las características del pensamiento maduro utilizado tanto en la vida diaria como en la práctica clínica, ya que el conocimiento se guarda en la memoria de forma organizada a modo de esquemas o patrones que facilitan la comunicación y el pensamiento (Hayes y Adams, 2000). Una situación nueva suele ser interpretada a partir de su similitud con situaciones almacenadas previamente y organizadas en forma de patrón.

Aunque se considera que el reconocimiento de patrones es una forma de pensamiento utilizado por los expertos de todas las profesiones (Schön, 1992), quizás es también la fuente más común de errores, ya que, una vez identificado un patrón, se pueden obviar o minimizar las observaciones discordantes con él, o no realizar las pruebas que lo podrían refutar (Jones y Rivett, 2004).

1.10.1.3. Razonamiento narrativo

El razonamiento narrativo busca entender el problema desde el punto de vista del paciente y la forma única como éste lo vive. Precisa ver al paciente como persona, incluyendo sus perspectivas acerca del problema, sus pensamientos, motivaciones, emociones y deseos, así como también averiguar cómo el problema está afectando a su vida. Se trata de una actividad de razonamiento que puede ser entendida como una *construcción de sentido*: cuando un paciente

cuenta su experiencia y cómo ésta ha evolucionado a lo largo del tiempo, elige, de forma inconsciente, qué elementos va a expresar, cuáles va a omitir, y en cuáles va a poner más énfasis. En consecuencia, el fisioterapeuta debe desentrañar, en colaboración con el paciente, la *historia* particular. Por otra parte, la narración del paciente provee de claves inestimables de cómo abordar la intervención terapéutica. Incluso, la narración puede constituir parte de la terapia, ya que el fisioterapeuta puede ayudar al paciente a reinterpretar su historia, a construir una nueva en la que los mismos síntomas adquieran un nuevo significado (Mostrum, 1999).

1.10.2. Razonamiento ético

Son varios los autores que defienden la importante relación que existe entre el razonamiento ético y el razonamiento clínico en la práctica de los fisioterapeutas. Como ya se ha comentado en el apartado anterior, la literatura reciente sobre el razonamiento clínico defiende que estos profesionales deberían ser capaces de elegir y utilizar procesos adecuados de razonamiento que engloben tanto las circunstancias particulares y contextuales del paciente, como las características más universales de sus problemas clínicos (Higgs y Jones, 2000; Edwards *et al.*, 2004; Finch *et al.*, 2005). Estos investigadores, consideran que el objetivo de integrar el razonamiento ético en el amplio marco del razonamiento clínico, es permitir a los fisioterapeutas utilizar principios similares de indagación, toma de decisiones y validación, para comprender y tomar decisiones cuando se enfrentan a los problemas éticos en la práctica. Al hacerlo, se favorece que el razonamiento ético se asemeje a otros modelos de razonamiento utilizados en la toma de decisiones en la práctica clínica y que sea lo más exhaustivo y riguroso como sea posible.

Edwardes *et al.* (2005), describieron un modelo para la integración del razonamiento ético en el amplio marco del razonamiento clínico, sin pretender reducir las complejas dimensiones morales del razonamiento ético a un mero proceso de toma de decisiones lógico o racional. Explicaron cómo supuestos relacionados con la naturaleza de la realidad y la generación de conocimiento, que son la base de los diferentes procesos de razonamiento clínico, también tienen un paralelismo con el razonamiento ético. Este paralelismo se establecía del siguiente modo (tabla 4):

Tabla 4. Paralelismo entre el razonamiento clínico y el razonamiento ético

Razonamiento clínico	Razonamiento ético
Reconocimiento y definición del conocimiento clínico	Reconocimiento y definición de la dimensión moral
Razonamiento hipotético deductivo	Modelo de razonamiento basado en los principios éticos, códigos y regulaciones profesionales
Razonamiento narrativo	Ética narrativa
Papel de la reflexión crítica en la validación del razonamiento clínico	Papel de la reflexión crítica en el desarrollo de la virtud moral

Fuente: Edwards *et al.*, 2005

El modelo propuesto por Edwards *et al.* (2005), derivaba de un estudio realizado previamente en 2001 sobre la naturaleza y el alcance del razonamiento clínico de expertos fisioterapeutas en tres diferentes campos de la Fisioterapia: terapia manipulativa, neurología y cuidado domiciliario (Edwards, 2001). El estudio evidenció que esos fisioterapeutas empleaban numerosas estrategias de razonamiento clínico en su lugar de trabajo, en función del contexto en el que se encontraban. Muchas de ellas habían sido descritas previamente en la literatura, como por ejemplo, el razonamiento diagnóstico, procedimental, narrativo, interactivo y ético. Además, concluyó que todas esas estrategias se interrelacionaban

1. Marco teórico

en cada aspecto de la práctica clínica. Edwards (2001) afirma, que considerar el razonamiento ético como una de las estrategias del razonamiento clínico, no significa que se le esté restando importancia, sino que se reconoce su vinculación con el resto de la práctica clínica.

Un estudio reciente (Delany *et al.*, 2010), se centró en proponer un modelo que permitiera integrar las dimensiones ética y clínica, en la práctica¹⁷. El modelo, llamado “modelo de participación activa” (*active engagement model*), está basado en el conocimiento teórico y la literatura existente sobre ética. Consta de tres etapas:

- **Escuchar activamente:** consiste en algo más que intercambiar información con el paciente. Se trata de escucharle atentamente para conectar su historia con sus circunstancias, creencias y valores, con los objetivos, valores, recursos y acciones de los terapeutas y otros miembros de equipo. Al hacer esto, se extraen los aspectos emocionales de la práctica sanitaria (Goldie, 2003), los cuales animan a los fisioterapeutas a reflexionar sobre la dimensión ética de la práctica.
- **Pensar reflexivamente:** consiste en ser consciente y estar atento a los propios valores personales, reacciones emocionales o prácticas y a cómo ellos podrían influir en las reacciones y decisiones de los pacientes.
- **Razonar críticamente:** para examinar el significado y los valores de los cuatro principios biomédicos (Beauchamp y Childress, 2001) cuestionándose el significado y el alcance de su importancia dentro del marco

¹⁷ En una revisión bibliográfica realizada por Carpenter y Richardson (2008) sobre ética profesional en Fisioterapia, entre 2000 y 2007, se comprobó que el hueco existente entre la teoría y la práctica, puesto de manifiesto en revisiones anteriores (Swisher, 2002), se estaba cerrando; la razón de esto fue el incremento de estudios sobre ética, propios de los fisioterapeutas, factores que influyen en la acción ética, el rol de los fisioterapeutas como agentes morales y los tipos de razonamiento moral utilizados por ellos en la práctica.

Marco teórico

de la situación clínica. También se refiere a estar al corriente del efecto de la relación fisioterapeuta-paciente en el contexto institucional y de la influencia cultural y social sobre la prestación del cuidado sanitario (Glaser, 2005).

El modelo se centra en las habilidades, actitudes y acciones fundamentales que se requieren para construir en el fisioterapeuta un sentido de *agente moral* y así disminuir la brecha existente entre la dimensión ética de la práctica fisioterápica y el conocimiento teórico sobre la ética. Cuando aprende a comportarse como *agente moral* en la toma ética de decisiones, el fisioterapeuta incorpora la habilidad de relacionar, por un lado, las conexiones que hace con la historia del paciente para poder reconocer lo que es éticamente importante, y por otro, las que establece entre los principios éticos biomédicos (Beauchamp & Childress, 2001) y el contexto clínico particular; como si ambos elementos fueran los dos extremos de un “puente de razonamiento ético” (*ethical reasoning bridge*) (Edwards y Delany, 2008).

A la vista de lo expuesto hasta este momento en el presente capítulo, no cabe duda de que, de las características propias de la Fisioterapia, se deriva la presencia de situaciones éticas particulares en el entorno laboral, resultado de la especial relación del fisioterapeuta con el paciente y con otros miembros del equipo. Esto, exige por parte de aquél un comportamiento basado en los principios éticos profesionales, para, de este modo, ofrecer un servicio a la sociedad que satisfaga sus expectativas. Si bien en el ejercicio de la Fisioterapia las actuaciones éticas y legales son prácticamente coincidentes, se presentan situaciones en las que el fisioterapeuta tiene la obligación moral de posicionarse cuando los intereses de los pacientes se ven desafiados frente a los de las instituciones en las que presta sus servicios o cuando observa que alguno de los principios éticos

I. Marco teórico

profesionales no se están cumpliendo en detrimento del bien de los pacientes, los compañeros o la institución.

En estas y en muchas otras ocasiones, los fisioterapeutas deben desarrollar un modo de razonamiento ético que les permita establecer los agentes implicados y los posibles cursos correctos de acción, basados en los principios éticos profesionales. En este sentido, la utilización de un método estructurado paso a paso, parece ser el modo más frecuentemente utilizado para facilitar este proceso.

Sin embargo, los fisioterapeutas desconocen estas herramientas y, lo que es más importante, desconocen sus posibilidades y obligaciones morales ante situaciones que, además, no reconocen en su entorno laboral. Por este motivo, en el capítulo siguiente se aborda el tema de cómo enseñar este tipo de comportamientos éticos a los estudiantes de Fisioterapia, durante sus estudios de pre grado.

Capítulo 2. ÉTICA PROFESIONAL EN LOS ESTUDIOS DE FISIOTERAPIA

*“En cada ocasión hay que innovar sin garantías,
decidir cuál será la medida más justa,
a veces dañar y hacerse daño para que tenga lugar
el bien. La ética va a tientas. Es una elección”*
Collen (1992:92)

2.1. INTRODUCCIÓN

Un comportamiento profesional ético, requiere una adecuada formación que debe estar integrada en los currículos universitarios. Por este motivo, para comenzar este segundo capítulo, se establece el marco pedagógico en el que tiene lugar la implantación de la metodología docente que se propone en esta tesis, relatando los aspectos más significativos del nuevo paradigma educativo, guiado por el Proceso de Convergencia Europea, donde el aprendizaje por competencias sustituye a anteriores planteamientos. A partir de ahí, se establecen los contenidos más adecuados y las estrategias docentes más utilizadas para enseñar ética profesional a los estudiantes de Fisioterapia, lo cual proporciona una amplia perspectiva del desarrollo de este tipo de actuaciones en países norteamericanos e ingleses, dada la ausencia de publicaciones españolas al respecto. Se ha considerado como modelo de aprendizaje de ética, el propuesto por Shulman (2002), en el que la motivación del estudiante es un factor fundamental para iniciar el proceso y la reflexión crítica un elemento clave en la adquisición de habilidades para el razonamiento ético.

En este contexto, la actitud hacia la ética profesional se convierte en un factor fundamental a analizar y a desarrollar para, de ese modo, favorecer el compro-

I. Marco teórico

miso de los estudiantes con la materia y, en consecuencia, con la práctica de una profesión éticamente responsable. En este sentido, se expone el modelo teórico que se ha tenido en cuenta para el análisis de actitudes (el modelo de Fishbein y Ajzen) y para su medida (el modelo summativo de Likert), tomado también este último como base para el instrumento de medida de la segunda de las variables de este estudio: la percepción que tienen los estudiantes sobre los conocimientos que poseen sobre ética profesional. También se expone el marco general que da soporte al tipo de investigación que se ha llevado a cabo en este trabajo: la investigación acción o investigación reflexiva, la cual implica la participación directa en un proceso cíclico que se inicia con la planificación y continúa con la puesta en marcha, la observación y la reflexión crítica.

2.2. MARCO PEDAGÓGICO

Antes de abordar de manera específica el contenido y el modo como la ética profesional está presente y se enseña en los currículos universitarios de Fisioterapia, conviene establecer el marco pedagógico en el que tiene lugar la implantación del modelo formativo que se propone en esta tesis; un marco en el que la introducción del aprendizaje por competencias, el nuevo papel del profesor y del estudiante, o las nuevas modalidades de aprendizaje y evaluación, son algunos de los cambios que implica el actual modelo educativo.

2.2.1. Transformación del proceso de enseñanza-aprendizaje

El profundo cambio que está experimentando hoy la educación superior a partir de las propuestas emanadas del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) y la transformación radical y acelerada de su estructura, están teniendo una enorme repercusión en todos sus elementos y dimensiones; desde la organiza-

ción y gestión hasta los procesos de enseñanza; desde las políticas docentes hasta las de calidad y acreditación; desde los objetivos hasta las funciones del profesorado. La aparición de una nueva estructura curricular y de titulaciones, la propuesta de nuevos métodos de enseñanza centrados explícitamente en el aprendizaje del alumnado y la nueva concepción del trabajo del profesorado que emerge después de estos cambios, están generando unas exigencias organizativas, de gestión y pedagógicas que no tienen comparación en la reciente historia de las universidades europeas (Medina, 2010).

En este marco de unificación de criterios y objetivos para la educación en las universidades, se plantea un nuevo modelo educativo que pasa de la universidad del enseñar a la universidad del aprender. En la siguiente tabla se exponen las características de ambos modelos:

Tabla 5. Características del modelo educativo tradicional frente al propuesto en el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES)

Modelo educativo tradicional	Modelo educativo propuesto en el EEES
Objetivos de la enseñanza	Objetivos de aprendizaje
Aprender información	Aprender competencias
Centrada en el profesor	Estudiante protagonista
Pasividad	Actividad para aprender
Profesor protagonista	El profesor guía
Evaluación sumativa	Evaluación formativa
Individualismo	Equipo docente

Fuente: De Miguel, 2005

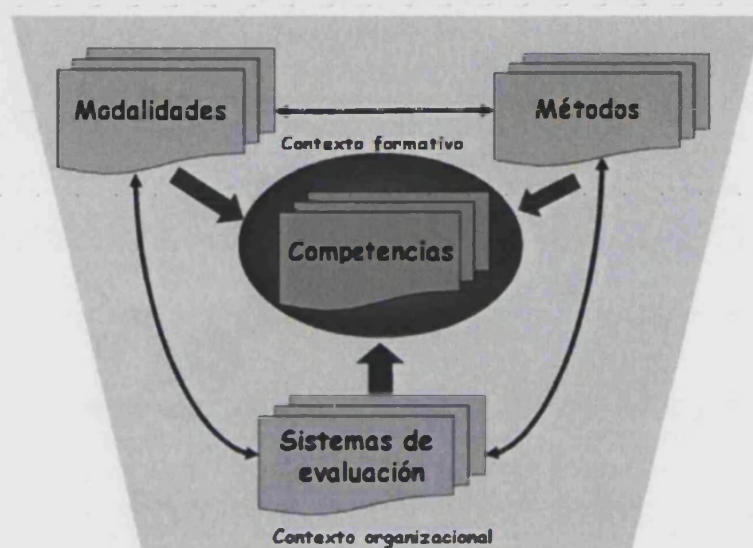


De acuerdo con los planteamientos que inspiran el Proceso de Bolonia, los escenarios y las metodologías de la enseñanza universitaria deben experimentar una profunda renovación. Frente a los posicionamientos didácticos clásicos, centrados en el aula y en la actividad del profesor, hoy se propugna una enseñanza centrada en la actividad autónoma del alumno, lo que conlleva que, tanto la planificación como la puesta en marcha de los procesos educativos, se lleven a cabo asumiendo este punto de vista. (De Miguel, 2005).

El reto es, por tanto, diseñar unas modalidades y metodologías de trabajo del profesor y de los alumnos, que sean adecuadas para que un estudiante medio pueda conseguir las competencias que se proponen como metas del aprendizaje. Según Cano (2010), se hace necesario un cambio en el enfoque, que ya no haga pivotar la enseñanza sobre los contenidos sino sobre resultados de aprendizaje esperados, lo cual aboca a utilizar metodologías activas y a tutorizar los procesos de aprendizaje individualizados. Así mismo, una vez establecidas las competencias a alcanzar, la planificación de una materia exige precisar las modalidades y metodologías adecuadas para su adquisición, así como los criterios y procedimientos de evaluación que se van a emplear para comprobar si se han adquirido realmente.

Este planteamiento puede verse representado en la figura 4, donde se observa cómo el centro de atención en la planificación son las citadas competencias, rompiendo el concepto tradicional lineal del profesor (contenidos → métodos de enseñanza → sistemas de evaluación). El concepto innovador de este modelo es similar al denominado “alineamiento constructivo”, según el cual, los métodos de enseñanza y los sistemas de evaluación se definen paralela e integradamente, en relación a las competencias a alcanzar (Biggs, 2005; Prieto, 2004).

Figura 4. Modelo del proceso de enseñanza-aprendizaje



Fuente: De Miguel, 2005

Este nuevo modelo de enseñanza se basa en las teorías constructivistas, englobadas dentro de la teoría cognitiva del aprendizaje. Para el cognitivismo, el aprendiz es un procesador activo de la información y, el profesor, el facilitador del aprendizaje. La instrucción es el proceso de construcción personal del conocimiento. Por otro lado, las creencias, expectativas y sentimientos son elementos que influyen en lo que se aprende y en cómo se aprende.

La concepción constructivista del aprendizaje recupera al sujeto como protagonista principal del proceso educativo, desde el convencimiento de que es él el que se apropia de la realidad, de la cultura y de los conocimientos y funciones que le oferta la acción educativa, haciéndolas suyas, transformándolas, interpretándolas e integrándolas en sus estructuras de conocimiento ya disponibles. Se postula, pues, la actividad mental constructiva del estudiante como esencial en el proceso, sin descuidar, por supuesto, los procesos de interacción social y de mediación que aporta el profesor (Pozo, 1989).

I. Marco teórico

Los requerimientos pedagógicos que derivan de la concepción constructivista, hacen referencia a que la construcción del conocimiento debe modificar el conocimiento anterior y reorganizar las estructuras cognitivas previas ya disponibles. Para ello, hay que conocer lo que el alumno ya sabe, aspecto imprescindible para que se produzca el aprendizaje significativo (Ausubel, *et al.*, 1983). A partir de la delimitación de ese conocimiento previo, se ha de producir la intervención educativa.

Ausubel *et al.* (1983), hablan del aprendizaje significativo por recepción frente al aprendizaje memorístico, así como de la importancia de la estructuración y secuenciación instruccional, con un avance organizativo o guión. Se ocupan también de los procesos de aprendizaje y enseñanza de conceptos, a partir de conocimientos previos. Desde el punto de vista de Ausubel y colaboradores, el aprendizaje es más eficaz cuando se parte de conceptos más generales y se va diferenciando progresivamente hacia lo más específico y concreto de un modo descendente. Así pues, los estudiantes deben ser capaces de generalizar el aprendizaje adquirido a contextos de aplicación relevantes y basarse en él cuando extiendan el aprendizaje a nuevas áreas.

2.2.2. El aprendizaje por competencias

En la educación del siglo XXI, el aprendizaje por competencias viene progresivamente imponiéndose como la más adecuada para la compleja sociedad en la que vivimos, conocida como la sociedad del conocimiento (antes, de la información), en la que el aprendizaje es considerado como un asunto complejo que requiere: saber (conocimientos); saber hacer (aplicación de esos conocimientos); saber estar (o convivir en sociedades democráticas), y saber ser (o desarrollar una

1. Marco teórico

identidad personal en la que haya equilibrio entre la autonomía individual y la pertenencia a la comunidad humana) (González *et al.*, 2011).

En este contexto, los diseños por competencias han de combinar los saberes tradicionalmente considerados académicos con las demandas derivadas del mundo laboral y social (Cano, 2010). Según Vázquez (2008, p. 34): *“No sólo por razones académicas sino para fomentar esa capacidad de empleo de las titulaciones universitarias, resultará indispensable, por lo tanto, proceder a una adecuada adaptación de las materias de los planes de estudio y acertar a combinar equilibradamente la formación en conocimientos junto con la formación en competencias y capacidades, que constituyen un factor muy relevante para generar empleo, en los procesos de inserción laboral y en el desarrollo de las trayectorias profesionales y que cada vez son más apreciadas por los empleadores”*.

Para Irigorin (2005), los diseños por competencias son pertinentes en este contexto porque, por su enfoque integral, concretan los pilares del informe Delors de 1996, quien, al tratar de sentar las bases sobre las que edificar la educación del presente y del futuro y, en calidad de presidente de la Comisión Internacional para la Educación del siglo XXI, planteó que la educación debe basarse en cuatro pilares básicos: *aprender a conocer* (a través de la transmisión de conocimientos del profesor al estudiante; es la actividad más tradicional de la enseñanza); *aprender a hacer* (mediante la capacitación práctica del estudiante para enfrentarse a determinadas tareas); *aprender a vivir juntos* (desarrollando la comprensión del otro y los valores del pluralismo y la percepción de las formas de interdependencia, sin renunciar a las propias ideas); *aprender a ser* (lo cual supone el desarrollo de la personalidad, de la autonomía personal, del juicio y de la responsabilidad) (Delors, 1996).

I. Marco teórico

En cuanto al término *competencia*, González *et al.* (2011), afirman tiene que ver con los siguientes conceptos: capacidad (para entender y resolver un problema o situación que se le plantea), competitividad (para enfrentarse a nuevos aprendizajes con más eficacia que otros, haciendo valer sus formas de pensar y actuar) e incumbencia (para relacionarse con la realidad y su entorno según el grado de interés que le genera la realidad en la que se desenvuelve).

A continuación se expone la definición, características y clasificación de las citadas competencias, para llegar a la competencia “compromiso ético” que es la que, el modelo formativo que se propone en esta tesis, tiene por objetivo desarrollar entre los estudiantes de Fisioterapia.

2.2.2.1. Definición de las competencias

El Proyecto Tuning (2003), que se enmarca en el proceso de convergencia y adaptación de planes de estudio para la creación de un Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), define la competencia como “*lo que una persona es capaz de o competente de ejecutar, el grado de preparación, suficiencia y/o responsabilidad para ciertas tareas*” (Tuning, 2003:79). A partir de esta premisa, se definieron los tipos de competencias que más tarde se analizaron y desarrollaron en los Libros Blancos de las titulaciones españolas, precursores de los actuales títulos de grado. Por su parte, la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) define el término competencia como el conjunto de conocimientos, habilidades y destrezas, desarrollados con el programa formativo, que capacitan al alumno para llevar a cabo tareas profesionales recogidas en el perfil de graduado del programa.

Aunque resulta especialmente interesante e integrador el concepto de competencia que proponen González *et al.* (2011), a partir de las aportaciones de

Morales y Escámez (2007) y de García *et al.* (2010), quienes afirman que “*son aprendizajes adquiridos en contexto, presentan un carácter complejo, se manifiestan en desempeños, son evaluables, apuntan a la transversalidad y requieren del aprendizaje durante toda la vida. Son, en definitiva, dominios que los profesionales construyen gracias a los recursos que poseen, a las experiencias que tienen, a las oportunidades de ejercitación y a las demandas del contexto entendido como una realidad compleja formada por los entornos físico, político, histórico, cultural y lingüístico con los que los docentes establecen relaciones y de las cuales depende el sentido y el valor de lo que sucede en el aula y en el centro escolar*”.

2.2.2.2. Características de las competencias

A partir de los estudios de Cano (2005), Pérez Gómez (2007) y Viso (2010), González *et al.* (2011), establecen las siguientes características o rasgos de las competencias:

1. *Carácter integrado u holístico*, ya que incluyen conocimientos, capacidades, actitudes, valores y emociones, que no pueden entenderse de manera separada. Las competencias se favorecen actuando tanto sobre aquellas características que constituyen la base de la personalidad de los estudiantes, (motivos, rasgos de la personalidad, autoconcepto, actitudes y valores), como sobre aquellas características más visibles (conocimientos, habilidades o destrezas).
2. *Carácter contextualizado*, ya que se desarrollan de manera flexible, vinculadas a diferentes contextos.

Mundo teórico

3. *Carácter transferible*, para aprender a trasladar lo aprendido en una situación concreta, a otras distintas, movilizándolo los conocimientos que se poseen en los diferentes y cambiantes escenarios que se presentan en la práctica. La competencia implica la comprensión y transferencia de los conocimientos a situaciones de la vida real, lo que exige relacionar, integrar, interpretar, inventar, aplicar y transferir los saberes a la resolución de problemas.

4. *Carácter reflexivo*, para armonizar las intenciones con las posibilidades de cada contexto; para comprender la situación y redefinir las pretensiones que nos proponemos.

5. *Carácter transversal*, para aplicar diferentes enfoques interdisciplinares, pluridisciplinares y multidisciplinares para afrontar las diferentes situaciones profesionales.

6. *Carácter dinámico y evolutivo*, que supone que su logro tiene lugar a lo largo de la vida del individuo y no en un momento determinado, ya que lleva implícito un proceso de innovación permanente.

7. *Carácter ético*, que permita guiar las actuaciones individuales mediante la formación de una conciencia que posibilite acciones coherentes con ella, conductas responsables y decisiones basadas en sus consecuencias.

8. *Carácter multifuncional*, para poder ser aplicadas en la consecución de diferentes situaciones similares, pero no idénticas a las propuestas en el aprendizaje, lo cual tiene relación con la metacognición o capacidad del estudiante de desarrollar un aprendizaje que tiene como objetivo lograr la autonomía y el autocontrol.

2.2.2.3. Clasificación de las competencias

La clasificación que se utiliza con mayor frecuencia en el diseño de los planes de estudio, es aquella que las diferencia en dos grandes grupos: competencias genéricas y competencias específicas (Proyecto Tuning, 2003).

- Las competencias genéricas, también llamadas transversales o básicas, son comunes a la mayoría de las titulaciones y compartidas por todas las materias o ámbitos de conocimiento. La Unión Europea, en mayo de 2006, las definió como una combinación de destrezas, conocimientos y actitudes adecuadas al contexto. Son aquellas que todas las personas precisan para su realización y desarrollo personal, así como para la ciudadanía activa, la inclusión social y el empleo (González *et al.*, 2011). Están relacionadas con la educación democrática y deben ser entendidas como *“resultados que el individuo consigue mediante una acción, elección o modo de comportamiento con respecto a las demandas relativas a un ejercicio profesional particular, un rol social o un proyecto personal”* (Bolívar, 2008:52).

Estas competencias, a su vez, se clasifican en instrumentales, interpersonales y sistémicas. Las competencias *instrumentales* están relacionadas con la adquisición específica de habilidades sobre una temática específica, así como con los conocimientos tecnológicos y lingüísticos. Las competencias *interpersonales* miden las habilidades de relación social y de integración en diferentes colectivos, además de la capacidad de trabajar en equipos específicos y multidisciplinarios. Se trata de las capacidades que permiten que las personas tengan interacción con los demás. Por su parte, las competencias *sistémicas* miden las cualidades individuales y la motivación en el

I. Marco teórico

trabajo, ya que exigen destrezas relacionadas con la comprensión de la totalidad como un sistema (tabla 6).

Tabla 6. Clasificación de las competencias (Proyecto Tuning, 2003)

TIPOS DE COMPETENCIAS	
GENÉRICAS O TRANS- VERSALES	Instrumentales (saber) Interpersonales (saber ser / estar) Sistémicas (saber hacer y querer. Motivación)
ESPECÍFICAS	Académicas (saber) Disciplinares (hacer) Profesionales (saber hacer)

Fuente: elaboración propia

En un trabajo conjunto de la Comisión Europea y los Estados miembros, en el programa de trabajo de la Unión Europea “Educación y Formación 2010”, se llegó a la siguiente recomendación: *“las competencias clave, en tanto que combinación de conocimientos, capacidades y actitudes adecuados para una determinada situación, son fundamentales para todo individuo en una sociedad basada en el conocimiento. Estas competencias comportan un valor añadido en el mercado laboral, en el ámbito de la cohesión social y de la ciudadanía activa, al aportar flexibilidad, adaptabilidad, satisfacción y motivación. Puesto que todos los ciudadanos deberían adquirirlas, la presente recomendación propone a los Estados miembros una herramienta de referencia para asegurar que dichas competencias clave*

I. Marco teórico

*se integren en las estrategias e infraestructuras y, particularmente, en el marco del aprendizaje permanente*¹⁸.

- Las competencias específicas son las propias de un ámbito o una Titulación y están orientadas a conseguir un perfil específico del graduado. Son cercanas a ciertos aspectos formativos, áreas de conocimiento y agrupaciones de materias y acostumbran a tener una proyección longitudinal de la titulación. Se dividen en tres tipos: académicas o relativas a conocimientos teóricos, disciplinares o conjunto de conocimientos prácticos requeridos para cada sector profesional y, finalmente, las de ámbito profesional, que incluyen tanto habilidades de comunicación e indagación, como el *know how* aplicadas al ejercicio de una profesión concreta¹⁹.

Dado que el modelo formativo que se propone en el presente trabajo tiene como finalidad el desarrollo de la competencia ética, a continuación se describe y delimita esta competencia y se expone cuál de sus dimensiones es la que se pretende desarrollar en la presente tesis.

¹⁸ Puede consultarse el “Programa de trabajo detallado para el seguimiento de los objetivos concretos de los sistemas de educación y formación en Europa” en la siguiente URL: http://europa.eu/legislation_summaries/education_training_youth/general_framework/c11086_es.htm.

¹⁹ Las competencias generales y específicas del Título de Grado en Fisioterapia, se exponen en el apartado 3.7.1.

2.2.2.4. La competencia ética

La competencia ética pertenece al grupo de competencias interpersonales, incluidas en el grupo de las genéricas o transversales, según la clasificación del Proyecto Tuning (2003). Esta competencia, a la que dicho proyecto denomina “compromiso ético”, parece ser la única referida a este ámbito de educación ética y, por lo tanto, contrarresta la orientación técnica y vocacional de las demás.

El desarrollo de la competencia ética junto a las más tradicionalmente tomadas en consideración (cognitivas, técnicas y sociales) configuran la educación integral del profesional; una educación que las instituciones han de apoyar e impulsar si aspiran a educar profesionales y también personas, en este nuevo contexto educativo promovido por el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES).

Bolívar (2005:99), se refiere a la competencia ética como *“al conjunto de conocimientos, modos de actuar y actitudes propias de una persona moralmente desarrollada que actúa con sentido ético de acuerdo con una ética profesional; lo tiempo que de un ciudadano que da un sentido social a su ejercicio profesional, lo que conlleva el compromiso con determinados valores sociales que buscan el bien de sus conciudadanos”*.

Por lo tanto, dicha competencia incluye una ética profesional y más ampliamente el compromiso con el servicio a la ciudadanía. De este modo, *“la formación universitaria contribuye a la educación para la ciudadanía preparando profesionales competentes que poseen el sentido ético de la profesión y que, en consecuencia, actúan con ética profesional, ya que el ejercicio profesional va a constituir la principal aportación ciudadana de estos profesionales”* (Cobo Suero, 2003: 365).

De lo expuesto se deduce que, tanto la deontología profesional, como la ética profesional y la educación para la ciudadanía, configuran tres niveles en la edu-


1. Marco teórico

cación integral del *ethos* profesional y necesitan ser integradas en la formación universitaria. Cuando se enseña solamente el código deontológico, se restringe mucho la competencia a los deberes y obligaciones señaladas en el mismo, así que la ética profesional la complementa y supera, al tiempo que pretende estar presente transversalmente en todo el currículo universitario. Por otra parte, la competencia ética se complementa con la promoción de una ciudadanía responsable y comprometida, con el conjunto de valores propios de la educación universitaria.

La propuesta para la introducción curricular de la competencia ética en la titulación de Fisioterapia, se basa en los tres niveles de desarrollo de dicha competencia que describe Bolívar (2005):

- El primer nivel correspondería con la formación de los estudiantes en *deontología profesional*, lo cual tiene lugar en segundo curso de la titulación de grado, en una asignatura llamada “Administración, deontología y legislación de la profesión”. Esta formación es la que tradicionalmente ha estado presente en los anteriores planes de estudio de Fisioterapia, pero que se considera insuficiente para educar a los estudiantes a actuar con responsabilidad ética.

- Con el modelo formativo que se propone en esta tesis, se pretende desarrollar el segundo nivel de desarrollo de la competencia ética, que se refiere a la formación de los estudiantes en *ética profesional*, lo cual puede desarrollarse en los cursos tercero y cuarto de grado. Se propone una formación que trate dilemas éticos y cuestiones moralmente controvertidas de la profesión. Para ello, se establecen unos resultados de aprendizaje que incluyen desde la clarificación de los propios valores personales, al reconocimiento de situaciones éticas en el entorno clínico

 (sensibilidad moral) y el planteamiento de cursos correctos de acción (juicio moral y motivación moral) mediante el razonamiento moral basado en los principios éticos básicos de la ética general y los principios éticos profesionales (Sisola, 2000). Para Bolívar (2005:118): *“El objetivo de la formación ética que se debe impartir en las universidades es que los estudiantes sean personas con criterio, es decir, que tengan la capacidad de reconocer las variables a considerar en el momento de afrontar un problema de tipo ético y que sepan distinguir lo que está bien de lo que está mal y que estén dispuestos a optar siempre por la vía de una actuación correcta, de acuerdo con su conciencia y apegados a los principios de verdad”*.

- Finalmente, el tercer nivel de desarrollo de la competencia ética, es el que se refiere a una *educación para la ciudadanía*; la incorporación de esta parte de la competencia ética, se propone a nivel institucional, considerando el centro y la universidad como un espacio de aprendizaje ético, examinando los valores que están presentes o no en la vida académica de la institución y los principios morales que deben formar parte de la experiencia de vida cotidiana. Es decir, considerando la cultura de la universidad como promotora de un aprendizaje ético.

La competencia ética está intrínsecamente ligada a la naturaleza y al fin de las profesiones sanitarias. Del fisioterapeuta excelente se espera que posea los conocimientos y las destrezas clínicas que requiere la profesión, así como la habilidad de sintetizar, evaluar y priorizar las complejidades del manejo de los pacientes. Aunque también se espera que sea moralmente responsable y adquiriera la experiencia y responsabilidad necesarias ante las cuestiones éticas que ocurren con frecuencia en la práctica de la profesión. El fisioterapeuta que aspira

a ser competente, a tratar a las personas del mejor modo posible, será el que sepa integrar en su práctica, de forma dinámica, los conocimientos que vienen tanto de la técnica (*lex artis*), como del conjunto de valores y de principios éticos que rigen su relación con el paciente y su entorno.

Lo que importa es que el futuro fisioterapeuta, además de saber lo que es éticamente correcto o no en el ejercicio de su profesión, sepa también comportarse éticamente como profesional y como ciudadano (Martínez et al., 2002:22).

De todo lo expuesto se deduce que la competencia y el compromiso por una práctica ética, son fundamentales para el desarrollo profesional de los estudiantes de Fisioterapia, lo cual constituye la principal razón y el estímulo que ha motivado la elaboración de la presente tesis.

2.2.2.5. La evaluación de las competencias

El nuevo modelo educativo centrado en competencias requiere un replanteamiento de los sistemas de evaluación, que pase de una evaluación sumativa a otra formativa-educativa.

Según Morales (2009:12), la evaluación formativa es *“el proceso utilizado por profesores y alumnos durante el periodo de aprendizaje-enseñanza que aporta la información necesaria para ir ajustando el proceso de manera que los alumnos consigan los objetivos propuestos”*. Por lo tanto, se trata de un proceso al servicio del aprendizaje, en el que, además, como afirma Pimienta (2008), el profesor puede identificar los posibles errores que se están produciendo en el proceso para poder modificar algunos aspectos de su práctica educativa, a la vez que el estudiante se hace consciente de sus logros y de todo aquello que le falta por

I. Marco teórico

alcanzar. De este modo, no hay que esperar al final para examinar al alumno (evaluación sumativa) sino que, como afirma Morales (2009), es más conveniente hacerlo durante todo el proceso.

En la siguiente tabla, se exponen las diferencias entre ambos tipos de evaluación:

Tabla 7. Diferencias entre la evaluación sumativa y formativa

Evaluación sumativa	Evaluación formativa
No permite mejorar los procesos sobre la marcha, sino, únicamente repetirlos.	Utiliza la evaluación como instrumento de regulación del proceso de aprendizaje.
No permite observar la evolución del proceso, sino los resultados finales.	Implica al alumno en los objetivos y estrategias para alcanzarlos.
No permite detectar las necesidades puntuales en cada alumno.	Lleva un seguimiento personalizado de cada individuo, por tanto, atiende a la diversidad de modos de aprender de los miembros del grupo.
Consecuencia: El alumno no conoce sus logros hasta el final del proceso, por lo que sólo trabaja para obtener resultados (la nota) y sólo cuando este final está próximo.	Consecuencia: Mejora la práctica docente y, por consiguiente, los resultados académicos de los alumnos.

Fuente: González *et al.* (2011)

Cuando se evalúan las competencias desde un enfoque formativo, se evalúan los contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales de la misma. Dicha modalidad de evaluación reúne las siguientes características (González *et al.*, 2011):

1. Las competencias no son evaluables por sí mismas, sino que hay que evaluar conductas, comportamientos y conocimientos, lo cual requiere el establecimiento de criterios y la elaboración de instrumentos adecuados.
2. Se deben modificar o sustituir los viejos instrumentos por unos nuevos que evalúen realmente el desempeño concreto de acciones de un estudiante.

I. Marco teórico

3. Es una evaluación abierta, ya que cada situación presenta múltiples resoluciones correctas e inacabada, ya que la adquisición de la competencia se prolonga a lo largo de la vida.
4. Debe ser democrática en el sentido en que el estudiante ha de asumir obligaciones, responsabilidades y compromisos, y transparente, que dé a conocer al estudiante lo que se le va a exigir y cómo.
5. Debe ser contextualizada, es decir, que se han de presentar al alumno tareas de carácter práctico.
6. Debe partir de situaciones reales, similares a las propias de la vida real, y que permita la transferencia de conocimientos.
7. Debe utilizar el error como oportunidad de aprendizaje.
8. Debe ser útil para el alumno y el profesor.
9. Debe potenciar el pensamiento crítico.

Se establecen tres momentos para la evaluación formativa: La evaluación inicial o diagnóstica (para determinar los conocimientos previos), la evaluación continua del proceso de enseñanza-aprendizaje (introduciendo mecanismos de mejora) y la evaluación final, tanto del profesor como del alumno, cuyas conclusiones deben considerarse como el punto de partida de nuevos aprendizajes. La reflexión al final del proceso es una necesidad para la mejora de la calidad educativa.

En este nuevo enfoque de evaluación de las competencias, cobran un importante papel la autoevaluación, la coevaluación y la heteroevaluación. La autoevaluación es entendida como la práctica reflexiva de cada estudiante y favorece el análisis personal acerca de lo aprendido y lo que falta por aprender. La

I. Marco teórico

coevaluación favorece la reflexión crítica sobre el proceso de aprendizaje, que se hace evidente al evaluar al compañero y aumenta la motivación al sentirse responsables. La heteroevaluación es la realizada por el profesor al inicio, durante y al finalizar el proceso, atendiendo a las características de los estudiantes.

Finalmente, como instrumentos para la evaluación de competencias, se proponen las tareas, las rúbricas, el portafolios, las pruebas orales y escritas, la observación y los mapas conceptuales, entre otros, teniendo en cuenta que, según González *et al.* (2011), las tres primeras son las que mejor se adecúan a la evaluación de los diferentes elementos de la competencia: conceptos, procedimientos y actitudes.

A la luz de lo expuesto, el modelo formativo que se propone en esta tesis, utiliza como instrumento para la evaluación de la competencia ética (tal y como ha sido delimitada en el apartado anterior), el diseño de actividades de aprendizaje, la observación y la utilización de una rúbrica elaborada a tal efecto. Así mismo, para garantizar la máxima objetividad en el registro de los resultados para la investigación llevada a cabo en esta tesis, se ha optado por la heteroevaluación, no por ello dejando de considerar de gran importancia, para próximas intervenciones, los modelos de coevaluación y autoevaluación que motive a los estudiantes y les ayude a entender cómo aprenden.

2.2.3. El profesor y el estudiante en el nuevo paradigma educativo

La innovación y metodología en la universidad dentro del EEES, implica un cambio en el papel del profesorado universitario en la enseñanza, el tipo de

1. Marco teórico

aprendizaje que se emplea en las aulas y el papel del alumnado (Imbernon, 2010).

Los docentes han de basar sus esfuerzos en que los estudiantes adquieran, además del conjunto de conocimientos relacionados con la disciplina y la capacidad de aplicarlos convenientemente, un compromiso personal de responsabilidad para proseguir su propia auto enseñanza (aprendizaje autónomo), para que puedan extraer de su labor como profesionales nuevos conocimientos y sepan actualizarse, a la par que los avances que acontecen en el dinámico campo de las Ciencias de la Salud.

Hoy en día, el papel de los formadores no es tanto enseñar unos conocimientos, los cuales tendrán una vigencia limitada y estarán siempre accesibles, sino ayudar a los estudiantes a "aprender a aprender" de manera autónoma en esta cultura del cambio. Por otro lado, deben promover su desarrollo cognitivo y personal, mediante actividades críticas y aplicativas que, aprovechando la inmensa información disponible y las potentes herramientas de las tecnologías de la información y comunicación (TIC), tengan en cuenta sus características y les exijan un procesamiento activo e interdisciplinario de la información. De esta manera podrán construir su propio conocimiento y no se limitarán a realizar una simple recepción pasiva o memorización de los contenidos.

Por otra parte, la diversidad de los estudiantes y de las situaciones educativas que pueden darse, aconseja que los formadores aprovechen los múltiples recursos disponibles para personalizar la acción docente. También se aconseja que trabajen en colaboración con otros compañeros y mantengan una actitud investigadora en las aulas, compartiendo recursos, observando y reflexionando sobre la propia acción didáctica, buscando progresivamente mejoras en las actuaciones acordes con las circunstancias).

El profesor como mediador

Cada vez más se considera al profesor como un mediador de los aprendizajes de los estudiantes, cuyos rasgos fundamentales, según (Tébar, 2003) son los siguientes:

- ↪ Experto que domina los contenidos y planifica, pero es flexible.
- ↪ Establece metas: perseverancia, hábitos de estudio, autoestima, etc., siendo su principal objetivo que el discente construya habilidades para lograr su plena autonomía.
- ↪ Regula los aprendizajes, favorece y evalúa los progresos. Su tarea principal es organizar el contexto en el que se ha de desarrollar el sujeto, facilitando su interacción con los materiales y el trabajo colaborativo.
- ↪ Fomenta el logro de aprendizajes significativos y transferibles.
- ↪ Fomenta la búsqueda de la novedad: curiosidad intelectual, originalidad y pensamiento convergente.
- ↪ Potencia el sentimiento de capacidad, autoimagen e interés por alcanzar nuevas metas.
- ↪ Enseña qué hacer, cómo, cuándo y por qué. Ayuda a controlar la impulsividad.
- ↪ Comparte las experiencias de aprendizaje con los alumnos: discusión reflexiva y fomento de la empatía del grupo.
- ↪ Atiende las diferencias individuales.
- ↪ Desarrolla en los alumnos actitudes positivas, como la educación en valores.

En el siguiente cuadro, se reflejan algunos de los cambios en el perfil docente:

Tabla 8. Cambios en el perfil docente

De...	A...
Transmisor de conocimientos	Facilitador de la construcción del conocimiento por parte del alumno que aprende.
Explicar	Diseñar situaciones didácticas, entornos de aprendizaje, que permitan el funcionamiento autónomo del alumno.
Una metodología en la que el alumno conoce, comprende y aplica	Otra en la que el alumno se responsabiliza de obtener y analizar información con la que construye su propio aprendizaje.
Una relación en la que el docente habla y el alumno escucha.	Una interacción en la que el alumno habla, argumenta, propone, discute, y el docente cuestiona.
Evaluador	Estimular que sea el alumno quien encuentre sus aciertos y errores.
Corregir lo que se hizo mal	Proponer que lo haga el propio alumno con la colaboración del profesor.

Fuente: González *et al.* (2011)

Sin embargo, como afirman Villa y Poblete (2008), es necesario que el profesorado adopte una actitud positiva para reemplazar las anteriores rutinas y costumbres, al nuevo sistema pedagógico, lo cual implica un mayor conocimiento y dominio de las fuentes para organizar y estructurar el aprendizaje adecuadamente.

En coherencia con lo establecido, el estudiante debe ser considerado el eje de cualquier proceso de enseñanza-aprendizaje (Medina, 2010). Este aprendizaje se produce por la interacción con los distintos elementos de su entorno y también por la interacción que se establece entre sus esquemas previos y la nueva información adquirida. Desde esta perspectiva, el estudiante es el responsable de lo que aprende y cómo lo hace, al construir significativamente el conocimiento, reestructurando sus propios esquemas, lo cual conlleva una mejora de sus formas de comunicación y participación y el desarrollo de su sentido de la responsabilidad (Colás y De Pablos, 2005).



Para que esto ocurra, es necesario tener en consideración la motivación de los estudiantes respecto a la materia que se pretende impartir, así como sus intereses reales hacia la misma. Además, para que el proceso de enseñanza-aprendizaje resulte eficaz, han de poseer una madurez intelectual suficiente para cada etapa del proceso, ya que la información que se le transmite debe ser asimilada e integrada por él. Así pues, el perfil apropiado del estudiante viene caracterizado por los siguientes elementos: aprendiz activo, autónomo, estratégico, reflexivo, cooperativo y responsable.

Villa y Poblete afirman: *“el estudiante supone la verdadera clave para el éxito del sistema. Un estudiante que debe aprender a aprender para que, autónoma y conscientemente, descubra y perciba las competencias que puede desarrollar y adquirir en sus estudios. Unas competencias que le ayudarán a mejorar como ser humano individual y socialmente, además de dotarle de los conocimientos y técnicas necesarias para el buen desempeño de su profesión”* (Villa y Poblete, 2008: 35).

Las interacciones personales que se producen dentro del aula, tanto entre profesor-estudiante, como entre estudiante-estudiante, adquieren gran importancia. De hecho, según Domenech (1998), el aprendizaje dependerá, en gran medida, de la calidad de estas interacciones. Alumno y profesor deberán establecer una comunicación bidimensional, en contra de la comunicación unidireccional establecida en los modelos tradicionales.

Existen numerosos métodos de aprendizaje, desde los métodos autodidactas, basados en experiencias propias, hasta los recientes de aprendizaje a distancia, como el *e-learning*. Sin embargo, ninguno supera al más tradicionalmente usado en todos los niveles de la enseñanza, el que se basa en la relación directa profesor-estudiante. Aún cuando la informática y las comunicaciones han permitido

una gran mejora en los recursos docentes, un profesor guiando directamente a sus estudiantes es, sin duda, la forma más directa, rápida y eficaz del aprendizaje, además de constituir una de las esencias de la actividad universitaria (Domenech, 1998).

2.2.4. Nuevas modalidades del proceso de enseñanza-aprendizaje

Se consideran modalidades de enseñanza-aprendizaje, los distintos escenarios donde tienen lugar las actividades a realizar por el profesorado y el alumnado a lo largo de un curso, y que se diferencian entre sí en función de los propósitos de la acción didáctica, las tareas a realizar y los recursos necesarios para su ejecución. Lógicamente, diferentes modalidades de enseñanza reclaman distintos tipos de tareas para profesores y estudiantes y exigen también la utilización de otro tipo de herramientas metodológicas (De Miguel, 2005).

Al diseñar una metodología de trabajo es importante que, además de los contenidos de la materia, se precisen las modalidades de enseñanza que se van a utilizar para organizar la trayectoria curricular y las experiencias de aprendizaje de los estudiantes.

Frente a una concepción de la enseñanza que centra la mayor parte de las actividades sobre las clases teóricas, el EEES pretende impulsar un enfoque más plural, dando un mayor peso a las otras modalidades presenciales y potenciando, especialmente, las no presenciales, con el fin de que el sujeto tenga más oportunidades de ser él mismo el protagonista en la búsqueda del conocimiento. Ello conlleva una primera decisión que resulta clave para el cambio metodológico: distribuir los créditos del programa formativo en horas presenciales y no presenciales. Esta acción permitirá planificar el trabajo a realizar, en función de los tiempos disponibles, además de estimar el volumen de trabajo de los estudian-

I. Marco teórico

tes para cada materia y curso.

No todos los escenarios posibles pueden ser implementados en la enseñanza universitaria. Las instituciones tienen sus propios condicionantes, que impiden o dificultan incorporar algunos modelos organizativos, unas veces por falta de recursos y otras por razones de carácter presupuestario, al no poder computar determinadas actividades del profesor dentro de su dedicación docente. Parece necesario, por tanto, encontrar un equilibrio entre la diversidad de modalidades que cabe establecer en la enseñanza universitaria y una planificación racional de la docencia desde la perspectiva del trabajo del profesorado.

A continuación, se expone en la siguiente tabla, la clasificación de las modalidades de enseñanza-aprendizaje propuesta por De Miguel (2005), la cual adopta los siguientes criterios básicos: por un lado, recoge la mayoría de los posibles agrupamientos de estudiantes para el desarrollo de las actividades que pueden configurarse según las diferentes metodologías de enseñanza que se utilicen. Y por otro, se ha efectuado de acuerdo con su carácter presencial o no presencial (tabla 9):

Tabla 9. Modalidades organizativas, descripción y finalidad

	Modalidad	Finalidad	Descripción
HORARIO PRESENCIAL	Clases Teóricas	Hablar a los estudiantes.	Sesiones expositivas, explicativas y/o demostrativas de contenidos (las presentaciones pueden ser a cargo del profesor, trabajos de los estudiantes, etc.)
	Seminarios-Talleres	Construir conocimiento a través de la interacción y la actividad.	Sesiones monográficas supervisadas con participación compartida (profesores, estudiantes, expertos, etc.).

	Clases Prácticas	Mostrar cómo deben actuar.	Cualquier tipo de prácticas de aula (estudio de casos, análisis diagnósticos, problemas de laboratorio, de campo, aula de informática).
	Prácticas Externas	Poner en práctica lo que han aprendido.	Formación realizada en empresas y entidades externas a la universidad (prácticas asistenciales...).
	Tutorías	Atención personalizada a los estudiantes.	Relación personalizada de ayuda en la que un profesor-tutor atiende, facilita y orienta a uno o varios estudiantes en el proceso formativo.
TRABAJO AUTÓNOMO	Estudio y trabajo en grupo	Hacer que aprendan entre ellos.	Preparación de seminarios, lecturas, investigaciones, trabajos, memorias, obtención y análisis de datos, etc. para exponer o entregar en clase mediante el trabajo de los alumnos en grupo.
	Estudio y trabajo autónomo, individual	Desarrollar la capacidad de autoaprendizaje.	Las mismas actividades que en la modalidad anterior, pero realizadas de forma individual, incluye además, el estudio personal (preparar exámenes, trabajo en biblioteca, lecturas complementarias, hacer problemas y ejercicios, etc.), que son fundamentales para el aprendizaje autónomo.

Fuente: De Miguel, 2005

2.2.4.1. Modelo de aprendizaje semi-presencial para el desarrollo de la competencia ética en Fisioterapia

La emergencia de los sistemas semi-presenciales en su formato de tutoría, correo electrónico, foros, nuevos formatos de interacción, la inclusión de contenidos multimedia, etc., suponen un nuevo escenario en el estudio y el trabajo autónomo del estudiante universitario, que cobra un relieve singular. En este contexto, se desarrolla un novedoso método de aprendizaje, el *B-Learning*,

Marco teórico

Blending Learning o aprendizaje semi-presencial (una mezcla entre la clase presencial tradicional y el aprendizaje a través de Internet)²⁰.

El método motiva el aprendizaje autónomo en los estudiantes y permite a los profesores animarles a responsabilizarse de su propio aprendizaje (William, 2009). Además, puede proporcionar al estudiante la independencia y el control que son fundamentales para el desarrollo del pensamiento crítico, necesario para la toma ética de decisiones (Li-Ling, 2011).

Las ventajas que se suelen atribuir al aprendizaje semi-presencial derivan de las dos modalidades que combina: la utilización de la parte *on-line*, facilita el trabajo autónomo del alumno, elimina barreras espaciales y permite una gran flexibilidad temporal, ya que para llevar a cabo gran parte de las actividades del curso no es necesario que todos los participantes coincidan en un mismo lugar y tiempo. Aunque también requiere un gran compromiso y una gran motivación por parte del estudiante de realizar las tareas programadas de manera autónoma. La modalidad de formación presencial permite afianzar los conocimientos mediante la interacción física con los compañeros y el profesor, lo cual tiene una incidencia notable en la motivación de los participantes, facilita el establecimiento de vínculos y ofrece la posibilidad de realizar actividades algo más complicadas de realizar de manera puramente virtual.

El contexto académico e institucional y las características y ventajas del aprendizaje semi-presencial, determinaron su utilización en el modelo formativo que se propone en esta tesis, para la enseñanza-aprendizaje de ética profesional.

²⁰Entre un curso de modalidad presencial (0% de contenido on-line) y otro de modalidad virtual (+80% de contenido on-line), se encuentran los cursos semi-presenciales, con un 30 a 79% de contenido a través de Internet (Allen *et al.*, 2007).

2.2.5. Docencia reflexiva

La investigación-acción surgió como una metodología en la investigación educativa a mediados de los años 50. A partir de entonces comenzó a cobrar protagonismo y muchos profesionales han tratado de redefinir la enseñanza como una práctica centrada en la investigación y a los docentes como *docentes investigadores* (Grossman, 2005). Surgió como respuesta a la creciente necesidad de un conocimiento más relevante y práctico en las Ciencias Sociales, rellenando el hueco existente entre la investigación académica y la práctica cotidiana. Con los años, ha ganado una atención particular en el campo de la educación, en el que se le considera un método adecuado para investigar sus propios métodos de enseñanza así como el aprendizaje de los estudiantes, dentro y fuera del aula (Elliot, 2000).

Mills (2003) la define como cualquier investigación sistemática dirigida por profesores que muestran interés, en el proceso de enseñanza-aprendizaje, de obtener datos sobre su modo particular de enseñar y el modo como aprenden los estudiantes. Suter (2006), denomina a este tipo de profesores, *profesionales reflexivos*, que pueden contribuir de manera ejemplar a la mejora profesional.

La investigación-acción implica adquirir conocimientos a través de la participación directa en un proceso cíclico de investigación: planificación, acción, observación y reflexión crítica (figura 5).

Figura 5. Proceso cíclico de la investigación-acción



Fuente: <http://ineditviable.blogspot.com/2011/03/la-investigacion-accion-kurt-lewin-1890.html> [consultado el 10 de septiembre de 2011].

El punto de partida en este ciclo son las cuestiones que emergen de la reflexión sobre la propia docencia, las cuales se intentan contestar a partir de la información existente sobre el tema y en base a experiencias concretas examinadas sistemáticamente. Esta actuación lleva a la búsqueda y aplicación de alternativas y a la comprobación de su eficacia, lo cual ofrece una nueva experiencia y, es por lo tanto, el punto de partida de un nuevo ciclo de reflexión (Nolen y Putten, 2007).

Esta metodología parte de la concepción educativa de que el profesional de la educación es un profesional innovador, que integra en su práctica la función investigadora como medio de autodesarrollo profesional e instrumento para

I. Marco teórico

mejorar la calidad de las propuestas educativas. Describe una nueva visión del aula como espacio de investigación y desarrollo profesional, donde el profesor piensa, toma decisiones, interpreta la realidad y crea situaciones nuevas a partir de los problemas de la práctica cotidiana, con la finalidad de mejorarla y transformar la sociedad.

Esta propuesta de la enseñanza como investigación, se constituye en una modalidad pedagógica de innovación y cambio que responde mejor a las actuales necesidades docentes y curriculares, en oposición a los modelos tradicionales de enseñanza.

En Fisioterapia, el estudio de Jensen y Richert (2005), que aplica un modelo de “pacientes simulados” en sus clases de ética, podría encuadrarse dentro de esta metodología al establecer todos los mecanismos necesarios para averiguar cómo los estudiantes aprenden la materia.

La presente tesis se enmarca en este tipo de docencia reflexiva, que se inicia con la determinación del problema (necesidad de una práctica profesional ética de los fisioterapeutas) y las necesidades de los estudiantes (de comprender y aprender herramientas que les permita desarrollar el razonamiento ético ante situaciones a las que se enfrentarán en la práctica clínica), y tiene como finalidad mejorar la práctica educativa a la luz de evidencias obtenidas de los datos y del juicio crítico de los estudiantes y otros compañeros, mediante instrumentos de medida convenientemente diseñados.

2.3. FORMACIÓN EN ÉTICA PROFESIONAL EN EL CURRÍCULO DE FISIOTERAPIA

A principios del siglo XX, Dewey (1916) ya defendía que la mayor recompensa del aprendizaje era la capacidad continua del estudiante de crecer y desarrollar habilidades y “hábitos mentales” que mejoraban su creatividad, así como también la capacidad para resolver problemas similares a los que se iba a encontrar en la práctica.

Sullivan (2004), por su parte, argumenta que para facilitar que los estudiantes lleguen a ser profesionales competentes, las escuelas deberían, por un lado, ampliar el conocimiento más básico para incluir en él el entorno social y moral con el que se enfrentarán en la práctica diaria y por otro, proporcionarles los medios para inducirles a adoptar aquellos *hábitos mentales* a los que hacía referencia Dewey. Esta idea también la compartían Jensen y Paschal (2000), quienes opinaban que facilitar esa capacidad de reflexión es una tarea difícil pero muy necesaria en el contexto de la educación profesional, ya que facilita el proceso de toma ética de decisiones en el entorno laboral.

En el campo de la Fisioterapia, son muchos los autores que defienden el aprendizaje ético en los estudios de Fisioterapia, argumentando que la enseñanza de ética profesional y su aplicación al contexto clínico, es vital para la práctica. Callahan *et al.* afirmaban, ya en 1961, que uno de los objetivos básicos de la educación debía ser el desarrollo ético. Purtilo (2000, bis), instó a la profesión a “sembrar ética” para las futuras generaciones; animó a la profesión a sembrar las semillas del cuidado y la responsabilidad, los cuales consideraba elementos básicos para preparar a los estudiantes a enfrentarse a la práctica en un sistema de salud cada vez más complejo, en un panorama social tan cambiante. Por su parte, Swisher (2005) incluso hablaba de un “currículo moral” en el que se debería

enfatar el rol profesional, la identidad y las obligaciones morales de los fisioterapeutas.

Aprender a ser un profesional no es solamente acumular conocimientos, habilidades o actitudes, sino también considerar si, una vez graduados, los estudiantes pueden utilizar lo que han aprendido en el aula para actuar de manera profesional, lo cual implica responder de manera ética a los muchos dilemas de la práctica diaria (Jensen y Richert, 2005). En este sentido, se impone una formación en ética profesional en los estudiantes de Fisioterapia.

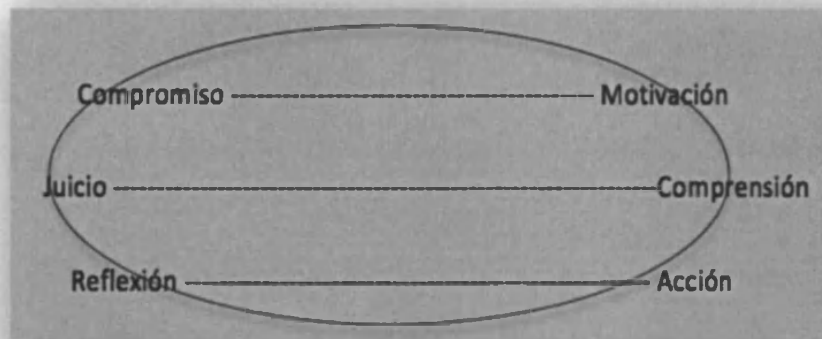
2.3.1. Modelo de aprendizaje de Shulman

La Tabla de Aprendizaje de Shulman (2002), psicólogo educativo estadounidense, proporciona un marco útil para comprender cómo aprenden los estudiantes y cómo este aprendizaje tiene una importante repercusión en la práctica profesional. Es un modelo donde los elementos fundamentales están emparejados en un ciclo de aprendizaje que, según Jensen y Richert (2005), es adecuado para su aplicación al caso de la ética profesional en Fisioterapia.

Shulman propone una concepción innovadora acerca del aprendizaje a través de una tabla que, a manera de taxonomía, explica el proceso en el que éste se lleva a cabo (figura 6).

Para Shulman, la motivación es una condición necesaria para facilitar el aprendizaje; al igual que para Jensen y Richert (2005), quienes dedicaron gran parte de su carrera docente a estudiar métodos para conseguir motivar a los estudiantes de Fisioterapia en una materia (ética profesional) que, en opinión de aquéllos, contrastaba enormemente con el resto de materias más específicas de la profesión.

Figura 6. Tabla de aprendizaje de Shulman



Fuente: Shulman, 2002

La *motivación*, a su vez, conduce al conocimiento y, lo que es más importante, a la *comprensión* de lo que se conoce. Si el aprendiz comprende, puede volcar todo lo que sabe hacia la práctica (*acción*). La *reflexión crítica* sobre lo que se lleva a cabo y se comprende, conduce a un nivel superior de pensamiento o *juicio* en un contexto de incertidumbre. Según Imbernon (2010), la reflexión se considera como una de las principales vías de aprendizaje ya que permite identificar las formas de pensar, sentir y actuar, y de asumir criterios propios, conocer y desarrollar las capacidades y la toma de decisiones.

Cuando el estudiante utiliza el *juicio* tiene en cuenta múltiples factores y los compara continuamente con otros valores o normas para hacer juicios evaluativos sobre posibles cursos de acción. Finalmente, tiene lugar el *compromiso*, tanto hacia él mismo, como hacia el entorno.

Para Shulman (2002) y Greenfield (2007), uno de los principales objetivos de la educación ética es facilitar el desarrollo de la capacidad de reflexión en la toma de decisiones de los estudiantes, como elemento fundamental en su formación profesional. Los autores proponen que el desarrollo de la capacidad de reflexión puede ser uno de los resultados del aprendizaje. Por otro lado, existe una cre-

ciente evidencia y reconocimiento de la importancia de integrar la reflexión emocional y la discusión, en la educación de ética.

2.3.2. El contenido de los programas de ética profesional

En la literatura actual existen muy pocas publicaciones acerca de qué es lo que los estudiantes de Fisioterapia deben saber sobre ética profesional dentro de su currículo formativo, cuáles deben ser los objetivos de este tipo de materias y cuáles son las bases filosóficas y teóricas que se deben incluir (Triezenberg, 1997; Barnitt y Roberts, 2000). En España, una revisión de los planes de estudio de Fisioterapia²¹ en el curso 2008-2009, permitió constatar una gran escasez de contenidos en ética profesional, así como un enfoque predominantemente deontológico de los mismos.

Esta escasez de literatura sobre la enseñanza de ética en Fisioterapia, contrasta con la existente en el campo de la Medicina y la Enfermería, que ha ido incrementándose de forma exponencial desde el año 1970 hasta nuestros días. Según Barnitt y Roberts, (2000), esta circunstancia podría deberse, por un lado, a que este tipo de contenidos no son considerados prioritarios en los currículos de los fisioterapeutas y, por otro, a la ausencia de profesionales expertos en el tema y preparados para impartir este tipo de enseñanzas.

Respecto al contenido de los cursos de ética en el currículo de los fisioterapeutas, Barnitt y Roberts (2000) afirman que se deben incluir tanto conocimientos sobre la teoría ética general, como cuestiones específicas de la profesión. La teoría ética debe tratar conceptos sobre filosofía moral, ética biomédica y ética del

²¹Trabajo de investigación titulado "Estudio descriptivo del contenido formativo en ética profesional de los actuales planes de estudio de la Titulación de Fisioterapia en España", presentado el día 27/11/2009 por la autora de esta tesis en el Departamento de Teoría de la Educación de la Universitat de València con motivo de la obtención del Diploma de Estudios Avanzados.



cuidado de la salud. Además, la utilización de material narrativo que refleje las experiencias de los estudiantes en sus estancias clínicas, puede mejorar la motivación y el compromiso con la materia. Barnitt y Roberts (2000), también consideran que es importante iniciar el estudio de la ética en los primeros cursos, porque si se hace más tarde, los estudiantes puede que no sean capaces de aplicar los conocimientos y las habilidades que adquieran, en su formación práctica de pre grado.

En líneas generales, la enseñanza de ética durante el periodo de formación de los estudiantes de Fisioterapia, debe estar enfocada a orientar las conductas profesionales y a establecer las bases sobre los siguientes aspectos: en qué consiste ser un buen profesional, cuáles son los límites y derechos que hay que respetar, los compromisos que hay que asumir y los deberes que hay que cumplir. En definitiva, *“enseñar ética, hablar de problemas éticos y hablar de la dimensión ética de los problemas”* (Hortal, 2002:19). Se han de introducir conocimientos sobre ética, clarificando conceptos y proporcionar métodos para pensar los problemas éticos. Los estudiantes de Fisioterapia deben conocer estos problemas y aprender métodos que les ayude a tomar las decisiones más justas. También es fundamental ayudar a introducir claridad y coherencia en el pensamiento y el sistema de valores de cada uno (Vielva, 2002). Además, el estudiante ha de conocer cuál es el fin legítimo de la profesión y las competencias que es preciso desarrollar para alcanzarlo porque, a la vez que vaya aportando un servicio a la sociedad, irá adquiriendo una personalidad ética (García López *et al.*, 2010).

A pesar de no existir un consenso acerca del contenido de los programas de ética en estudiantes de Ciencias de la Salud, a la luz de las aportaciones de autores como Barnitt y Roberts (2000), Dieruf (2004), Swisher (2005), Purtilo (2005), Hugges *et al.* (2009), etc., se considera que los elementos fundamentales que han de estar presentes en los programas de formación en ética profesional, de-

ben ser los siguientes: por un lado, el estudiante de Fisioterapia ha de conocer cuáles son los valores fundamentales inherentes al desempeño de la profesión; por otro lado, es importante que conozca cuáles son las principales cuestiones éticas propias de la Fisioterapia. Además, se deben incluir en los currículos, métodos para guiar la toma ética de decisiones. Finalmente, también se debe dejar constancia de las principales teorías éticas que le ayudarán en dicho proceso.

Incorporar una materia como la ética en un plan de estudios de pre grado tan orientado a las especificidades de la profesión, requiere que los estudiantes perciban la teoría y la práctica ética como relevantes para la misma, animándoles a citar las experiencias de sus propios emplazamientos clínicos, lo cual puede resultar útil en la promoción de su conciencia ética. Alentándoles también a reflexionar sobre las diferentes situaciones clínicas, utilizando el razonamiento ético. La integración de este razonamiento ético en la práctica clínica, es probable que se mantenga a la vanguardia de la Fisioterapia en un futuro próximo (Barnitt y Roberts, 2000).

En los siguientes apartados se desarrollan los elementos que se consideran necesarios para la enseñanza de la ética en Fisioterapia.

2.3.2.1. Valores fundamentales de la Fisioterapia

Los valores son los marcos preferenciales de orientación del sujeto, que se especifican y expresan en normas éticas o morales, como criterios o pautas concretas de actuación (Bolívar, 2005).

En la actualidad existe un gran interés por desarrollar el *profesionalismo* y la conciencia moral entre los estudiantes de Fisioterapia (Mostrum, 2000; Swisher, 2005; Swisher y Page, 2005; Sullivan, 2004). El profesionalismo es el nivel de excelencia o competencia que la sociedad espera de una profesión para ofrecer la

El valor ético

más alta calidad de los servicios. En Fisioterapia, el profesionalismo tiene su origen en Estados Unidos y es un concepto moral, ya que trabajar para alcanzarlo es desarrollar y cumplir un conjunto de valores fundamentales que garantizan el mejor servicio para la sociedad.

Estos valores fundamentales de la Fisioterapia, se concretaron en una conferencia de consenso convocada en 2002 por la División de Educación de la APTA (American Physical Therapy Association), en la que participaron 18 fisioterapeutas (clínicos, docentes e investigadores). En agosto de 2003, este documento fue revisado por el equipo de directores de dicha asociación y adoptado como un documento base²² sobre profesionalidad en la práctica, la educación y la investigación en Fisioterapia.

Los valores que se acordaron como fundamentales de esta profesión son los siguientes:

- **Responsabilidad:** consiste en aceptar el compromiso de ejercer los diversos roles, obligaciones y acciones de los fisioterapeutas, incluyendo la autorregulación y otros comportamientos que influyan positivamente sobre los pacientes/clientes, la profesión y las necesidades de salud de la sociedad.
- **Altruismo:** es el principal respeto o devoción a los intereses de los pacientes/clientes, por lo tanto, es asumir la responsabilidad fiduciaria de anteponer las necesidades del paciente/cliente, al propio interés del fisioterapeuta.
- **Compasión/solidaridad:** compasión es el deseo de identificarse con o sentir algo de la experiencia de otra persona; es un precursor de la

²² Este documento puede consultarse en el siguiente enlace: http://www.health.utah.edu/pt/clin_ed/ci_folder/Professionalism%20Core%20Values.pdf, o en la página Web de la American Physical Therapy Association (APTA): <http://www.apta.org>.

I. Marco teórico

solidaridad. Solidaridad es el interés, la empatía y la consideración de las necesidades y valores de otras personas.

- **Excelencia:** es la práctica de una Fisioterapia que utiliza sistemáticamente conocimientos y teorías actuales, al tiempo que trata de entender los límites personales, integra los juicios y perspectivas del paciente/cliente, desafía la mediocridad y trabaja para el desarrollo de nuevos conocimientos.
- **Integridad:** es la posesión de elevados principios éticos y normas profesionales así como la firme adhesión a los mismos.
- **Deber profesional:** consiste en comprometerse a cumplir sus obligaciones con la finalidad de prestar un servicio de Fisioterapia efectivo e individualizado que repercuta en la profesión y tenga una influencia positiva en la salud de la sociedad.
- **Responsabilidad social:** es la promoción de la confianza mutua entre la profesión y los requerimientos del público en general, respondiendo a las necesidades de salud y bienestar de la sociedad.

Estos valores proporcionan un estándar de comportamiento que favorece y mantiene la confianza con la sociedad. Ésta necesita fisioterapeutas que les defiendan y cuide bien. Para ello, es fundamental desarrollar profesionales como *agentes morales*, con conocimientos, habilidades y la suficiente motivación moral como para hacer prevalecer los valores éticos en sus acciones profesionales (Jonson, 1985; Threlked *et al.*, 1999).

Triezenberg y McGrath (2001), consideran que una tarea fundamental de los docentes es ayudar a los estudiantes a alcanzar aquellos comportamientos que se consideran necesarios para desempeñar con éxito el rol profesional como fisioterapeutas, porque una vez deciden que quieren serlo, ya no son del todo libres para elegir cómo actuar, sino que cuando deciden ser fisioterapeutas,

también asumen el cumplimiento de un rol definido y un conjunto de expectativas de comportamiento.

Los profesores, como punto de partida, han de proporcionar a los estudiantes la oportunidad de examinar sus propios valores y los valores que les corresponde como futuros fisioterapeutas y, a partir de ahí, prepararles para tomar decisiones éticas, lo cual es fundamental para asegurar la integridad y la autonomía de la profesión. Como dejó dicho Sócrates: *“no hay ética que no pase primero por una ética del sí mismo”*.

2.3.2.2. Cuestiones éticas específicas de los fisioterapeutas

Son varios los autores que consideran que es fundamental para la enseñanza de ética profesional, conocer las cuestiones éticas propias de los fisioterapeutas (como las que se han visto en el apartado 1.5 de esta tesis). Purtilo (2005) argumentaba que identificar y examinar las cuestiones éticas particulares a las que se enfrenta una profesión, es una actividad importante y es considerado una señal de profesionalismo. Triezenberg (1996), afirmaba que la integridad y diligencia con la que una profesión examina sus propias cuestiones éticas, comprende sus interacciones éticas y desarrolla métodos para enseñar ética profesional a sus estudiantes, determinará a la larga, la posición moral de la profesión.

Barnitt (1998), también consideraba que sin documentos que recojan este tipo de situaciones propias de los fisioterapeutas, es muy difícil para las organizaciones profesionales confeccionar los códigos éticos, para los educadores, preparar a los estudiantes hacia la práctica y para los terapeutas, beneficiarse de la experiencia de los otros.

Guccione (1980) y Triezenberg (1996), opinaban que las cuestiones relacionadas con los valores morales, los principios y los conflictos éticos relacionados, están

presentes en la práctica y a los estudiantes se les debe entrenar como *agentes morales* para identificarlos y tomar decisiones informadas.

Hugges *et al.* (2009) argumentan que es fundamental para el desarrollo de un fisioterapeuta, que aprenda a reconocer situaciones éticas. Sin la habilidad de reconocer la presencia y relevancia de un problema ético, los fisioterapeutas no podrán seguir los pasos necesarios para la acción moral.

Conocer las situaciones éticas propias de los fisioterapeutas se convierte, por lo tanto, en un contenido fundamental en los cursos de ética y publicar estudios de casos en los que se trate este tipo de cuestiones, un reto que se deben plantear los profesionales.

2.3.2.3. Herramientas para la toma de decisiones

Existe un gran acuerdo entre los educadores acerca de incorporar herramientas para la toma ética de decisiones en el currículo del fisioterapeuta, puesto que consideran que permiten desarrollar hábitos de pensamiento (*habits of thought*) para reflexionar sobre las complejas y cambiantes situaciones que forman parte de la práctica diaria. Facilitar estos hábitos reflexivos es una tarea necesaria para la práctica ética, pero a la vez complicada en el entorno educativo (Jensen y Paschal, 2000).

Mientras algunos autores se cuestionan la utilización de los modelos sistemáticos paso a paso para el análisis de casos en la enseñanza de ética, otros, defienden que este tipo de métodos son muy útiles para proporcionar a los estudiantes principiantes una estructura inicial a seguir para contextualizar cada situación. Investigaciones centradas en fisioterapeutas principiantes, demuestran que éstos se benefician de los formatos estructurados y las normas. Jensen *et al.* (2007) opinan que los métodos estructurados desarrollan la habilidad para



enfrentarse a las condiciones inciertas propias de la práctica clínica y se refleja en sus acciones. Incluso, en el momento en que los casos sean más complejos, el método les ayudará a simplificarlos para poder iniciar el proceso. Se espera que, a medida que los fisioterapeutas más inexpertos vayan utilizando los métodos estructurados de análisis de casos, lo aprendan y lo integren para que a la larga, ese paso a paso no sea necesario, sino que el proceso de toma ética de decisiones se haga de manera más natural.

Por lo tanto, en los programas para la enseñanza de ética profesional, se hace necesario proporcionar a los estudiantes un método bien estructurado de toma ética de decisiones.

Entre este tipo de métodos, volvemos a hacer referencia al modelo de Swisher *et al.* (2005), llamado RIPS, por su alto valor pedagógico en Fisioterapia (Kirsch, 2008). Fue creado para uso clínico pero es apropiado en la educación de los fisioterapeutas. Utilizando casos similares a los de la clínica, un profesor puede usar el modelo como método viable para la enseñanza de ética. Mediante el método RIPS, el estudiante evalúa la situación, diagnostica los componentes de la situación, identifica las partes interesadas y planea una acción apropiada; lo mismo que cuando se hace una intervención en la clínica (Venglar y Theall, 2007).

Guccione (1980), afirmaba que para afrontar los desafíos de la práctica, los estudiantes de Fisioterapia deberían ser educados en cómo hacer juicios clínicos y éticos. Si no, se podría poner en peligro la integridad y la autonomía que la Fisioterapia, como profesión sanitaria, tiene tan duramente que trabajar para conseguir.

Purtilo (2000), defiende que uno de los desafíos para los profesores de Fisioterapia es preparar a los estudiantes para dar respuestas creativas guiadas por la base moral de la ética profesional, incluso cuando existan barreras que lo impi-

dan y, asegura, que prepararles para ello contribuye a desarrollar en ellos el *coraje moral*.

Keefer y Ashley (2001) opinan que sin una educación sobre ética profesional que incida en la importancia de la toma ética de decisiones, los estudiantes no pueden comprender el alcance de la situación, ni plantear soluciones adecuadas.

En 2004, Dieruf realizó un estudio con el objetivo de determinar el impacto que los programas educacionales de la Universidad de Nuevo Méjico tenían sobre el razonamiento moral de los estudiantes de Fisioterapia y Terapia Ocupacional, medido con el Defining Issues Test (DIT)²³. Dieruf (2004), concluyó su estudio afirmando que para optimizar la práctica clínica, se le debe enseñar a los estudiantes a tomar decisiones éticas y a hacer juicios clínicos.

Algunos autores en Medicina y Enfermería han demostrado la fuerte relación existente entre el razonamiento moral y el rendimiento clínico de estos profesionales. En Fisioterapia, un estudio llevado a cabo por Sisola (2000), utilizando como medida del razonamiento moral el DIT, también pudo confirmar esta relación. La importancia de este hecho se traduce en la necesidad de incluir el razonamiento moral como un componente fundamental en el currículo del fisioterapeuta.

²³ Diseñado por James Rest, esta prueba evalúa los niveles de razonamiento moral de acuerdo con la teoría de Lawrence Kohlberg, quien a partir del pensamiento de John Dewey sobre el desarrollo de la moral y del trabajo de Jean Piaget acerca de la formación del juicio moral en el niño, propuso una teoría que completó y extendió el enfoque cognitivo-evolutivo de la moralidad inicialmente planteado por Piaget. En esta perspectiva de la adquisición de la moralidad planteada por Kohlberg, el juicio moral es comprendido como un componente de la acción moral (Rest, 1988; Bebeau et al., 1999; Kohlberg, 1992; Dewey, 1989).

2.3.2.4. Las teorías éticas

El propósito de una teoría es construir un marco explicativo de la naturaleza de un fenómeno o situación, que ofrezca las razones suficientes y elementos válidos que posibiliten conocer e interpretar la naturaleza de las cosas que nos rodean. Por su parte, las teorías éticas cumplen con esa misma función: explicarnos cuándo una decisión es moralmente razonable.

A continuación se exponen de manera muy breve, algunas de las principales teorías éticas (Cortina, 2001):

→ *Teoría aristotélica*

Aristóteles pensó y propuso que el fin último del hombre era alcanzar la felicidad. Todo cuanto el hombre hacía o tenía que realizar se dirigía al logro de la felicidad, ya que la naturaleza humana se encaminaba hacia ella.

La manera como el hombre podía alcanzar su felicidad era mediante el uso de su razón, la cual se ponía al servicio de la toma de decisiones prudentes y la vivencia de virtudes. En este sentido, una persona racional era alguien prudente, lo cual era considerado como una virtud a la que todos debían aspirar. Para Aristóteles, la prudencia no se lograba de una manera sencilla. Se actuaba prudentemente en la medida que se pusieran como objetivo de actuación la realización de fines buenos que acercaran a la persona al justo medio de la actuación, es decir, obrar en medio de los excesos y los defectos (vicios) para ubicarse en el sitio de la virtud. Sin lugar a dudas, la ética aristotélica era una ética de la virtud, que partía del uso de la razón. Posteriormente, en la época medieval, la propuesta aristotélica fue retomada por Santo Tomás de Aquino, teniendo impacto hasta nuestros días.

→ *Las teorías hedonistas*

Epicuro de Samos construyó esta propuesta ética, en la cual el hombre alcanzaría

la felicidad en la medida que éste se dirigiera hacia la búsqueda del máximo placer y evitara el dolor. Interesado desde siempre en las bondades del pensamiento filosófico, Epicuro señalaba que la felicidad, como fin del hombre, sólo podría alcanzarse mediante el disfrute de una vida placentera, la cual no se centraba en la riqueza o la opulencia, sino más bien, en cosas sencillas que, después de vivirse en un contexto compartido con otras personas cercanas, trajera como resultado una vida austera, pero en la que pudiera asegurarse la vivencia de la sincera amistad, la libertad y la reflexión constante, siendo éstos los tres valores que defendía y promovía la filosofía hedonista de Epicuro.

→ *El utilitarismo*

En el siglo XVIII, la propuesta hedonista es retomada por los pensadores de la época y da un enorme giro para ubicarla en un plano social, convirtiéndose en lo que Jeremy Bentham y John Stuart Mill posteriormente denominaron utilitarismo, por el que el principio de la moralidad consiste en alcanzar la mayor felicidad (el mayor placer) para el mayor número posible de seres vivos, lo cual se utiliza como criterio para tomar decisiones éticas.

→ *La teoría kantiana*

Para Immanuel Kant, el comportamiento ético es el que se apega al cumplimiento del deber, cumplimiento que no siempre traerá felicidad o placer para quien lo realice, de ahí su distanciamiento con las teorías anteriores. Mediante el uso de la razón la persona puede darse cuenta que existen leyes o imperativos categóricos que conllevan a comportamientos que tienen como base el respeto y reconocimiento de la dignidad humana en las demás personas. Los imperativos categóricos que postuló Kant representaban una ley moral de carácter universal, es decir, una ley válida para todas las personas racionales. Un imperativo categórico contiene estos tres elementos básicos:

I. Marco teórico

- Es de carácter universal, porque reconoce que el ser humano tiene valor en sí mismo y no vale por las circunstancias que le rodean.
- Al ser humano se le concibe como un fin en sí mismo, y no como un medio para alcanzar propósitos ajenos a su voluntad.
- El imperativo tiene valor en un contexto en el cual todas las personas coinciden en que todas tienen valor en sí mismas, haciendo de este acuerdo una norma o ley que todos respetan.

El reconocimiento de la dignidad y del valor que en sí mismo representaba cada persona, confería a todo hombre la capacidad de actuar conforme a una convicción razonada que no dependía de las leyes o normas religiosas o legales. En el esquema kantiano, la persona adquiriría una autonomía moral en el momento en que ésta trataba a las demás personas conforme a como ella deseaba ser tratada.

Según Cortina (2009), la noción kantiana de que la persona tiene dignidad y no precio, y es valiosa en sí misma, constituye la base filosófica para una Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) que exige, gracias a la dignidad de la persona, el reconocimiento de sus derechos junto con los deberes negativos de no dañarla y los deberes positivos de beneficiar y desarrollar sus capacidades (González *et al.*, 2011).

→ *Las teorías dialógicas*

Esta teoría, también llamada ética discursiva, parte de una base kantiana. De Kant se retoma el carácter universal de las leyes morales, pero proponen una innovación relevante: una ley moral universal sólo podrá serlo, en la medida que todos los afectados o interesados acuerden que dicha ley es vital o importante para todos. El medio por el cual puede llegarse a determinar cuándo una ley es moral o no, se llama discurso. Éste, para que sea válido, debe cumplir dos princi-

pios fundamentales:

- Las normas sólo son válidas cuando todos los afectados por ella puedan aceptar libremente las consecuencias y efectos secundarios derivados de su cumplimiento, satisfaciendo los intereses de cada uno de los involucrados;
- Las normas o leyes morales sólo serán válidas en la medida que sean aceptadas por todos los participantes del discurso práctico que las genere.

Teniendo en cuenta los dos principios de los cuales se vale el discurso, los participantes de éste construirán las reglas o normas morales teniendo en cuenta que todos los involucrados en el discurso tienen la misma importancia; todos los involucrados saben del tema que se está discutiendo; ninguno de ellos utilizará el discurso para obtener fines particulares, sacrificando el bien de los demás; y que los argumentos, además de estar basados en principios racionales, siempre se apegarán a la verdad.

A estas cuatro teorías éticas generales, Greenfield y Banja (2009) añaden otras que se consideran mayoritariamente utilizadas en los procesos de toma ética de decisiones en el área profesional de las Ciencias de la Salud, más concretamente en Fisioterapia: el principialismo y la ética del cuidado.

→ *El principialismo y la ética del cuidado*

El *principialismo* surgió como corriente filosófica de la bioética, en la universidad de Georgetown, a partir de los principios fundamentales de la bioética presentados en el Informe Belmont: beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. Estos principios hoy en día son los más aceptados en el discurso bioético y son los encargados de la generación de directrices para la práctica fisioterápica. Este

I. Marco teórico

modelo es el más utilizado para la enseñanza de la ética, ya que los docentes están más familiarizados con él y pueden obtener una extensa bibliografía de apoyo sobre el mismo (Barnitt y Roberts, 2000), a pesar de que algunos autores consideran que este modelo no tiene en cuenta las realidades de la práctica clínica y el contexto en el que se han de tomar las decisiones éticas.

Finalmente, ha ganado popularidad la ética del cuidado, donde la relación con el paciente es el centro del razonamiento moral y de la toma de decisiones éticas; aspecto que ya se ha tratado en el apartado 1.3.2.

2.3.2.4.1. Argumentos favorables y desfavorables ante la incorporación de las teorías éticas en el currículo del fisioterapeuta

Los últimos años han sido testigos del papel de estas teorías éticas en los cursos de bioética para estudiantes de Ciencias de la Salud. En este sentido, se han encontrado argumentos a favor y en contra de su utilización por parte de los estudiantes de Fisioterapia, que se exponen a continuación.

Algunos autores argumentan que estas teorías desempeñan un lugar fundamental en la educación. Este argumento se basa, en parte, en su importancia como marco para guiar la aplicación de los principios éticos en el proceso de solución de dilemas morales (Beauchamp y Childress, 2004). Otros, opinan que estas teorías son demasiado abstractas y filosóficas para acomodarlas a los problemas prácticos y contextuales que surgen en el cuidado de la salud (Swisher, 2005). Y otros, defienden que se debería incluir una versión limitada de estas teorías en las clases de ética para los estudiantes de Fisioterapia, por su gran aportación en la toma de decisiones (Greenfield y Banja, 2009).

Parte de los beneficios que se derivan de estudiar las teorías éticas, es que permiten a los estudiantes cuestionarse y en ciertos casos, mirar más allá de los

1. Marco teórico

valores personales. Las teorías éticas pueden ser un ejercicio constructivo en educación moral a la vez que los estudiantes comienzan a darse cuenta de la complejidad de ciertas situaciones éticas. A los estudiantes se les debe hacer comprender que, en muchas situaciones, la toma ética de decisiones requiere un marco teórico. Desde este punto de vista, aprenden a valorar que la teoría y la práctica son los modelos normales para hacer frente a las complejidades de los dilemas morales.

Por su parte, Guccione (1980) declaraba con rotundidad que una educación en Fisioterapia que no cubra una teoría ética así como su aplicación, podría llevar a los estudiantes a trivializar la importancia del comportamiento ético.

Lo que se desconoce exactamente es cuánta teoría es suficiente para que el estudiante de Fisioterapia pueda asimilarla. A este respecto, Greenfield y Banja, (2009) opinan que alguna teoría es mejor que ninguna y el método como se ha de presentar esta teoría con la práctica, es algo que todos los educadores en ética en Ciencias de la Salud, deberían considerar.

Un proceso de toma ética de decisiones que esté complementado por una teoría, ayudará a los estudiantes a comprender el significado de lo que hacen, evaluar las consecuencias de sus acciones y justificar sus decisiones de manera éticamente razonable. Sin conocimientos sobre la teoría ética y sus procesos constitutivos, los estudiantes no tienen un marco con el que evaluar decisiones o acciones que tienen implicaciones morales y ninguna oportunidad para clasificar estas situaciones.

Fotion (2007), sugiere que cuando los educadores presentan una situación ética (un caso) a los estudiantes, se debería hablar sobre la naturaleza de las teorías éticas como herramientas útiles de pensamiento en las decisiones complejas. Los que defienden el uso de las teorías éticas, les llama "*herramientas de pensamien-*

El Modelo de Teoría

to” que han de utilizar los estudiantes para analizar sus creencias morales y acciones y reflexionar sobre los conceptos éticos y los principios morales.

Triezenberg y Davis (2000), argumentan que comprender mínimamente las teorías éticas es fundamental para el razonamiento ético y la toma de decisiones. Se basan en que el uso de que las teorías ayudan a los estudiantes a reconocer y describir cuestiones y dilemas éticos, clarificar y mejorar el juicio moral y el razonamiento ético y justificar las decisiones morales. Por otro lado, también reconocen que los estudiantes pueden tener dificultades para comprenderlas y que es mejor presentarlas en el contexto práctico del aprendizaje.

Otros profesionales y académicos defienden un mayor uso de modelos basados en el caso para solucionar problemas éticos y menos inclusión de teoría ética. Los que opinan contra el uso de las teorías, señalan hacia su limitada habilidad para dirigir problemas prácticos y contextuales que surgen en la clínica.

Jensen y Paschal (2000), defienden que las teorías éticas no son necesarias, ya que los métodos que más motivan a los profesionales a actuar son aquellos que promueven la compasión y el cuidado, lo cual se estimula mediante la utilización de estrategias prácticas de aprendizaje como la de los pacientes simulados o el juego de rol, que no requieren el uso de las teorías éticas.

Barnitt y Roberts (2000), presentan estrategias “sin teorías” para facilitar el razonamiento ético en estudiantes de Fisioterapia señalando que el modelo tradicional basado en los principios éticos (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia), introducido por Beauchamp and Childress (2001), utilizado en la mayoría de programas de educación en Medicina, es demasiado simple para capturar las realidades y complejidades de la práctica clínica en el contexto de la toma ética de decisiones.

En la siguiente tabla, se resumen los autores que se manifiestan a favor y en contra de la incorporación de las teorías éticas al currículo de los fisioterapeutas:

Tabla 10. Autores que se manifiestan a favor y en contra de incluir las teorías éticas en el currículo del fisioterapeuta

A favor	En contra
Guccione, 1980 Triezenberg y Davis, 2000 Beauchamp y Childress, 2004 Fotion, 2007 Greenfield y Banja, 2009	Jensen y Paschal, 2000 Barnitt y Roberts, 2000 Swisher, 2005


Fuente: elaboración propia

La bibliografía actual sobre ética y Fisioterapia, sugiere que existen brechas entre el conocimiento de las teorías éticas y su implementación en la práctica clínica (Jensen, 2005; Mostrum, 2005; Edwards y Delany, 2008). Los profesores han de facilitar a los estudiantes la adquisición de las bases teóricas que enriquecerán el razonamiento ético y considerar cómo aplicar esta teoría a su práctica clínica (Barnitt y Roberts, 2000).

Los contenidos sobre ética profesional expuestos en este apartado, se han tenido en consideración para la elaboración de los materiales que forman parte del modelo formativo que se propone en esta tesis.

2.3.3. Métodos y técnicas docentes para la enseñanza de ética profesional en Fisioterapia

La enseñanza de ética en los estudios de Fisioterapia varía mucho de unas universidades a otras con respecto, no sólo a los métodos y las técnicas didácticas que se utilizan, sino también al contenido, la organización y temporización del

 curso. En las universidades americanas, lo más frecuente es incorporar en los currículos un curso específico de ética para fisioterapeutas. Algunos durante un semestre, otros, tres, aunque hay casos en los que la ética se incorpora como parte de otras asignaturas (Purtilo *et al.*, 2005).

Como ya se ha comentado, de los métodos de aprendizaje existentes en la literatura, el que más se acomoda al entorno educativo en el que tiene lugar este trabajo, es el semi-presencial o B-learning, que combina las tradicionales clases presenciales en el aula, con el aprendizaje a través de Internet (aprendizaje digital).

En cuanto a la técnica docente más presente en la bibliografía actual, se encuentra el análisis de casos en grupos reducidos; estos casos (situaciones reales o ficticias), o bien son proporcionados por el estudiante de Fisioterapia de los vividos en alguna de sus rotaciones prácticas (*student-generated clinical case-report*), o bien por el profesor, escenificados (simulaciones, *juegos de rol*), en forma de narrativas, presentados por medios audiovisuales, etc. Basados en el análisis del caso, Welie (1999), propone un método de deconstrucción-reconstrucción de casos, Triezenberg y McGrath (2001), el uso de la narrativa y Jensen y Richert (2005), el método del paciente simulado. Todos ellos tienen en común que tratan de motivar a los estudiantes a que asuman de forma responsable su propio aprendizaje.

Todas estas técnicas y métodos didácticos pertenecen al grupo de técnicas de participación activa, que son las más utilizadas para cambiar actitudes y creencias de un individuo, ya que permiten, a través del contacto con otras personas, en situaciones y contextos diversos, contrastar valores, ideas, opiniones, informaciones, etc. diferentes a las del propio sujeto (Escámez y Ortega, 1986), lo cual, es, en definitiva, uno de los objetivos del modelo formativo que se propone.

I. Marco teórico

Estas técnicas, como ya se ha comentado en apartados anteriores, se enmarcan dentro del modelo de *constructivismo social*, donde el aprendizaje es considerado un proceso activo y en el que los estudiantes construyen sus conocimientos dentro de un entorno social. El proceso de aprendizaje se centra en la habilidad del estudiante de solucionar problemas de la vida real en un contexto académico, al proporcionarle herramientas que le permiten crear sus propios procedimientos para resolver esas situaciones problemáticas, lo cual le permite seguir aprendiendo.

El trabajo en grupos pequeños representa oportunidades para intercambiar ideas con varias personas al mismo tiempo, en un ambiente libre de competencia, mientras que las discusiones de todo un grupo tienden a inhibir la participación de los estudiantes tímidos. Un grupo formal y cuidadosamente construido ayuda a los estudiantes a aprender a trabajar duro y en equipo en un ambiente seguro y estimulante. Para ser efectivos, los equipos deben crearse en ambientes abiertos y de confianza, de forma que los estudiantes se vean motivados a especular, innovar, preguntar y comparar ideas conforme resuelven los problemas (Cooper, 1996). La confrontación de posturas y valores convierten al método en un instrumento de aprendizaje muy adecuado para cualquier materia, pero especialmente para la ética. Ayudar al estudiante a pensar, a reflexionar y a actuar con otros, le va a permitir adquirir una conciencia crítica personal (Fuentes, 1998).

Según Barnitt (2000), sea cual sea la metodología utilizada para la docencia de los cursos de ética, es muy importante obtener un *feedback* de los propios estudiantes, para evaluar la eficacia del programa, lo cual constituye uno de los propósitos de esta tesis.

A continuación se exponen las técnicas y métodos docentes comentados para la enseñanza-aprendizaje de ética en Fisioterapia.

2.3.3.1. Estudio de casos

La enseñanza basada en la clase magistral (*lecture-style teaching*), ha sido muy criticada por producir aprendices pasivos y evitar el pensamiento crítico en el aula (Limbach y Waugh, 2005). En su lugar, muchos estudios sobre educación en Ciencias de la Salud han evidenciado el impacto positivo de utilizar el análisis de casos (Fuentes, 1998; Triezenberg y McGrath, 2001; Jonassen y Hernández-Serrano, 2002; Keefer y Ashley, 2001; Hudson y Buckley, 2004). Como estrategia de aprendizaje en el aula, está orientada más al desarrollo de ciertas habilidades y al cambio de actitudes que a la clarificación conceptual, aunque ésta no se descarte (Fuentes, 1998).

En el análisis de casos, se presenta a los estudiantes una situación clínica tomada, generalmente, a partir de un caso real. Se suministra cierta información, y basándose en los conocimientos adquiridos, se les plantean las siguientes actividades: analizar y valorar los hechos, diagnosticar los problemas, fijar los objetivos, elegir soluciones adecuadas, exponerlas al resto de estudiantes y proceder a su discusión. Los estudiantes trabajan en grupos reducidos.

Con esta técnica, el estudiante obtiene información, afianza los conocimientos adquiridos y se plantea cuál sería el proceder correcto en una situación profesional futura. Este sistema pretende poner al estudiante en contacto con situaciones reales de la práctica profesional, desarrollando la toma de decisiones en condiciones de incertidumbre. El estudio de casos también fomenta la discusión y la comunicación entre los estudiantes.

En Fisioterapia la mayoría de programas docentes sobre ética se centran en el análisis de casos; a los estudiantes se les pide que lean un caso y que identifiquen en él las situaciones éticas (Haddad, 2005). El análisis de casos es un modo de enseñanza en el que los alumnos aprenden sobre la base de experiencias y

1. Marco teórico

situaciones de la vida real, permitiéndoles así, construir su propio aprendizaje en un contexto que los aproxima a su entorno. Se basa en la participación activa y en procesos colaborativos y democráticos de discusión de la situación reflejada en el caso (McGinty, 2000).

Un caso representa situaciones complejas de la vida real, a partir de datos que resultan ser esenciales para el proceso de análisis. Constituyen una buena oportunidad para que los estudiantes pongan en práctica habilidades que son también requeridas en la vida real, por ejemplo: observación, escucha, diagnóstico, toma de decisiones y participación en grupos.

Welie (1999), afirma que para la enseñanza de ética, los educadores utilizan con frecuencia discusiones de un caso en grupos reducidos como su principal estrategia de aprendizaje, lo cual ayuda a los estudiantes a desarrollar la conciencia y los conocimientos sobre ética.

Un estudio realizado por Hudson y Buckley (2004), sobre la enseñanza basada en el caso en el currículo de los estudiantes de Fisiología, evidenció que esta técnica docente aumentaba la confianza de los estudiantes cuando llegaban al entorno clínico y les permitía estudiar los contenidos con pacientes simulados en escenarios hipotéticos, creando un contexto en el que podían intentar solucionar el caso sin temor a las consecuencias.

Venglar y Theal (2007), realizaron un estudio para describir los resultados del cambio de una metodología docente basada en la clase magistral a otra basada en el análisis de casos, en las clases de ética de un programa para fisioterapeutas, así como los efectos de ese cambio sobre las opiniones y actitudes de estudiantes de máster. Los casos (que procedían de las prácticas clínicas), eran analizados en pequeños grupos utilizando el método RIPS (Swisher *et al.*, 2005). La utilización de los casos sobre situaciones éticas y el hecho de que los estudian-

I. Marco teórico

tes debieran tratar de resolverlos utilizando un proceso de toma de decisiones guiado, mejoraba la conciencia sobre este tipo de cuestiones, así como el pensamiento crítico y los aspectos no clínicos del caso; también aumentaba el valor de la educación ética para los estudiantes. Éstos tuvieron la oportunidad de participar utilizando el pensamiento crítico para incorporarlo en su modelo de cuidado al paciente (Limbach y Waugh, 2005). El debate y la deliberación que tiene lugar cuando se analiza un caso, añade valor a la discusión y mejora el proceso de razonamiento clínico que le rodea así como el proceso de toma de decisiones (Jensen y Paschal, 2000; Barnitt y Roberts, 2000).

Los casos analizados pueden proporcionarlos los mismos estudiantes (*student-generated clinical case reports*), a quienes se les pide que los lleven elaborados a clase, procedentes de sus más recientes rotaciones de prácticas clínicas (Jensen y Richert, 2005).

En la siguiente tabla se presentan los objetivos, ventajas e inconvenientes generales de esta técnica didáctica:

Tabla 11. Objetivos, ventajas e inconvenientes del análisis de casos

Objetivos

- Formar futuros profesionales capaces de encontrar, para cada problema particular, la solución experta, personal y adaptada al contexto social, humano y jurídico dado.
- Trabajar desde un enfoque profesional los problemas de un dominio determinado. El enfoque profesional parte de un problema real, con sus elementos de confusión, a veces contradictorios, tal como en la realidad se dan y se pide una descripción profesional, teóricamente bien fundada, comparar la situación concreta presentada con el modelo teórico, identificar las peculiaridades del caso, proponer estrategias de solución del caso, aplicar y evaluar los resultados.
- Crear contextos de aprendizaje que faciliten la construcción social del conocimiento y favorezcan la verbalización, explicitación, el contraste y la reelaboración de las ideas y de los conocimientos.

Ventajas

Facilita y refuerza:

- La comprensión de los problemas divergentes y la adopción de soluciones mediante la reflexión y el consenso.
- La retención de la información y el conocimiento adquirido al discutir y practicar acerca de los conceptos utilizados
- El aprendizaje significativo, ya que el alumno usa conocimientos previos para el análisis del problema y la propuesta de soluciones facilitando la generación de los conceptos usados.
- El desarrollo de diversos estilos de aprendizaje.
- El aprendizaje en grupo y el trabajo en equipo
- La resolución de problemas genera conocimientos y promueve la creatividad
- Desarrollar habilidades comunicativas: capacidad de explicar, interrogar y de responder; uso de un lenguaje especializado, socializarse, atender y comprender a los otros, interacción con otros estudiantes son una buena preparación para los aspectos humanos de la gestión.
- Desarrollar habilidades específicas (comprensión lectora, valoración de la información, uso de informaciones y de conocimientos de expertos, roles, toma y argumentación de decisiones, previsión de consecuencias, expresión escrita y oral...
- Mejorar la autoestima y la seguridad en si mismo, autoconocimiento y el conocimiento de los otros, la autonomía para el aprendizaje ...
- Aumenta la motivación del alumnado por el tema de estudio al confrontarle con situaciones relativas al ejercicio de la profesión. Las situaciones de aula son más motivadores y dinámicas ya que faciliten una mejor asimilación de los conocimientos (ambiente de intercambio, diálogo, más responsabilidades).
- Incrementa la flexibilidad del alumnado, que se hace consciente de que, respecto de la mayoría de situaciones, puede haber más de una solución que tenga probabilidades de éxito.

Inconvenientes

- El autor es quien recoge los datos a los que se refiere el caso, por lo que la formación debe de ser complementada con la investigación o recogida de datos por parte de los alumnos (a través de las actividades de seguimiento)
- Las soluciones a los problemas que se plantean durante el estudio del caso, no se llevan generalmente a la práctica. Por lo tanto, el método no sustituye la formación práctica, que debe facilitarse complementariamente (aplicando las conclusiones a situaciones reales)
- Los alumnos tienen que poseer ciertos conocimientos sobre el tema y no suelen estar acostumbrados al proceso de reflexión sobre problemas en grupo, elaboración de propuestas de solución y su defensa en público

1. Marco teórico

y una asignatura semestral no proporcionan suficiente tiempo para desarrollar esta cultura.

- Las aulas no suelen estar preparadas para el trabajo en pequeños grupos y los grupos grandes incrementan la dificultad de forma exponencial.
- Requiere una preparación acertada del material.
- Habilidad en la dinamización de los grupos.

Fuente: Generalitat Valenciana. Conselleria d'empresa, Universitat i Ciència. Espacio interuniversitario de recursos para el EEES. Universitat Jaume I. URL: <http://www.recursoseees.uji.es/fichas/fm3.pdf> [consultado el 23 de septiembre de 2011]

2.3.3.1.1. El papel del profesor en el método del caso

El éxito del análisis de casos depende, en buena medida, del profesorado. La ética es una materia difícil de enseñar, porque afecta no sólo a los conocimientos, sino también a las actitudes y valores de los estudiantes. Y aunque esto es independiente de la metodología docente empleada, se agudiza con los métodos activos, en que el alumno debe expresar, razonar y defender en público sus puntos de vista. En este contexto, el profesor no debe ser dogmático o cerrado sino que debe partir de las pre concepciones, experiencias y sentimientos de los alumnos, ayudarles a explicitarlos, analizarlos críticamente y conducir el diálogo de tal modo que puedan modificar libremente su punto de vista mediante argumentos racionales, sobre todo ante planteamientos inmorales. Debe pues, evitar las recriminaciones, dejar en ridículo al alumno, el recurso al punto de vista del resto de la clase como argumento descalificador, imponer su punto de vista y, en general, todo lo que pueda provocar la inhibición del alumnado.

Pero esto no quiere decir que el profesorado deba ser neutral en cuanto a los criterios y soluciones de los problemas que se plantean: no debe conducir la discusión de forma que salga triunfante su tesis, ni coartar las opiniones discrepantes de los alumnos, pero sí puede -y debe- dar su opinión, fundándola en la misma teoría que ha transmitido a sus alumnos. En todo caso, lo que im-

porta no es que éstos conozcan la conclusión correcta del caso, sino los principios, y desarrollen sus capacidades de análisis, de decisión y su conciencia ética. Con otras palabras, el profesor debe estar más preocupado por el proceso de aprendizaje que porque la clase llegue colectivamente a la solución correcta del caso (Argandoña, 1999).

2.3.3.2. La narrativa en la enseñanza de ética

La importancia de la narrativa en el desarrollo moral ha sido discutida por numerosos autores (Noddings y Witherell, 1991; Ellos, 1994).

Triezenberg y McGrath (2001), estudiaron las percepciones de los estudiantes de Fisioterapia después de haber utilizado para la enseñanza de ética, la narrativa. Evidenció que los estudiantes percibían esta técnica, de manera muy positiva, ayudándoles a profundizar en sus propios valores y a comprender las teorías éticas y el comportamiento profesional. También se pudo comprobar que proporcionaba a los estudiantes una manera natural de comenzar un proceso de integrar sus propios valores y comportamientos con aquellos que se esperan de un profesional.

Presentar lecciones morales en forma de narraciones, se ajusta a la manera natural como los estudiantes organizan su vida y su aprendizaje. El uso de la narrativa para presentar los contenidos, parece ser un método adecuado para la enseñanza de un tema complejo y tan cargado de contexto como la ética. Utilizar historias ayuda a los estudiantes a ver las cuestiones éticas a través de perspectivas de otras personas y desarrollar un mejor entendimiento de su propia base moral (Triezenberg y McGrath, 2001).

2.3.3.3. Experiencias de aprendizaje con pacientes simulados

Jensen, profesor de ética de la Universidad de Creighton, se dedicó durante años a desarrollar estrategias para la enseñanza de ética en el aula, con el objetivo de conocer cómo aprendían esta materia sus estudiantes de Fisioterapia (Jensen y Richert, 2005). Utilizó una estrategia de enseñanza-aprendizaje en la que el estudiante debía entrevistarse con un paciente simulado (un actor), mientras la entrevista era grabada en vídeo. Después de la entrevista, debía responder una serie de preguntas reflexivas (¿cuál fue la cuestión ética central que encontraste? ¿al final de la entrevista, por qué elegiste resolver la situación ética como lo hiciste? ¿si fueras el fisioterapeuta, qué sería lo próximo que harías? ¿qué te confunde de este caso? ¿aprendiste algo de este encuentro?) y posteriormente acudir a un aula en pequeños grupos donde revisaban la entrevista grabada y rellenaban un formulario de autoevaluación. Resultó ser una experiencia que proporcionaba una amplia oportunidad para escuchar al paciente, haciendo juicios, adoptar responsabilidades, negociar con las familias y manejar la incertidumbre. Proporcionaba una experiencia realista que reflejaba la realidad clínica. A los estudiantes les pareció que ayudaba a aumentar la credibilidad de la ética.

La utilización de simulaciones motiva a los estudiantes, posibilita un aprendizaje activo, desarrolla habilidades de interacción y comunicación, los estudiantes pueden aplicar la teoría y la práctica en contextos reales y pueden alcanzar aprendizajes más profundos (Tekian *et al.*, 1999).

Estas simulaciones clínicas han sido utilizadas con éxito en Medicina para enseñar y evaluar las habilidades clínicas, interpersonales y de razonamiento clínico de los estudiantes. En Fisioterapia, se han utilizado para el desarrollo de habilidades de comunicación y la adquisición de destrezas básicas de cuidado a los pacientes. Las interacciones son experiencias de aprendizaje estructurado que

proporcionan a los estudiantes la oportunidad de luchar en la incertidumbre en el contexto clínico. La presencia de la incertidumbre en la discusión ética facilita que los estudiantes utilicen el proceso reflexivo y desarrollen sus habilidades de metacognición (Jensen *et al.*, 2008).

2.3.3.4. Juego de roles

La dramatización o juego de roles es una de las técnicas de mayor utilidad para aprender a ponerse en el lugar de otras personas y comprenderlas. Las investigaciones realizadas confirman que la aplicación de esta técnica es válida para generar cambios de actitudes en los sujetos. Consiste en la representación, por parte de los estudiantes, de papeles o situaciones de la vida diaria y permite el conocimiento y la transferencia de las propias creencias, actitudes y valores. Se realiza dentro de un contexto, cuyas más importantes variables son controladas por el profesor y desarrolla en los estudiantes la capacidad para percibir el punto de vista de los otros, ponerse en su lugar, contrastar valores, opiniones, etc.

A los estudiantes se les proporciona datos sobre una situación en la que ellos participan mediante una breve representación simulada de una situación ficticia o basada en un hecho real. Para ser efectivo, el escenario debe tener suficientes detalles como para desafiar y comprometer a los estudiantes; debe contener un problema que necesite ser abordado apelando a su imaginación (Brown, 1994).

El juego de roles se ha utilizado para la enseñanza de ética en las profesiones sanitarias (Jensen y Richert, 2005; Doron, 2007; Nelson y Eliastam, 1991), ya que requiere el compromiso activo de los estudiantes y les permite identificar cuestiones éticas, barajar posibles soluciones y comprender múltiples perspectivas (Bebeau *et al.*, 1995).

Brummel et al. (2010), realizaron un estudio para evaluar la utilidad del juego de rol en el desarrollo de una conducta responsable y concluyeron afirmando que es una técnica que compromete activamente a los estudiantes, los cuales la preferían antes que las clases magistrales tradicionales, ya que les captaba mejor su atención y les permitía profundizar en los conocimientos, comprendiendo mejor las cuestiones éticas desde diferentes perspectivas. Con el juego de rol, los estudiantes practican actuar con integridad en situaciones difíciles (Juergens y McCaffrey, 2008).

2.3.3.5. Deconstrucción y reconstrucción de casos

Welie (1999), propone un nuevo modelo para estructurar las discusiones éticas basadas en el caso, un *modelo de deconstrucción-reconstrucción de casos*, en la enseñanza de ética. Es un proceso que guía al estudiante a través de un proceso de pensamiento crítico. En la fase deconstruccionista, a los estudiantes se les proporciona un caso al que han de desmontar los componentes de su estructura. En la fase de reconstrucción, los estudiantes utilizan el análisis hecho durante la fase anterior para desarrollar el análisis reconstruyendo el caso bajo una nueva perspectiva (Crowe y O'Malley, 2006). Para la fase de deconstrucción, se utilizan grupos reducidos de estudiantes que funcionan como un comité de ética de un hospital. El grupo debe descomponer la información del paciente simulado, buscar la evidencia ética y la relevancia del caso y a partir de ahí, proponer una posible solución. Los componentes básicos del proceso de deconstrucción son:

- Utilización de un caso clínico auténtico: cada caso era un caso clínico auténtico encontrado por miembros del cuerpo docente. Los datos de cada caso eran presentados como si fuera la historia clínica de un paciente con los datos identificativos distorsionados.

I. Marco teórico

- Comité ético asesor: cada grupo reducido actuaba como un comité de ética hospitalario revisando y analizando el caso. Los estudiantes debían adoptar el rol de profesionales y fomentar la resolución del caso.
- Estudiantes facilitadores: cada grupo tenía un estudiante que hacía de moderador.
- Utilización de puntos de vista de las partes interesadas: más que centrar el caso desde un único punto de vista, se obligaba a los estudiantes a considerar el caso desde varios ángulos y a considerar varias cuestiones éticas, lo cual aumentaba la complejidad de la deliberación.

Un estudio realizado por Hugges *et al.* (2009), que tenía como objetivo describir e interpretar el valor pedagógico de esta herramienta de enseñanza de ética en Fisioterapia, evidenció que la utilización de casos clínicos reales junto con una variedad de métodos y técnicas docentes (juegos de rol, análisis de casos, dinámica de grupos, etc.), facilitaba a los estudiantes de Fisioterapia el pensamiento y la discusión sobre cuestiones éticas. Además, parece eliminar la brecha existente entre el trabajo en el aula y la acción moral en el contexto clínico. Del estudio se dedujo que el proceso de deliberación y reflexión ante la incertidumbre, representa una experiencia de aprendizaje en la que el juicio humano se utiliza para conectar la teoría con la práctica. El objetivo de los educadores es que los estudiantes trasladen a la clínica la confianza hacia la acción moral, que han adquirido en la clase.

A la luz de la información presente en la bibliografía consultada, y sobre la base de un método de aprendizaje semi-presencial, las técnicas docentes que se proponen en esta tesis utilizan el análisis de casos en grupos reducidos (proporcionados por los estudiantes de sus prácticas clínicas y por la profesora, procedentes de situaciones reales) y el juego de roles.

2.4. LA ACTITUD HACIA LA ÉTICA PROFESIONAL

La principal variable que se evalúa en esta tesis es la actitud de los estudiantes de Fisioterapia hacia la ética profesional. La bibliografía sobre la medida de esta actitud en este tipo de estudiantes, es prácticamente inexistente. Solamente los trabajos de Venglar y Theall (2007) y Hugges *et al.* (2009), analizaron estas actitudes tras la aplicación de una metodología docente determinada, mediante la técnica cualitativa de grupos de discusión (*focus groups*).

Price *et al.* (1998), estudiaron los cambios en las actitudes éticas de estudiantes de Medicina, a medida que iba transcurriendo su periodo de formación en la materia. El resultado de este estudio mostró que las actitudes mejoraron sustancialmente a lo largo de los cursos, influidos particularmente por su exposición al trabajo en el entorno clínico, es decir, a través de sus prácticas. Los estudiantes fueron capaces de aceptar mucho mejor las diferencias entre los pacientes, así como también se mostraron más preocupados por los demás, llegando a comprender lo que se sentía al ponerse en el lugar del paciente y mostrándose menos preocupados por ellos mismos.

Sin embargo, según Barnitt y Richard (2000), algunos estudiantes de Fisioterapia manifiestan una actitud desfavorable a estudiar ética y además, muchos profesores se muestran apáticos hacia la enseñanza de esta materia. Fuentes (1998:235), ya advirtió este hecho en estudiantes de Trabajo Social, cuando hablaba de "*la actitud defensiva frente a la materia, que muchos estudiantes muestran*". Homenko *et al.* (1997), pudieron comprobar previamente este hecho con estudiantes y profesores de Medicina, al observar en ellos que podían sentirse en desventaja ante esta materia tanto por su falta de conocimientos sobre el tema, como por considerar que el tiempo invertido en la enseñanza-aprendizaje

de la misma, podría restar tiempo de otras materias más específicas de la profesión.

En el contexto actual en el que los estudiantes restan importancia a este tipo de contenidos durante su formación, se impone, como punto de partida, la puesta en marcha de actividades encaminadas, en primer lugar, a mejorar su percepción y sus actitudes hacia la incorporación y el estudio de la ética profesional en su formación, lo cual es uno de los objetivos del presente trabajo.

2.4.1. Las actitudes

Las actitudes son estructuras psicológicas profundas que se forman a partir de las relaciones que las personas mantienen con su entorno. Se definen como *“predisposiciones aprendidas para actuar de un modo favorable o desfavorable ante un objeto, persona (grupos) o situación”* (Fishbein y Ajzen, 1980).

Las actitudes son evaluaciones afectivas, es decir, que cuando percibimos una realidad de manera favorable, entonces tenemos una actitud positiva hacia ella y al contrario. Por tanto, pertenecen al ámbito de los sentimientos, porque es a través de ellos que valoramos como favorables o desfavorables las realidades y nos permite posicionarnos ante ellas (Escámez *et al.*, 2007).

Aunque el aprendizaje de las actitudes se realiza de forma no intencional, es decir, se transmiten culturalmente a través del currículo oculto (formado por las creencias, los valores, las tradiciones culturales) y, como se ha dicho, se forman a partir de las relaciones que las personas mantienen con su entorno, también son educables y medibles y se construyen como contenidos fundamentales de la educación (Escámez *et al.*, 2007). Aunque si bien el cambio actitudinal no conduce automáticamente al cambio correspondiente en la conducta, la utilización de técnicas docentes adecuadas encaminadas a cambiar una actitud (como las des-

actitudes en el apartado anterior), aumenta la probabilidad de ocurrencia o no ocurrencia de la misma.

Para la medida de este constructo²⁴, se utilizan cuestionarios que generalmente toman como modelo teórico la teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen, aplicada a un grupo de estudiantes (Fishbein y Ajzen, 1975 y 1980; Escámez, 1988; Escámez *et al.*, 2007) y como modelo del instrumento de medida actitudinal, las escalas sumativas tipo Likert (1932), el más utilizado en el campo de la educación (Traver y García López, 2007). Ambos modelos se han tomado como referencia para la elaboración de la escala de actitudes que se ha utilizado en esta tesis (actitudes de los estudiantes de Fisioterapia ante la ética profesional durante su formación). La segunda de las variables (la percepción de los estudiantes sobre los conocimientos que poseen sobre la materia), también se ha evaluado mediante una escala tipo Likert. Por ese motivo, ambos modelos teóricos se describen a continuación.

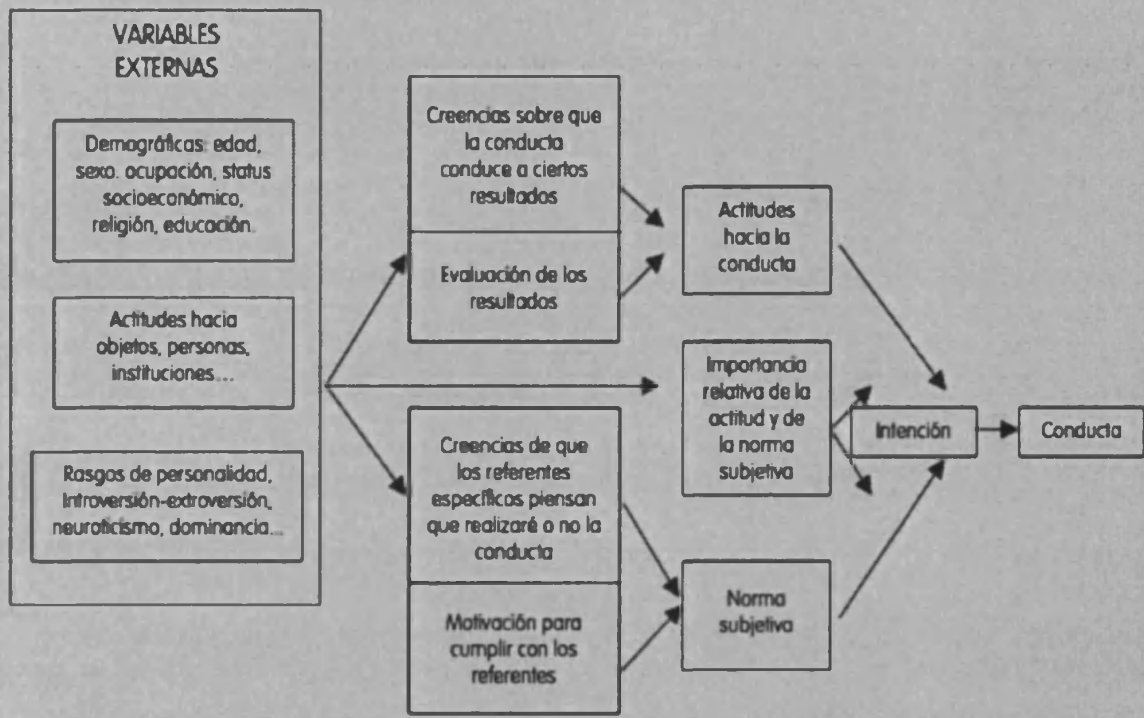
2.4.2. La teoría de Fishbein y Ajzen

La teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen, es la más completa y la única general que explica los procesos de formación y cambio de actitudes (Gargallo *et al.*, 2007). Es una teoría bien elaborada que proporciona una base excelente para el diseño de ítems y para la intervención educativa. Trata de definir y relacionar los elementos que forman parte del complejo mecanismo que implica la realización de una acción por parte de un sujeto, ante una situación concreta.

El siguiente esquema refleja el planteamiento teórico de Fishbein y Ajzen:

²⁴Según la Real Academia de la lengua Española, un constructo es una “construcción teórica para resolver un problema científico determinado”. Según (Kerlinger y Lee, 2002:31) “*los constructos se inventan o adoptan de manera deliberada y consciente para un propósito científico especial*”.

Figura 6. Modelo teórico de Fishbein y Ajzen



Fuente: Fishbein y Ajzen, 1980

Uno de los fundamentos de este modelo teórico es la concepción del hombre como ser racional que usa la información para hacer juicios, evaluaciones y tomar decisiones (Hirsch, 2005). A partir de esta consideración del hombre que controla sus impulsos y conductas mediante la razón, Fishbein y Ajzen construyen un modelo tecnológico para predecir el cambio de conducta, mediante la modificación de las creencias, o base informativa que subyace a las actitudes y las normas subjetivas, que condicionan y determinan la intención de conducta y la conducta misma (Escámez, 1991).

En términos generales, la teoría de Fishbein y Ajzen contempla que un individuo tendrá la intención de realizar una conducta dada, cuando posea una actitud



positiva hacia su propio desempeño en la misma y cuando crea que sus referentes sociales significativos piensan que debería llevarla a cabo.

Los componentes que integran el proceso de razonamiento para la realización de la conducta, son los siguientes (Escámez *et al.*, 2007):

- *Variables externas:* Son variables que influyen sólo de modo indirecto en la conducta de las personas. Aquí se engloban los elementos demográficos como la edad, sexo, estatus socio-económico, nivel cultural; rasgos de la personalidad; valores y actitudes hacia las personas, cosas, instituciones, situaciones, etc.
- *Creencia:* Es un término que engloba a conceptos como idea, opinión, información y, en general, todo aquello que está relacionado con el ámbito del conocimiento. Dentro del ámbito actitudinal, las creencias son concebidas como las convicciones que tiene el sujeto, a partir de la información que posee, de que realizando una conducta determinada obtendrá unos resultados positivos o negativos para él.
- *Actitud:* Es la evaluación favorable o desfavorable de los resultados de la conducta en cuanto que afectan al propio sujeto. El elemento específico de la actitud, que la distingue de los otros conceptos analizados, es el afectivo-evaluativo. La evaluación favorable o desfavorable se concreta en una predisposición hacia la realización o no de la conducta.
- *Norma subjetiva:* Es la percepción que el sujeto tiene de la opinión de otras personas o grupos de referencia, con respecto a que realice u omita una conducta concreta. Cuando las personas a las que atribuye unas determinadas creencias son referentes subjetivamente importantes para él, su percepción sobre lo que esperan que haga se convierte en una norma que rige su conducta. En la investigación sobre las actitudes de las personas, es fundamental determinar cuáles son las personas, grupos o

instituciones que son importantes para el sujeto, y que por lo tanto ejercen una presión sobre su conducta. Cuando la actitud y la norma subjetiva son del mismo signo (positivas o negativas), se concretarán en la intención o en la no intención de realizar una conducta. Cuando son de signo contrario, la intención dependerá de la intensidad de cada una de ellas.

- *Intención*: Indica si el sujeto tiene decidido realizar o no una determinada conducta. Ésta se realizará si la decisión de llevarla a cabo es formulada en unas determinadas circunstancias (contexto, objetivos, tiempo, condiciones, etc.).
- *Conducta*: Es la realización de los actos que están en relación con el objeto de la actitud. Se refiere a la ejecución de los actos en un sentido estricto, y no simplemente a las declaraciones de intenciones sobre la realización o no de una conducta.

Todos los elementos descritos están relacionados entre sí conformando un sistema, de forma que si se produce la modificación de uno de ellos, repercute en los demás. Dada una alta correlación entre la intención de realizar una conducta y el comportamiento real, los dos componentes de la teoría podrían predecir la conducta e informar sobre los determinantes de la misma, siendo estos dos propósitos el objetivo último de la teoría de la acción razonada.

2.4.3. Las escalas-cuestionario sumativas tipo Likert

Teniendo como referente la noción de actitud que se acaba de exponer, la conducta se puede inferir a partir del conocimiento de las creencias que alimentan ciertas actitudes y de la disposición a actuar en una determinada dirección. El componente afectivo suele considerarse el componente fundamental de la acti-



tud, hasta el punto de que se le identifica con frecuencia con la actitud misma. Para su medición, generalmente se utilizan métodos e instrumentos que definen este componente. Bolívar (1995), defiende que debido a que la actitud, como variable latente, no es susceptible de observación directa, tiene que inferirse a partir de las creencias, sentimientos o intenciones de conducta.

De los instrumentos de carácter cuantitativo empleados en la evaluación de las actitudes, las escalas han sido los más importantes y más frecuentemente utilizados. Consisten en la aplicación de un cuestionario con una lista de enunciados a los que los encuestados deben responder de acuerdo a una gradación, según sus sentimientos o actitudes (Traver y García López, 2007).

Likert (1932), propuso su método de escalamiento a finales del primer tercio del siglo XX. Su objetivo principal fue desarrollar un método de medición de actitudes sencillo y simple en el que el sujeto valorara su grado de acuerdo o desacuerdo ante un conjunto de declaraciones en forma de enunciado. Dichas declaraciones reflejan sus opiniones acerca del tema objeto de la medida, sobre una escala entre cinco o más grados, representados numéricamente. Es el modelo más utilizado para la medición de actitudes en educación. Estas escalas están formadas por ítems de tipo cognitivo (ideas y creencias), ítems afectivos (sentimientos y afectos) e ítems conductuales (actitud manifiesta), que miden la intensidad y la dirección de la actitud.

Una vez que el sujeto ha contestado todos los ítems, la puntuación del sujeto en el cuestionario se determina sumando o promediando los valores de las alternativas de respuesta escogidas ante cada ítem. Por esta razón, las escalas o cuestionarios contruidos siguiendo este método, se denominan escalas sumativas. Se puede afirmar que la suma de una serie de respuestas a ítems supuestamente homogéneos sitúa al sujeto en la variable *medida* (Morales, 2006).

1. Marco teórico

El método de Likert es un método de escalamiento centrado en los sujetos. Su objetivo es mostrar las diferencias individuales en relación con una determinada actitud. Por ello, se asume que la variabilidad observada en las respuestas de los sujetos se debe a diferencias entre éstos, esto es, a que tienen niveles de actitud diferentes. El escalamiento pretende ubicar al sujeto en un punto de un continuo entre dos polos opuestos: uno positivo (a favor) y otro negativo (en contra), infiriendo una correspondencia entre la puntuación en el test y la cualidad medida. Desde el punto de vista de la medición, la técnica de Likert asume un nivel de medida ordinal en la que los sujetos son ordenados según su posición favorable o no hacia la actitud en cuestión.

El método de Likert no pretende medir o calibrar los ítems. Éstos son considerados réplicas unos de otros, es decir, se supone que todos tienen el mismo valor de escala. Asimismo, se supone que cada ítem presenta una relación única con la actitud subyacente que pretende medir. Esto quiere decir que cuanto más favorable o positiva sea la actitud de un sujeto, mayor será la puntuación que obtendrá en el ítem, y cuanto más desfavorable o negativa sea la actitud de un sujeto, menor será la puntuación obtenida en el mismo. Por último, al tratarse de un método de escalamiento unidimensional, se supone que los ítems miden una única actitud subyacente. Este es el supuesto de unidimensionalidad.

En este segundo capítulo, ha quedado patente la importancia de la presencia de contenidos formativos sobre ética profesional en los estudios de Fisioterapia; sin embargo, se ha podido evidenciar que no existe un criterio generalizado acerca de los objetivos y los propios contenidos, y por tanto se han expuesto aquellos que, en la bibliografía existente sobre el tema, se erigen fundamentales para su enseñanza. Así mismo, se ha apuntado hacia el método semi-presencial como el más adecuado en base a las características institucionales y curriculares en que

El Marco Teórico

tendrá lugar la aplicación del modelo formativo que se propone, y se han descrito las técnicas y métodos docentes más utilizados para la enseñanza de la materia que nos ocupa, dentro de un contexto de aprendizaje basado en el análisis de casos, el cual facilita el razonamiento ético y ayuda a mejorar las actitudes de los estudiantes hacia su formación en ética profesional, dado el carácter educable de las actitudes. Todo ello en el marco de una estrategia de investigación en docencia que pretende mejorar la calidad de la enseñanza universitaria.

Capítulo 3. CONTEXTO INSTITUCIONAL Y ACADÉMICO

*“Las cosas se entienden mejor cuando uno ha logrado ver con alguna claridad cómo se formaron”. Aristóteles
Lain, P. (1978)*

3.1. INTRODUCCIÓN

En este capítulo se realiza una descripción de los elementos esenciales del contexto institucional y académico en el que ha tenido lugar la intervención, para ofrecer una visión general de la Fisioterapia, tanto como profesión al servicio de la sociedad, como marco curricular para la implantación del modelo formativo que se propone, en un entorno de cambios y transformaciones promovidas por el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). Tras un breve repaso de la evolución histórica de la Fisioterapia, se llega a su definición y a la descripción de sus elementos conceptuales básicos, donde la persona, el entorno y la familia, constituyen el núcleo fundamental en el ejercicio profesional. Para ofrecer una visión más clarificadora de la Fisioterapia, se detallan además, las principales funciones de los fisioterapeutas, así como el modo en que la profesión se encuentra regulada en por el colegio profesional. Finalmente, se relata la transformación de los estudios de Fisioterapia, desde la diplomatura al grado, haciendo especial hincapié en las prácticas clínicas, las cuales juegan un importante papel en el modelo formativo que se propone en esta tesis.

3.2. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA FISIOTERAPIA

La Fisioterapia, tal y como se conoce en la actualidad, es una ciencia joven pero



con unas raíces tan lejanas que se hace muy difícil encontrar sus inicios (Antolí y González, 1981). Nace del intento del hombre de hacer frente a la enfermedad de forma instintiva y empírica mediante elementos físicos naturales, de los cuales se tiene constancia que vienen siendo utilizados desde la antigüedad (Guerra, 1989). El avance de la Fisioterapia a lo largo de la historia está directamente relacionado con el progreso de otras ciencias como la Anatomía, la Fisiología, la Física, la Biología y, en general, con el desarrollo tecnológico y los cambios sociales, económicos y culturales de cada época. Así, en oposición al esplendor de las culturas antiguas griega y romana, en las que se produjo un gran desarrollo de las terapias físicas, la Edad Media fue un periodo de postergación (Pérez y Novoa, 2002). Durante el Renacimiento surgió el interés por el saber, y el descubrimiento de la imprenta facilitó la difusión de los primeros libros sobre el uso de agentes físicos. Desde aquel periodo, la Fisioterapia continuó su evolución, siendo la invención del automóvil, la industrialización, las epidemias de poliomielitis y las dos Guerras Mundiales, los principales motivos que a lo largo del siglo XX propiciaron su desarrollo y profesionalización.

Para Laín (2001), en las Ciencias de la Salud se han distinguido tradicionalmente dos grandes periodos históricos en los que se encuadra la Fisioterapia: un primer periodo conocido como etapa pre-científica; en ella, la Fisioterapia no se entendía como ciencia independiente, sino como una serie de diversas técnicas relacionadas con el masaje, el calor, los ejercicios físicos y los cuidados de enfermería, que se utilizaban con finalidad terapéutica de manera empírica, por intuición o formando parte de rituales religiosos. Un segundo periodo o etapa científica. Será en este período de grandes transformaciones en el que tendrá lugar la estructuración de la Fisioterapia como ciencia independiente, la cual se ha ido consumando a lo largo del siglo XX y XXI, alcanzando su actual carácter científico (Lendoiro, 2008).

Figura 7. Fisioterapia hospitalaria a mediados del siglo XX



Fuente: <http://rehabilitacionymedicinafisica.blogspot.com>

El desarrollo de las ciencias, el nuevo concepto integral de salud, una creciente preocupación por el bienestar físico, una mayor esperanza de vida y la necesidad de recurrir a remedios menos agresivos, han contribuido a que las técnicas y procedimientos fisioterápicos hayan experimentado un notable desarrollo en los últimos años, lo que ha supuesto un considerable incremento en el volumen y complejidad de sus contenidos (Meliá, 2008)²⁵.

En la actualidad, la Fisioterapia se ha consagrado como una profesión independiente que ha sabido recabar un cuerpo sólidamente fundamentado de conocimientos teóricos. A ello ha contribuido el colectivo profesional con su afán por reforzar ese enfoque teórico que le ha proporcionado un marco de referencia para las actividades que le son propias y una identidad como disciplina científica. Según Gallego (1997), hoy día se puede afirmar que, tras un largo y meticuloso proceso de búsqueda de sus señas de identidad, la Fisioterapia cum-

²⁵ Para la ampliación de este apartado, se recomienda el libro de José F. Meliá "Historia de la Fisioterapia", el cual se ha utilizado para realizar esta breve síntesis (Meliá, 2008).

I. Marco teórico

ple con los requisitos que caracterizan a todas las disciplinas científicas, es decir, ha llegado a conformar un cuerpo de conocimientos organizado y coherente que, desde algún punto de vista, la distingue de las demás.

3.3. CONCEPTO DE FISIOTERAPIA

La Fisioterapia, del griego *Physis* 'naturaleza' y *Therapía* 'tratamiento', etimológicamente es aquella parte de la terapéutica que utiliza los agentes físicos a excepción de las radiaciones ionizantes (Molina, 1990).

En España, la primera referencia bibliográfica es el tratado "*Terapéutica Física*", publicado por la editorial A. Wassermann S.A., de Barcelona, que data de 1928. En ella se recoge la siguiente frase: "*el uso y crédito de los agentes naturales como remedio de enfermedades data de Asclepiades, si no es antes. El nombre de Fisioterapia es de ahora*" (Raposo et al., 2001).

Las definiciones de Fisioterapia han ido evolucionando a la vez que lo ha hecho la profesión a lo largo de los años. Una definición más reciente es la propuesta por Atkinson et al. (2007), basándose en la de la *World Confederation for Physical Therapy*: "*La Fisioterapia es una profesión sanitaria de base científica que integra y aplica conocimientos de Biología, Fisiología y Ciencias de la Conducta. La Fisioterapia abarca la identificación y maximización de la capacidad funcional y del potencial de cada paciente, y se ocupa tanto de la promoción de la salud como de la prevención, del tratamiento y de la rehabilitación de las enfermedades y lesiones. Aunque se comparten técnicas y conocimientos con otras disciplinas, el fisioterapeuta contempla el paciente desde una perspectiva particular: valora el potencial y la capacidad de movimiento mediante la interacción con el paciente e intenta conseguir objetivos acordados*".

Esta definición hace hincapié en la autonomía de la profesión, y se evidencia que los conocimientos propios de la Fisioterapia (especialmente en el campo del movimiento y sus alteraciones) no sólo son aplicables en el tratamiento de las discapacidades, sino que pueden utilizarse para prevenir, promover y mantener la salud.

3.3.1. Elementos conceptuales básicos

En Fisioterapia existen seis elementos que suponen el sustrato fundamental del marco profesional. Estos son; la salud, la persona, el entorno, la familia, la atención fisioterápica y los agentes físicos; hecho que favorece que la realidad de la intervención fisioterapéutica sea interactiva con lo social, además de compleja, dinámica y heterogénea. Por tanto, para una mejor definición del concepto de Fisioterapia, se considera necesaria la definición de sus componentes.

3.3.1.1. La salud

Los conceptos de Fisioterapia y salud están muy vinculados. De hecho, podemos decir que la Fisioterapia es una disciplina de las Ciencias de Salud que, utilizando agentes físicos y valoraciones funcionales, promueve, mantiene y recupera la salud. La salud ha sido considerada hasta hace unos años como la ausencia de enfermedad, lo cual era una definición que resultaba incompleta. Es a partir de la segunda mitad del siglo XX con la creación, en 1946, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Carta Fundacional, cuando se define la salud, desde un nuevo enfoque, totalmente revolucionario para el momento, como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La salud deja de ser entendida como un problema

Motivación

estrictamente biológico e individual, incluyendo los aspectos psicológicos y una dimensión social muy significativa.

Así pues, tomando en consideración que la salud es algo más que la mera ausencia de enfermedad, que constituye la meta de las profesiones sanitarias y que abarca la vida humana y afecta a la persona en todas sus dimensiones, se puede afirmar que la Fisioterapia es fundamentalmente “una forma de entender y de atender la salud”:

- La Fisioterapia entiende la salud como una cualidad de la persona, como un bien que hay que cuidar y acrecentar cada día; entiende la salud como un todo relacionado.
- Pero también tiene una forma especial y específica de atender la salud, de una manera natural, utilizando los agentes físicos y muy especialmente las manos del fisioterapeuta para prevenir la enfermedad, para mejorar la salud, para recuperarla, para curar.

La Fisioterapia se aplica a diferentes alteraciones de la salud que se producen desde los distintos órganos y sistemas: alteraciones del aparato locomotor, del sistema respiratorio, neurológico, cardiovascular, linfático, etc. Esa forma tan específica de atender y de entender la salud desde la Fisioterapia, se traduce en una atención global de la persona en cualquier etapa de su vida, desde el nacimiento hasta el envejecimiento.

La Fisioterapia también es un modo de prevenir y de reducir distintas alteraciones de salud y sus consecuencias, muchos son los ejemplos que se podrían exponer. Entre los más comunes se encuentran los problemas de espalda, derivados de las nuevas formas de vida, donde predominan las tensiones, las jornadas de trabajo excesivo, las posturas inadecuadas, etc. En la prevención de

incapacidades y la reducción de secuelas, se hace visible la esencia de la Fisioterapia: ayudar a las personas a llevar una vida plena sin limitaciones.

3.3.1.2. La persona

La persona es la razón de ser de la Fisioterapia, la receptora de su acción, su motivación. Es entendida tanto a nivel individual como colectivo, formando parte de la familia, el grupo o la comunidad. Desde la óptica de la Fisioterapia se considera a la persona como (Gallego, 1996):

- ↪ Un todo global que está influenciado por factores sociales, económicos, psicológicos, intelectuales y éticos, que configuran el medio interno y externo de la persona.
- ↪ Un ser que precisa de una estructura o soporte constituido por el sistema osteoarticular, muscular y el sistema nervioso.
- ↪ Un individuo que posee una serie de cualidades: autopercepción, coordinación y equilibrio y una serie de atributos: fuerza, resistencia y flexibilidad.

El equilibrio entre estas tres dimensiones le permite desempeñar las tareas que les son atribuibles. Sin embargo, cualquier alteración de uno o más elementos (por ejemplo, estructura, cualidades o atributos) provocan en ellas diferentes grados de limitación funcional y, consecuentemente, modifican su nivel de salud.

Con el fin de cumplir con los objetivos terapéuticos, la actuación del fisioterapeuta debe tener como referente a la persona como una globalidad biopsicosocial. En esta línea, y siguiendo la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud de la OMS (2001), cuando la persona sufra un pro-

I. Marco teórico

blema de salud en relación con la alteración en una función o estructura corporal, no se limitará exclusivamente a su valoración y tratamiento, sino que se deberán estudiar las actividades o tareas que se encuentran limitadas y las restricciones en la participación a nivel social como consecuencia de la disfunción, de forma que su ayuda sirva para adaptarse a la situación que le causa su problema y reencontrar la máxima independencia.

3.3.1.3. El entorno

No se puede comprender la práctica fisioterápica sin tener en consideración el entorno del paciente, entendiéndose éste como el conjunto de cosas, condiciones o influencias que rodean a una persona y afectan a su existencia o a su desarrollo. Influencias que son tanto de naturaleza física y biológica, como de carácter sociocultural.

El entorno o el medio en que se desenvuelve la persona se encuentra integrado por cuatro componentes principales: el medio interno, que comprende los aspectos físicos, mentales e intelectuales de la persona; el espacio físico ambiental, que comprende los lugares en los que viven las personas (casa, trabajo, escuela y lugares de esparcimiento); el medio organizativo, o normas y regulaciones con las que se articula la vida del individuo (legal, cultural, religioso o tradicional); y el medio social, que incluye las personas con las que interactúa (familia, grupo o comunidad).

3.3.1.4. La familia

El papel del factor humano en el proceso salud-enfermedad va mucho más allá de la básica relación terapeuta-paciente, y presupone legitimar el importante papel de la familia en el proceso de mantener, restablecer u optimizar la salud de

I. Marco teórico

cualquiera de sus miembros. Ello adquiere especial significación en el caso de las enfermedades crónicas y/o terminales, cuya atención y afrontamiento rebasa los marcos institucionales sanitarios para abarcar la vida cotidiana del enfermo y la de sus familiares. Aparece aquí el rol del cuidador, que la mayoría de las veces es llevado a cabo por un miembro de la familia.

Desde la perspectiva fisioterápica actual, la familia se entiende como el grupo de personas más allegadas, que “se sienten y son sentidas familia”, que intervienen, positiva o negativamente, en el desarrollo de la función para el desempeño de las tareas u obligaciones concretas que realizan las personas en la vida cotidiana, ejerciendo labores de apoyo, ayuda o enseñanza en un medio institucionalizado, no sólo a los miembros que requieren una atención directa, sino también a los que le rodean y se relacionan con él.

La dinámica familiar puede desempeñar un papel primordial en la recuperación e integración de sus miembros tras un proceso mórbido, contribuyendo al planteamiento de los problemas fisioterápicos y cooperando en su solución. Constituye, por tanto, un elemento de coordinación entre el individuo y los servicios de salud. La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición. Podría considerarse una crisis dada la desorganización que se produce y que impacta a cada uno de sus miembros. Para adaptarse a esta nueva situación la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permiten seguir funcionando, de tal manera que se producen cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, consciente e inconsciente, y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar.

I. Marco teórico

La enfermedad que tiende a la cronicidad o que incluso se convierte en terminal, favorece que el paciente sea etiquetado como diferente, ya sea por el tipo de expectativas que posee, por las nuevas necesidades de cuidados y alimentación, por su aspecto físico, por su autoestima, por su capacidad de trabajo, etc. que afectan al tipo de relación interpersonal con los miembros de la familia y con sus conocidos. Esta relación puede evolucionar hasta el deterioro irreversible, si no se actúa en consecuencia, desde el punto de vista de la información y de los medios necesarios. De ahí la importancia del trabajo multidisciplinar, donde el equipo de salud cobra una especial importancia. Y en el cual el fisioterapeuta toma parte activa en el proceso, abordando las competencias específicas de su rol con los familiares del paciente.

3.3.1.5. La atención fisioterápica

La atención fisioterápica debe dar respuesta a las necesidades de salud del hombre actual; ha de contemplar, además del necesario conocimiento de la patología en sí, la interacción que la persona mantiene con su entorno, así como consigo mismo, ya que el éxito o fracaso de los comportamientos que utilice para adaptarse pueden condicionar su estado de salud.

La atención fisioterápica, se desarrolla en el marco del Sistema Sanitario, cuyo funcionamiento es regulado por la Ley del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud y la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias²⁶

²⁶ Ley 55/2003, de 16 de diciembre y Ley 4/2003, de 21 de noviembre de 2003, respectivamente

I. Marco teórico

Se define la atención fisioterápica como la relación directa y sin intermediario que se establece entre la persona que presenta una alteración en su estado de salud como consecuencia de un deterioro, limitación funcional o hándicap y el profesional fisioterapeuta, que deberá realizar su intervención según su arte y saber. En esta relación se puede determinar una disminución o disfunción, tanto de los factores sociales, psicológicos, de la estructura, de los atributos o cualidades de la persona, que le impiden el desarrollo óptimo de la capacidad a través del movimiento necesario para funcionar.

Según Gallego (1996), de esta relación que define la atención fisioterápica, se desprenden tres aspectos importantes: la relación-interacción fisioterapeuta-paciente es una relación directa sin intermediarios; el motivo de la atención fisioterápica será una alteración del estado de salud por el deterioro funcional motor, limitación funcional, discapacidad o hándicap; y por último la determinación de la metodología a seguir. La forma en que los fisioterapeutas realizan esta función es mediante el proceso de atención fisioterápica (por ejemplo, la manera particular de enfocar la resolución de los problemas de salud que plantean las personas por medio de la intervención fisioterápica). Es el aspecto de la teoría que se proyecta sobre la práctica. Debe contemplar tanto la metodología terapéutica como de valoración funcional, para proporcionar una atención eficaz y permitir evaluar los resultados.

Este proceso de atención fisioterápica consta de cinco fases o etapas:

1. Elaboración de la Historia de Fisioterapia: recopilación de datos de filiación y valoración.
2. Diagnóstico fisioterápico: análisis e identificación del problema.
3. Fijación de objetivos: planificación del programa fisioterápico.
4. Tratamiento fisioterápico: aplicación de las pautas fisioterápicas.

5. Evaluación fisioterápica: evaluación de los resultados.

Entre las principales características del proceso de atención fisioterápica destacan: su carácter abierto, flexible y dinámico e individualizado, en función de las necesidades particulares de cada paciente; está dirigido hacia la consecución de objetivos o metas; es planificado, interpersonal y está basado en la interrelación fisioterapeuta/persona-paciente; además, es de carácter universal, ya que puede aplicarse en cualquier ámbito sanitario y con todo tipo de personas y edades.

La valoración del fisioterapeuta conduce a la elaboración del diagnóstico de Fisioterapia, que se puede definir como la identificación de las causas o esencia de un estado, situación o problema realizado a partir del análisis de la información obtenida de la historia, signos, síntomas, exploración y pruebas de valoración fisioterápica y, supeditado por el diagnóstico médico y los datos psicosociales. La valoración conduce igualmente a la planificación de la actuación fisioterápica, con el establecimiento de las metas terapéuticas.

3.3.1.6. Los agentes físicos

Todas las definiciones que se han planteado a lo largo de los años, acuerdan destacar de la Fisioterapia la utilización terapéutica de los agentes físicos, los cuales constituyen su recurso energético. Los agentes físicos objeto de la Fisioterapia comprenden el calor, el frío, el agua, la luz solar, el movimiento, la electricidad y las radiaciones no ionizantes. En los últimos años, los avances de la técnica han aportado nuevas formas de energía física, dotando a la terapéutica de nuevos o más puros elementos para sus aplicaciones, como los campos magnéticos, los ultrasonidos o el láser.

Los agentes físicos se definen como *“todo aquel material o acción portadora de energía, que, al interaccionar con el material biológico cede toda o parte de ella, provocando una respuesta orgánica a distintos niveles, la cual puede ser aprovechada con una finalidad terapéutica”* (Martínez et al., 2000).

Estos agentes naturales o artificiales, portadores de energía, imponen una constante adaptación de las funciones biológicas. Como si de un medicamento se tratara, la utilización y prescripción de los agentes físicos debe ajustarse a unas normas científicas, evitando aplicaciones empíricas, muchas veces perjudiciales. Según el agente físico empleado, se pueden distinguir diversos procedimientos o modalidades fisioterápicas. En la actualidad, gracias a los avances de la tecnología y fiel a su historia y tradición, la Fisioterapia dispone a su alcance del uso de numerosos agentes físicos (masaje, agua, sonido, electricidad, movimiento, luz, calor, frío...) en las modalidades de electroterapia, ultrasonoterapia, hidroterapia, mecanoterapia, termoterapia, magnetoterapia o laserterapia, entre otras, pero sin descuidar o abandonar el desarrollo e impulso de nuevas concepciones y métodos de terapia manual (principal herramienta del fisioterapeuta desde sus orígenes) para la prevención, tratamiento, curación y recuperación de un gran número de patologías y lesiones.

3.4. FUNCIONES DEL FISIOTERAPEUTA

Según se recoge en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesionales Sanitarias (LOPS), las funciones del fisioterapeuta se desarrollan en diferentes ámbitos: asistencial, docente, investigador y de gestión.

La labor asistencial consiste en la relación directa que el fisioterapeuta establece con el paciente, a veces también denominado usuario o cliente, con el objetivo de prevenir o curar la enfermedad y fomentar o recuperar la salud por medio de

I. Marco teórico

la actuación profesional, que consiste en valorar, establecer y aplicar los métodos y técnicas fisioterapéuticas. Esta función asistencial puede desarrollarse a su vez en diferentes escenarios: a nivel público, destaca la labor desempeñada desde los hospitales y centros de especialidades, así como la llevada a cabo en la Atención Primaria, a través de la figura del fisioterapeuta de área, que presta sus servicios en los centros de salud. Por otro lado, los fisioterapeutas también prestan sus servicios en centros públicos de otra índole, como los colegios de educación especial, los centros de día, los centros de atención temprana y los geriátricos. No obstante, es el sector privado (mutuas de accidentes, mutuas laborales, centros deportivos, residencias geriátricas, clínicas y balnearios), donde el fisioterapeuta encuentra más fácilmente en la actualidad, su salida profesional.

En la mayoría de los casos, el fisioterapeuta trabaja integrado en un equipo multidisciplinar de salud, cuya composición dependerá del ámbito asistencial de que se trate: médico en sus distintas especialidades, personal de enfermería, logopedas, terapeutas ocupacionales, auxiliares, celadores, psicólogos y trabajadores sociales.

Como docentes, los fisioterapeutas participan en la planificación y aplicación de los planes de estudios y los programas de las Facultades, tanto en la formación de grado como en la de postgrado, así como en la planificación y desarrollo de la formación continuada de los fisioterapeutas. También pueden desarrollar su labor docente mediante su participación en programas de educación para la salud de la familia, grupo o comunidad, con el fin de hacerles partícipes de los procesos que determinan su bienestar. Por otro lado, los fisioterapeutas pueden contribuir a la formación de otros miembros del equipo multidisciplinar, para dar a conocer los principales aspectos de su actuación.

Por su parte, en el campo de la investigación, el fisioterapeuta debe tomar parte en todas aquellas actividades encaminadas a la profundización y al descubrimiento de nuevos campos dentro de la Fisioterapia, con el fin de contribuir al crecimiento del cuerpo de conocimientos de la disciplina.

Finalmente, en la gestión, el fisioterapeuta puede participar en el funcionamiento, coordinación y organización general de la institución en la que presta sus servicios. También puede colaborar en la planificación y ejecución de programas sanitarios, en la coordinación de actividades de promoción de la salud y de grupos terapéuticos, en la realización de estadísticas para el seguimiento y la evaluación de los resultados, en la toma de decisiones sobre adquisición de material, etc. En general, los trabajos de gestión se suelen desarrollar en aquellas tareas de toma de decisiones que implican el proceso de actuación dinámica y continuada de un profesional. El nivel de responsabilidad y la función de administración y gestión de los fisioterapeutas dependerá en gran medida del ámbito donde éste realice su trabajo. De ahí que será distinto si trabaja en un centro público organizado en una estructura piramidal, si es el responsable o coordinador de su área, o bien si su ámbito es una clínica privada en la que algunos casos debe compaginar su rol de fisioterapeuta con el de administrador/gerente.

3.5. AUTORREGULACIÓN DE LA PROFESIÓN

Los fisioterapeutas españoles necesitan, para el desarrollo de su profesión, pertenecer al colegio profesional, que le ampara como colectivo, le asesora y, a su vez, regula sus acciones profesionales y elabora los códigos deontológicos con el objetivo de asegurar la calidad de los servicios que los fisioterapeutas prestan a la sociedad. Estos colegios profesionales fueron creados por la Asociación Española de Fisioterapeutas (AEF), que, con cuarenta años de historia, es la sociedad

I. Marco teórico

decana de la Fisioterapia española y la representa en organismos internacionales como la WCPT (World Confederation of Physical Therapy) y en el Grupo Europeo de la WCPT (ER-WCPT). La WCPT es una organización sin ánimo de lucro, fundada en 1951 y cuya misión es representar internacionalmente a la Fisioterapia y a los fisioterapeutas, colaborar con organizaciones que operen en el mismo ámbito tanto a nivel nacional como internacional, facilitar el intercambio de información entre los diferentes miembros de la misma y asegurar un buen nivel en la investigación y la educación.

3.6. EVOLUCIÓN DE LOS ESTUDIOS DE FISIOTERAPIA

Hasta llegar a nuestros días, momento en el que el Título de Grado en Fisioterapia es una realidad en todas las universidades del territorio español, la Fisioterapia como disciplina universitaria ha tenido que recorrer un largo camino en nuestro país. Los estudios de Fisioterapia en España tiene un origen común con los de Enfermería. En 1957 nació oficialmente la *especialidad de Fisioterapia* para los Ayudantes Técnicos Sanitarios²⁷, estableciéndose una duración de dos años académicos. La primera escuela donde se pudo cursar esta especialidad se ubicó en Madrid, en febrero de 1958. En ese mismo año, se creó en Valencia la Escuela Departamental de Rehabilitación, dentro de la Cátedra de Medicina Física, en la cual se impartía también la especialidad de Fisioterapia en el antiguo Hospital General y Facultad de Medicina, pasando al Hospital Clínico cuando fue inaugurado éste en 1961 y siendo su director D. Carlos Caballé Lancry.

En julio de 1977²⁸, se aprobó la integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios, como escuelas Universitarias de Enfermería. Des-

²⁷ Real Decreto del 26 de julio de 1957 (B.O.E. del 23 de agosto).

²⁸ Real Decreto 2128/77, de 23 de julio, (B.O.E. de 23 de agosto)

I. Marco teórico

de este momento, los estudios de Fisioterapia, como especialidad de los de Enfermería, llevaban implícito el reconocimiento de *universitarios*. Posteriormente, la Fisioterapia se independizó de la Enfermería constituyéndose una diplomatura con entidad propia, a la luz de la promulgación del Real Decreto 2965/1980 de 12 de Diciembre por el que se integran en la universidad los estudios de Fisioterapia (BOE de 19 de enero de 1981) como Escuelas Universitarias de Fisioterapia, obteniéndose por primera vez el título de Diplomado Universitario en Fisioterapia. Con esta importante disposición legal se dio el primer paso para que la Fisioterapia fuera reconocida como una ciencia autónoma. Dicha normativa establecía en su preámbulo: *“El reconocimiento, la experiencia y la madurez alcanzados por estas enseñanzas aconsejan su incorporación a la Universidad para ser impartidas en Escuelas Universitarias, adaptándose de este modo, a las estructuras organizativas previstas en la Ley General de Educación”*. Como consecuencia de la publicación de esta normativa se creó, en Valencia, la primera Escuela Universitaria de Fisioterapia, concretamente en el curso académico 1983-84. A partir de 1983²⁹, la Fisioterapia se presentó como Titulación universitaria de primer ciclo. A raíz de esta Ley, y como consecuencia del Acuerdo de la Comisión Académica del Consejo de Universidades de 25 de noviembre de 1986, se creó el Área de Conocimiento de Fisioterapia, y el 24 de abril de 1989, se determinó que el Área de Fisioterapia fuera un Área de Conocimiento Específica, lo cual permitió la incorporación de los diplomados en Fisioterapia, a la docencia, en las Escuelas Universitarias de Fisioterapia.

El Real Decreto 1414 del 26 de octubre de 1990, marcó las Directrices Propias de los Planes de Estudio conducentes a la obtención del título de Diplomado Universitario en Fisioterapia. Por su parte, la Universitat de València, por acuerdo de

²⁹Ley Orgánica 11 de 1983, de Reforma Universitaria (LRU), de 25 de agosto (B.O.E. de 1 de septiembre)

la Junta de Gobierno, de 30 de marzo de 1999, aprobó el plan de estudios de la Diplomatura de Fisioterapia, con 198 créditos en tres años académicos.

3.7. DE LA DIPLOMATURA AL GRADO EN FISIOTERAPIA

Ley Orgánica de Universidades³⁰ (LOU) de 2001, constituyó el punto de partida de todos los compromisos nacionales y todas las actuaciones encaminadas a la modificación de las estructuras de los estudios universitarios, para alcanzar la plena integración del sistema español en el EEES. Respecto a Fisioterapia, en el año 2004, la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) publicó el Libro Blanco de Título de Grado en Fisioterapia, elaborado por representantes de las escuelas de Fisioterapia de España y refrendado por Rectores de las 37 universidades españolas en las que en aquel momento se impartía la diplomatura. Se propuso un título de grado de 240 créditos ECTS a cursar en cuatro años. En él se establecieron las competencias transversales y específicas de los fisioterapeutas, los objetivos y la estructura general del título. El Ministerio de Educación y Ciencia, al poco tiempo remitió al Consejo de Coordinación Universitaria una Ficha técnica de Propuesta de Título Universitario de Grado en Fisioterapia en la que se proponía una titulación de 240 créditos.

El plan actual de estudios de grado en Fisioterapia en la Universitat de València, está formado por 72 ECTS de formación básica, 111 ECTS de formación obligatoria y 9 ECTS de formación optativa. Las prácticas clínicas se desarrollan en 40 ECTS y 8 ECTS son para la ejecución de un trabajo fin de grado.

El Título de Grado en Fisioterapia, supone una importante mejora en el perfil de formación del fisioterapeuta, debido en gran medida al incremento de 60 créditos de formación. Además, se capacita al fisioterapeuta para intervenir

³⁰Ley 6/2001 de 21 de diciembre, de Universidades (B.O.E. de 24 de diciembre).

activamente en los procesos de investigación científica. A través del grado, los fisioterapeutas pueden acceder a un máster oficial y, posteriormente, a los estudios de doctorado en Fisioterapia, posibilidad que con la diplomatura estaba totalmente sesgada.

3.7.1. Competencias generales y específicas del título de grado

A continuación se exponen las competencias generales y específicas del nuevo Título de Grado en Fisioterapia de la Universitat de València (verificado por la ANECA en el año 2009), para, por una parte, seguir aportando una visión global del título y por otra, llamar la atención respecto a la competencia que se pretende desarrollar con esta tesis: la competencia ética, que, a diferencia del plan de estudios de la diplomatura, en el que su desarrollo no formaba parte de las directrices generales propias (RD 1414, 26 de Octubre 1990, BOE 20 de Noviembre), actualmente se considera de importante valor, de tal manera que los requisitos mínimos (ORDEN CIN 2135/2008, BOE 19 de Julio) del Título de Grado, requieren “*conocer las bases éticas [...], y los códigos éticos y deontológicos profesionales*”. Este cambio puede significar un comienzo para generalizar la incorporación de este tipo de contenidos en los planes de estudio de Fisioterapia.

Así pues, las competencias del Título de Grado en Fisioterapia son:

- Conocer y comprender la morfología, la fisiología, la patología y la conducta de las personas, tanto sanas como enfermas, en el medio natural y social.
- Conocer y comprender las ciencias, los modelos, las técnicas y los instrumentos sobre los que se fundamenta, articula y desarrolla la Fisioterapia.

I. Marco teórico

- Conocer y comprender los métodos, procedimientos y actuaciones fisioterápicas, encaminados tanto a la terapéutica propiamente dicha, a aplicar en la clínica para la reeducación o recuperación funcional, como a la realización de actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud.
- Adquirir la experiencia clínica suficiente que proporcione habilidades intelectuales y destrezas técnicas y manuales, que facilite la incorporación de valores éticos y profesionales, y que desarrolle la capacidad de integración de los conocimientos adquiridos; de forma que, al término de los estudios, los alumnos sepan aplicarlos tanto a casos clínicos concretos en el medio hospitalario y extra hospitalario, como a actuaciones en la atención primaria y comunitaria.
- Elaborar y cumplimentar de forma sistemática los registros de Fisioterapia.
- Valorar el estado funcional del paciente, considerando los aspectos físicos, psicológicos y sociales.
- Determinar el diagnóstico de Fisioterapia según las normas y con los instrumentos de validación reconocidos internacionalmente.
- Diseñar el plan de intervención de Fisioterapia, atendiendo a criterios de adecuación, validez y eficiencia.
- Ejecutar, dirigir coordinar el plan de intervención de Fisioterapia, utilizando las herramientas terapéuticas propias y atendiendo a la individualidad del usuario.
- Evaluar la evolución de los resultados obtenidos con el tratamiento en relación con los objetivos marcados.
- Elaborar el informe de alta de Fisioterapia una vez cubiertos los objetivos propuestos.

I. Marco teórico

- Proporcionar una atención de Fisioterapia eficaz, otorgando una asistencia integral a los pacientes.
- Intervenir en los ámbitos de promoción, prevención, protección y recuperación de la salud.
- Cooperar de forma efectiva con todo el equipo multidisciplinar.
- **Incorporar los principios éticos y legales de la profesión a la cultura profesional.**
- Establecer protocolos asistenciales de Fisioterapia basada en la evidencia científica, fomentando actividades profesionales que dinamicen la investigación en Fisioterapia.
- Llevar a cabo las intervenciones fisioterapéuticas basándose en la atención integral de la salud que supone la cooperación multiprofesional, la integración de los procesos y la continuidad asistencial.
- Mantener actualizados los fundamentos de los conocimientos, habilidades, destrezas actitudes de las competencias profesionales.
- Desarrollar actividades de planificación, gestión y control de los servicios de Fisioterapia.
- Aplicar los mecanismos de garantía de calidad en la práctica de la Fisioterapia, según criterios reconocidos y validados.
- Reconocer las situaciones de riesgo vital y saber ejecutar maniobras de soporte básico y avanzado.
- Conocer e identificar los problemas psicológicos y físicos derivados de la violencia de género para capacitar a los estudiantes en la prevención, la detección precoz, la asistencia y la rehabilitación de las víctimas de esta forma de violencia.
- Respetar los derechos fundamentales i de igualdad entre hombres y mujeres.

I. Marco teórico

- Reconocer la diversidad, la multiculturalidad, los valores democráticos y la cultura de la paz.
- Reconocer la igualdad de oportunidades y la accesibilidad de las personas con discapacidad.
- Trabajar en equipo
- Tener capacidad de organizar y planificar el trabajo
- Adquirir conocimientos relativos a las tecnologías de la información y la comunicación
- Adquirir sensibilidad hacia temas medioambientales

Mediante el modelo formativo que se propone en esta tesis, se pretende contribuir al desarrollo de la competencia genérica o transversal: *“Incorporar los principios éticos y legales de la profesión a la cultura profesional”*, del nuevo plan de estudios de Fisioterapia, tal y como ya se ha explicado en el capítulo anterior.

3.7.2. Las prácticas clínicas en el plan de estudios de Fisioterapia

El desarrollo de actividades profesionales asociadas al ejercicio de las Ciencias de la Salud, exige el desempeño de competencias ciertamente complejas que el estudiante comienza a adquirir por medio de la formación teórica. No obstante, no las alcanza en un grado aceptable, sino a través del ejercicio de la práctica profesional. Las prácticas externas facilitan en buena medida que los estudiantes completen su formación, de modo que estén en condiciones de iniciar su labor asistencial.

El término *prácticas externas* se refiere al conjunto de actuaciones que un estudiante realiza en un contexto natural relacionado con el ejercicio de una

I. Marco teórico

profesión. Aunque el contacto con ésta puede desarrollarse de diversas formas, las prácticas externas están diseñadas no tanto como una práctica profesional en estricto sentido, sino como una oportunidad de aprendizaje (De Miguel, 2005).

Las prácticas externas introducen al estudiante en un contexto profesional que completa su formación. Esta inmersión profesional tiene indudables ventajas para el estudiante, ya que le van a permitir:

- Comprender la cultura de una organización: sus valores y su modo de actuar.
- Conocer, comprender y aplicar procedimientos y operaciones ligadas al desempeño de una función o actividad.
- Desarrollar habilidades y destrezas en el manejo de útiles y herramientas.
- Integrar sus competencias individuales en las competencias de la organización.
- Conocer los límites y posibilidades del ejercicio de una actividad profesional.
- Cultivar determinadas actitudes y valores personales o ligados al desempeño de una profesión.

En el estudio de Price *et al.*, (1998), pudo comprobarse un cambio de actitudes éticas de los estudiantes de Medicina en los últimos años de su formación, influidos en particular, por la exposición a las prácticas clínicas.

Como se ha comentado en apartados anteriores, muchos autores señalan la importancia que tiene para los estudiantes de Fisioterapia, el hecho de integrar el razonamiento clínico y el razonamiento ético en el campo asistencial (Barnitt y Roberts, 2000; Delany *et al.*, 2010; Hugges *et al.*, 2009; Dieruf, 2004; Edwards y Delany, 2008). Por su parte, Hayward *et al.* (2006) consideran que las prácticas clínicas son un contexto ideal donde los fisioterapeutas pueden comenzar a

I. Marco teórico

aprender a escuchar a sus pacientes para así comprender su entono moral, lo cual les permitirá hacer juicios razonados sobre las consecuencias de sus decisiones éticas.

Por este motivo, el modelo formativo que se propone en esta tesis, está vinculado a las prácticas clínicas de los estudiantes de Fisioterapia.

Las prácticas que los estudiantes realizan en hospitales y centros, públicos y privados, siempre han sido y son una parte fundamental en el plan de estudios de Fisioterapia. En la Universitat de València, los créditos prácticos han pasado de 19,5 (en la diplomatura) a los actuales 40 ECTS.

En la diplomatura, las prácticas clínicas de tercer curso estaban contempladas en dos asignaturas de carácter troncal, llamadas: *Estancias Clínicas III* (anual) y *Estancias Clínicas IV* (cuatrimestral) (tabla 12).

Tabla 12. Distribución de las asignaturas prácticas por cursos, en la Diplomatura y el Grado en Fisioterapia

	Diplomatura en Fisioterapia	Grado en Fisioterapia
Primer curso	Estancias clínicas I	
Segundo curso	Estancias clínicas II	
Tercer curso	Estancias clínicas III y IV	Practicum I
Cuarto curso		Practicum II

Fuente: elaboración propia

La asignatura *Estancias Clínicas III*, sobre la que se intervino en esta investigación, tenía una carga docente de 6 créditos. A lo largo del curso, los estudiantes debían completar un total de 4 estancias o rotaciones en diferentes hospitales universitarios públicos o en diferentes servicios: dos durante el primer cuatri-

I. Marco teórico

mestre y dos durante el segundo. El objetivo de esta asignatura era proporcionar a los estudiantes un entorno clínico apropiado para su interacción directa con el paciente. Supervisados por un tutor de prácticas, los estudiantes aplican los conocimientos adquiridos durante la carrera y desarrollan las destrezas necesarias para su tratamiento integral. Además, conocen el funcionamiento de los diferentes emplazamientos en los que realizan sus prácticas clínicas y comprenden su papel dentro del equipo multidisciplinar del que forma parte, posibilitándole la adquisición de los conocimientos, información, habilidades y competencias necesarias para el ejercicio profesional.

En la guía docente de la asignatura Estancias Clínicas III de 3º curso de la diplomatura, constaban las siguientes competencias: conocer el funcionamiento de una unidad de Fisioterapia, saber integrarse en un equipo de trabajo asistencial, desarrollar habilidades de relación interpersonal, desarrollar una atención integral al paciente, saber utilizar las fuentes de información necesarias para el desarrollo de su profesión (historia de Fisioterapia, historia clínica, bases de datos), saber diseñar, ejecutar, dirigir y coordinar un plan de intervención en Fisioterapia, tener capacidad de organizar y planificar el trabajo y trabajar en grupo. En ningún momento se hacía referencia al desarrollo de la competencia ética (como la adquisición de habilidades para la toma de decisiones éticas inherentes a la práctica profesional, etc.). Por ello, sobre la base de esta asignatura, se realizaron las adaptaciones necesarias para introducir un módulo de ética profesional (ver guía docente de la asignatura Estancias III piloto, en el anexo X).

En el nuevo Título de Grado en Fisioterapia, los estudiantes realizan sus prácticas externas en el 3º y 4º curso de la titulación (sin implantar en el momento en el que se lleva a cabo el presente trabajo) y cabe señalar que, como consecuencia de su realización, la competencia ética ya forma parte de las que se han de adquirir con las asignaturas prácticas *Practicum I y II*, del nuevo título de grado,

I. Marco teórico

como queda reflejado en las actuales guías académicas de estas asignaturas.

Las manifestaciones de la realidad académica, social y profesional en torno a la ética profesional en Fisioterapia, su presencia en los currículos, las estrategias docentes más adecuadas para la enseñanza de esta competencia y el contexto curricular e institucional sobre el que asienta esta investigación, constituyen las bases para la justificación razonada de la presente tesis doctoral.

II. MARCO METODOLÓGICO E INVESTIGACIÓN

Capítulo 4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

*“Duda siempre de ti mismo,
hasta que los datos no dejen lugar a dudas”.*
Louis Pasteur

4.1. INTRODUCCIÓN

La elaboración y aplicación de un modelo formativo para enseñar ética profesional a los estudiantes de Fisioterapia, asociado a las prácticas clínicas y la evaluación de sus efectos mediante el diseño de adecuados instrumentos de medida, se ha fundamentado en la lectura crítica y el análisis de bibliografía procedente de campos bien diversos, cuya conjugación y ensamblaje les ha enriquecido y complementado de manera recíproca.

Como punto de partida y dada la naturaleza de esta tesis, se realizó una revisión de la literatura científica en bases de datos pertenecientes tanto al área de las Ciencias Básicas y de la Salud (Pubmed y CINAHL) como al de las Ciencias Sociales y Humanidades (ISOC y ERIC) y multidisciplinarias (ProQuest), con el objetivo de encontrar investigaciones similares a la realizada en este trabajo. Se utilizó un tipo de búsqueda simple con palabras clave como las siguientes: *“ethics”, “professional ethics”, “morals”, “informed consent”, “autonomy”, “ethical principles”, “ethical issues”, “ethical decision making”, “confidentiality” y “discrimination”,* que se utilizaron junto a *“physiotherapy”* o *“physical therapy”,* también junto a *“curricula”, “university”, “students”, “education”, “teaching model” y “knowledge”* y también junto a la palabra *“attitudes”*.

II. Marco metodológico e investigación

Dada la escasez de literatura existente sobre el tema, no se limitó intencionadamente la búsqueda a ningún periodo de tiempo determinado, sino que se admitieron artículos que podrían considerarse *menos actuales*, de autores cuyo trabajo en este terreno ha sido ampliamente reconocido, con la finalidad de recabar la mayor información posible y, de ese modo, conocer el origen y la evolución de la ética profesional en Fisioterapia, lo cual se consideró que podría resultar enriquecedor para esta tesis, siendo que era la primera de estas características que se llevaría a cabo.

Como resultado de la búsqueda, se obtuvieron un total de 29 artículos, de los cuales solamente 7 eran adecuados debido a que se ajustaban exactamente a las necesidades de información requeridas. En cuatro de ellos (Triezenberg y McGrath, 2001; Jensen y Richert, 2005; Venglar y Theall, 2007; Hugges *et al.*, 2009), se comprobaba la efectividad de un modelo de enseñanza de ética profesional en estudiantes de Fisioterapia, evaluando diferentes variables relacionadas con el tema. De ellos, solamente Venglar y Theall (2007), realizaron un estudio con un grupo control.

Los otros 3 trabajos (Barnitt y Roberts, 2000; Kirsh, 2008; Delany *et al.*, 2010), describían diferentes modelos de enseñanza-aprendizaje de ética para estudiantes de Fisioterapia, pero en ellos no se realizaba ningún tipo de análisis que pudiera constatar su efectividad.

En la siguiente tabla, se exponen los trabajos comentados, sus objetivos y los resultados de las investigaciones:

Tabla 13. Estudios sobre la utilización de metodologías docentes para la enseñanza de ética, en los estudios de Fisioterapia

AUTOR/ES /AÑO	OBJETIVO	RESULTADOS
Aplicación y análisis de una metodología		
Triezenberg y McGrath, 2001	Evaluar mediante una escala Likert, la percepción de los estudiantes sobre la utilidad del uso de la narrativa en un curso de ética para estudiantes de Fisioterapia para: definir creencias éticas personales, determinar una estrategia personal para la toma ética de decisiones, comprender teorías éticas y las cuestiones éticas de los fisioterapeutas y facilitar la reflexión crítica ante situaciones éticas.	La mayoría de los estudiantes estuvieron de acuerdo con todas las afirmaciones en un rango entre el 70 y el 85,5%, de lo que se deduce que la utilización de la narrativa incrementó sus conocimientos, conciencia y comprensión de las cuestiones éticas.
Jensen y Richert, 2005	Evaluar, mediante un cuestionario de autoeficacia aplicado antes y después del curso, cómo aprenden ética los estudiantes de Fisioterapia tras el seguimiento de un modelo de "Interacción con pacientes simulados" (<i>SP interaction model</i>) en un curso de ética.	El modelo proporcionó experiencias de aprendizaje estructuradas y auténticas, y oportunidades para que los estudiantes se enfrenten a la incertidumbre en la práctica real; también desarrolló la capacidad de autoreflexión crítica.
Venglar y Theall, 2007	Evaluar actitudes y opiniones derivadas de la utilización de la clase magistral tradicional (grupo 1), y el método de estudio de casos (grupo 2) para la enseñanza de ética en estudiantes de Fisioterapia.	El método de estudio de casos (que utilizó el modelo RIPS), permitió valorar mejor el contenido del curso, mejoró la conciencia ética en el entorno clínico desarrollando el pensamiento crítico de los estudiantes y la capacidad para resolver problemas.
Hugges <i>et al.</i> , 2009	Describir e interpretar el valor pedagógico de un método de deconstrucción-reconstrucción de casos éticos en la enseñanza de	La utilización de casos clínicos reales junto con una variedad de métodos docentes (juegos de rol, análisis de casos, dinámica de grupos, etc.), facilitaba a los estudiantes de

II. Marco metodológico e investigación

	ética en Fisioterapia	Fisioterapia el pensamiento y la discusión sobre cuestiones éticas. Además, parecía eliminar la brecha entre el trabajo en el aula y la acción moral en el contexto clínico.
Descripción de una metodología		
Barnitt y Roberts, 2000	Describir un programa formativo basado en grupos de discusión, entrevistas y análisis de casos, para enseñar ética que facilite el razonamiento ético en estudiantes de Fisioterapia y Terapia Ocupacional.	
Kirsch, 2008	Enseñar a utilizar el modelo de resolución de casos éticos (RIPS) a estudiantes de Fisioterapia, mediante su utilización en tres casos diferentes.	
Delany <i>et al.</i> , 2010	Describir un modelo de "Compromiso activo" (<i>Active engagement model</i>) para enseñar a integrar las dimensiones éticas y clínicas en la práctica, en estudiantes de Fisioterapia.	

Fuente: Elaboración propia

A la vista de tales resultados, se pudo comprobar la escasez de estudios similares al que se presenta en esta tesis.

En el presente capítulo se expone, en primer lugar, la principal hipótesis de la que parte el presente estudio, así como los objetivos específicos que se han determinado para comprobar su veracidad. A continuación se describe, de manera general, el diseño de la investigación y se detalla el procedimiento que se ha llevado a cabo para la elaboración y puesta en marcha del modelo formativo que se propone. Tras establecer los sujetos de la muestra, se describen, tanto los cuestionarios que se han elaborado para la medida de cada una de las variables del estudio, como los elementos que forman parte de dicho modelo. El capítulo finaliza con la descripción de las variables y el modo en que los datos han sido estadísticamente tratados.

4.2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

A lo largo del marco teórico del presente trabajo, se ha justificado la necesidad de incorporar una adecuada formación en ética profesional en el currículo de los fisioterapeutas. Como se ha podido comprobar después de la revisión bibliográfica realizada, de los siete trabajos encontrados, actualmente sólo en uno (Venglar y Theall, 2007), se ha estudiado la efectividad de la aplicación de un modelo de enseñanza-aprendizaje de ética profesional en Fisioterapia, utilizando un grupo control. Los otros estudios similares (Triezenberg y McGrath, 2001; Jensen y Richert, 2005; Hugges *et al.*, 2009), no utilizaron grupo control, por lo que no se puede afirmar que los resultados obtenidos fueran debidos los modelos aplicados. En los otros tres trabajos que se adecuaron a la búsqueda (Barnitt y Roberts, 2000; Kirsch, 2008; Delany *et al.*, 2010), únicamente se describe la metodología docente utilizada para la enseñanza de ética profesional, pero no se analizan los efectos de su aplicación. Es por eso que se considera necesaria la elaboración, aplicación y adecuada validación de un modelo formativo que, teniendo en cuenta las necesidades específicas de los estudiantes de Fisioterapia y las características institucionales y curriculares de la titulación en la que va a ser aplicado, despierte su interés hacia la materia y hacia su formación en valores éticos, que al mismo tiempo desarrolle su sensibilidad moral hacia las diferentes situaciones éticas que se viven en la práctica asistencial y les dote de los mecanismos necesarios para hacerles frente de una manera justa, honesta y responsable. Se pretende con ello mejorar la actitud de los estudiantes hacia su formación en la materia y que, en consecuencia aumente la probabilidad de que, una vez en el entorno laboral, ejerzan su profesión de una manera éticamente responsable.

Nuestra principal hipótesis es la siguiente:

I. Marco metodológico e investigación

La incorporación al plan de estudios de Fisioterapia de un modelo formativo semi-presencial para el desarrollo de la competencia ética, asociado a las prácticas clínicas, mejora la actitud de los estudiantes hacia la materia y amplía su percepción respecto a lo que conocen sobre el tema, resultándoles al mismo tiempo, un modelo adecuado.

Para comprobar la veracidad de dicha hipótesis, se han planteado unos objetivos a alcanzar.

El objetivo general del presente estudio es desarrollar e incorporar al currículo de los estudiantes de Fisioterapia, un modelo formativo para la enseñanza-aprendizaje de ética profesional, asociado a las prácticas clínicas, que desarrolle la competencia ética y repercuta positivamente sobre sus actitudes, conocimientos y opiniones.

Este objetivo general se concreta en los siguientes objetivos específicos:

1. Conocer la actitud de los estudiantes de Fisioterapia hacia su formación en ética profesional, antes de iniciar el estudio.
2. Comprobar la percepción que tienen los estudiantes de Fisioterapia, de los conocimientos que poseen sobre ética profesional, antes de iniciar el estudio.
3. Desarrollar la competencia ética entre los estudiantes de Fisioterapia, a través de un modelo formativo semi-presencial asociado a las prácticas clínicas de los estudiantes.
4. Analizar si el aprendizaje de ética profesional a través del modelo formativo propuesto, conlleva en los estudiantes de Fisioterapia, un cambio positivo de actitudes hacia su formación en la materia.

5. Analizar si, tras el seguimiento del modelo formativo propuesto, los estudiantes mejoran su percepción acerca de los conocimientos que han adquirido sobre ética profesional.
6. Evaluar la percepción de los estudiantes respecto a la adecuación y utilidad del modelo formativo aplicado.

4.3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

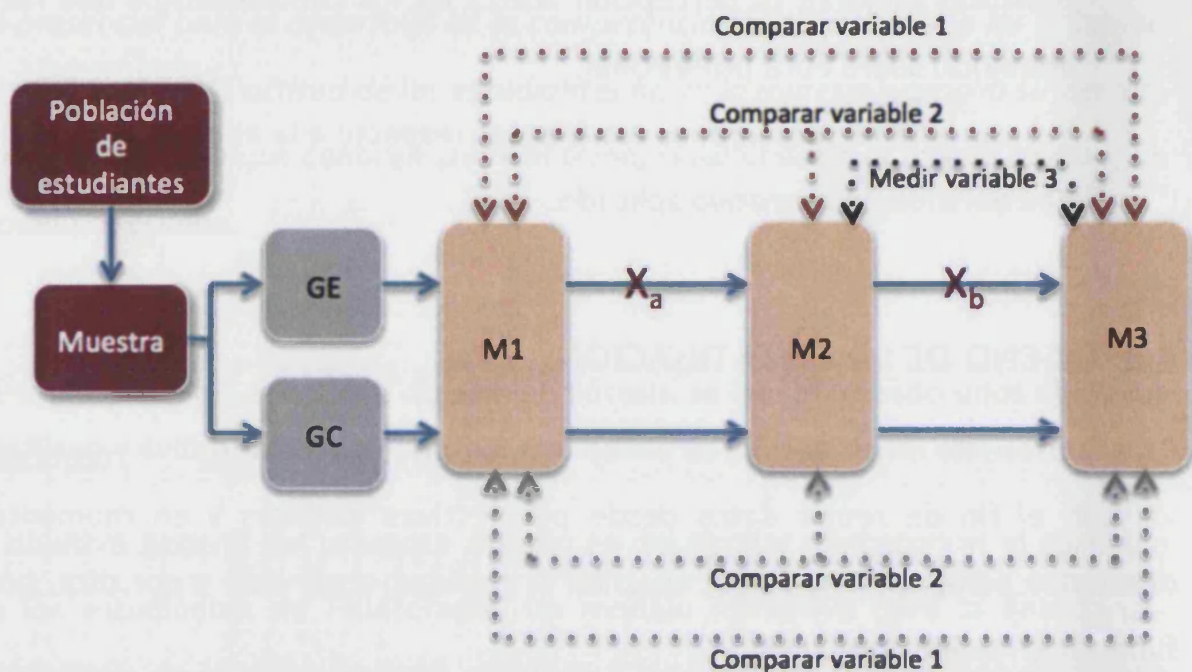
Para la presente investigación, se utilizó una metodología cuantitativa y cualitativa, con el fin de reunir datos desde perspectivas distintas y en momentos diferentes para, por una parte, describir la realidad observada y por otra, profundizar en su interpretación.

El estudio obedeció a un diseño cuasi-experimental en el que los sujetos fueron asignados aleatoriamente al azar a un grupo experimental y a un grupo control³¹. Esto permitió eliminar las diferencias que pudieran existir entre sus componentes así como el factor de selección, ya que el azar fue el que determinó sobre qué estudiantes se aplicaría la intervención. Por otro lado, las mediciones antes y después en ambos grupos y sus comparaciones, constataron las diferencias entre ellos y si éstas podían deberse a la acción de la variable independiente, que solamente fue aplicada al grupo experimental (Campbel & Stanley, 1973).

En la figura 8, se muestra el esquema del diseño general de esta investigación:

³¹ Para la asignación aleatoria de los sujetos a ambos grupos, se utilizó el programa estadístico Predictive Analytics Software (PASW), versión 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA), con licencia de la Universitat de València.

Figura 8. Diseño general de la investigación



GE= grupo experimental. GC= grupo control. M1= medida 1 (pre test), M2= medida 2 (post test 1) y M3= medida 3 (post test 2). La intervención (Xa y Xb), se desarrolló en dos periodos de tiempo. Variable 1: actitudes; variable 2: conocimientos; variable 3: opiniones. En Xa y Xb se desarrolla y evalúa la competencia ética.

4.4. PROCEDIMIENTO GENERAL

En este apartado se detalla la secuencia de pasos que se han seguido para llevar a cabo la intervención, partiendo de unos requisitos previos que se hicieron necesarios antes del comienzo de la misma.

4.4.1. Requerimientos previos

Para cumplir con el propósito de asociar el estudio de ética profesional con la realización de las prácticas clínicas, se optó por elaborar un modelo formativo semi-presencial integrado en la asignatura troncal *Estancias Clínicas III*, de tercer

II. Marco metodológico e investigación

año de la diplomatura, debido a que, al ser anual, facilitaría el contacto con los estudiantes durante todo el curso y de esa manera permitiría el desarrollo adecuado del modelo diseñado³².

La metodología docente utilizada en esta intervención había sido previamente avalada por la Unitat d'Innovació Educativa (UIE) de la Universitat de València, quien la aceptó como Proyecto de Innovación Educativa en su modalidad de "Finestra Oberta", que agrupa a todos aquellos proyectos que tienen como objetivo la implantación de nuevas metodologías en los planes de estudio, siendo la autora de esta tesis, la responsable del grupo³³ (ver anexo I).

Para llevar a cabo la investigación se hizo necesario, en un primer momento, solicitar al Departamento de Fisioterapia asumir parte de la responsabilidad de la asignatura *Estancias Clínicas III*, que sería compartida con la profesora coordinadora de las prácticas clínicas de la titulación, con quien se trabajó conjuntamente. Así mismo, se contó con la colaboración de las profesoras componentes del grupo de innovación educativa que se había formado con tal propósito y, por supuesto, con el asesoramiento continuo de la directora de esta tesis, por sus conocimientos especializados en el tema.

³² A este respecto, cabe señalar que, aunque la temporización de la intervención condicionó el hecho de que ésta tuviera lugar con los estudiantes de tercer curso de la ya extinguida diplomatura, esta situación no impide que los resultados obtenidos del estudio, puedan adaptarse al nuevo título de grado, como ya se ha comenzado a hacer en el curso 2011-2012, en una asignatura práctica de similares características a la utilizada en este estudio (Practicum I) y está previsto continuar en la de cuarto curso, Practicum II.

³³ Código del proyecto: 45/FO/18/2010. Título del proyecto: Modelo Formativo para el desarrollo de la competencia ética en Fisioterapia, asociada a las prácticas clínicas. Fecha de aprobación: 30 de Junio de 2010).

II. Marco metodológico e investigación

4.4.2. Procedimiento

El estudio comenzó con el diseño de un modelo formativo semi-presencial. Para el desarrollo de esta propuesta didáctica, se elaboró un *material* específico sobre ética profesional (temario y actividades relacionadas), para su difusión *on-line* durante el primer cuatrimestre. También se diseñaron *actividades grupales* para trabajar en el aula durante el segundo cuatrimestre.

Para su puesta en práctica, se hizo necesario el manejo de un *entorno virtual de comunicación* entre profesores y estudiantes, utilizando para tal propósito, el Aula Virtual de la Universitat de València.

De forma general, si bien el grupo control cursaría la asignatura de la manera tradicional (rotaciones prácticas, más realización y exposición de casos clínicos), se pensó que sería de gran utilidad aprovechar la ocasión para que también este grupo se integrara en el entorno virtual de comunicación, de modo que el Aula Virtual se utilizó, por primera vez, de plataforma para la gestión de la evaluación de las tareas correspondientes, también para este grupo.

Seguidamente, se procedió a elaborar los cuestionarios que se iban a utilizar durante la investigación:

- Cuestionario sobre actitudes hacia la ética profesional en los estudios de Fisioterapia.
- Cuestionario sobre conocimientos relacionados con la ética profesional.
- Cuestionarios de opinión acerca de la metodología docente utilizada para la enseñanza-aprendizaje de ética profesional.

Previamente al desarrollo de las actividades docentes y evaluadoras planificadas en el estudio, se informó, mediante una reunión general con todos los estudian-

II. Marco metodológico e investigación

tes, acerca de los objetivos del trabajo y se les pidió su consentimiento para participar en él. Se les explicó la metodología que se seguiría durante el curso, así como que toda la información obtenida de sus aportaciones y cuestionarios, se manejaría de manera anónima y confidencial. A pesar de las diferentes reacciones adversas que manifestaron algunos estudiantes, originadas por el total desconocimiento sobre el tema y lo novedoso de esta iniciativa, tras aclarar todas las dudas e incidir en la importancia y la repercusión del proyecto, todos los estudiantes aceptaron finalmente a participar en el estudio.

A continuación, se les comunicó su distribución al azar, en los grupos experimental y control.

El siguiente paso consistió en la realización de una primera medida (pre test) a ambos grupos, de su actitud hacia la ética profesional en los estudios de Fisioterapia, así como de la percepción de sus conocimientos previos sobre el tema, mediante los cuestionarios diseñados. Estos cuestionarios fueron administrados en papel, el día de la primera reunión informativa.

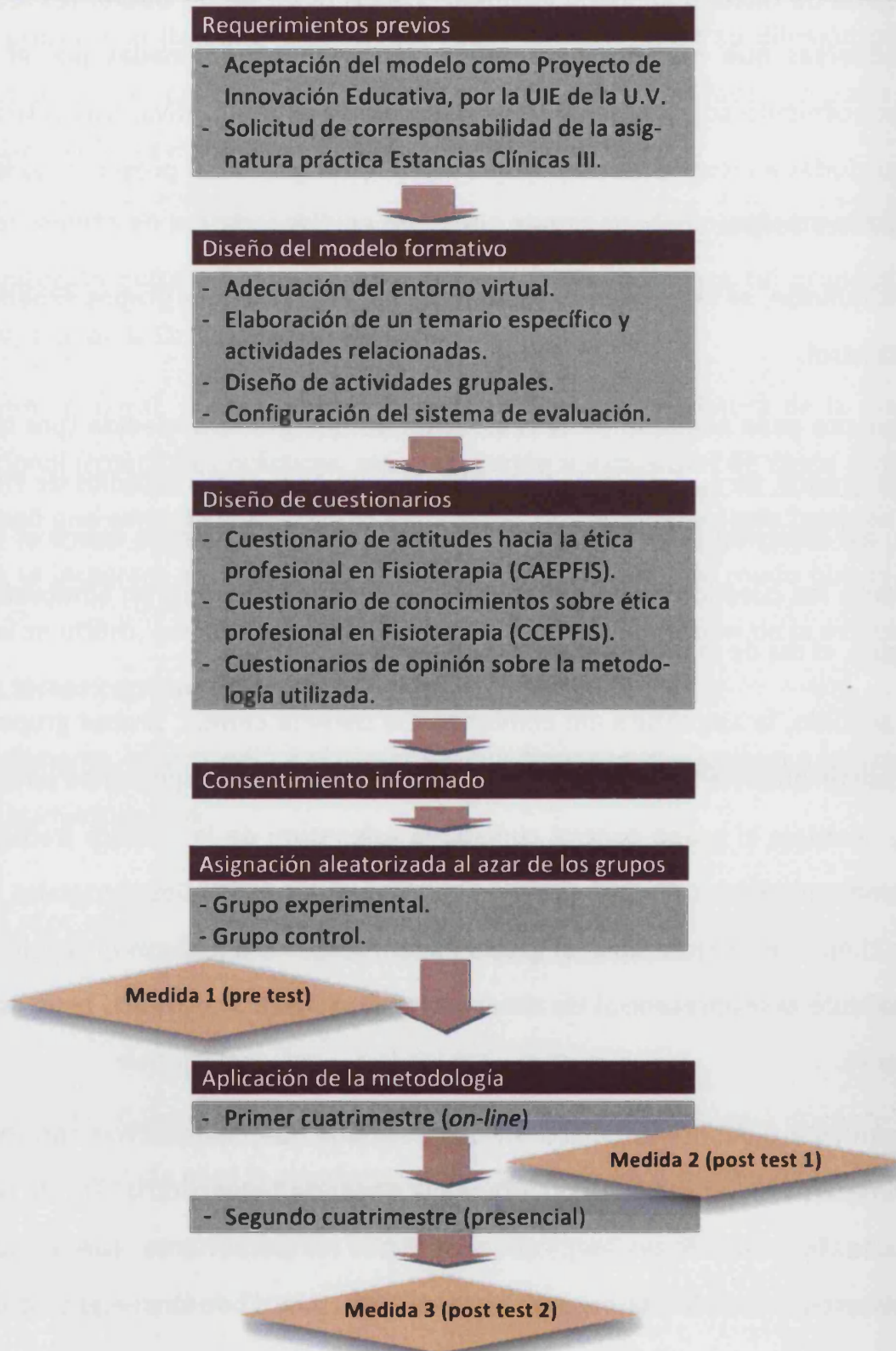
Acto seguido, la asignatura dio comienzo. De manera común, ambos grupos debían asistir durante todo el curso a las prácticas clínicas hospitalarias pautadas; pero, mientras el grupo control cursaba la asignatura de la manera tradicional, complementando las prácticas clínicas con trabajos individuales y grupales sobre casos clínicos en Fisioterapia, el grupo experimental lo hacía con el seguimiento del módulo semi-presencial de ética profesional elaborado para este estudio (figura 9).

La propuesta didáctica se aplicó en dos periodos que coincidieron con los dos cuatrimestres en los que está distribuida la docencia universitaria. Tras la primera parte (modalidad *on-line*), que coincidió temporalmente con el primer cuatrimestre, se realizó la segunda medida (post test 1) de la percepción de los

II. Marco metodológico e investigación

conocimientos sobre ética profesional adquiridos hasta el momento, por parte de ambos grupos.

Figura 9. Esquema del procedimiento general de la investigación



II. Marco metodológico e investigación

En este caso, la administración de los cuestionarios fue a través del correo electrónico, de modo que para garantizar la sinceridad de los estudiantes, se les proporcionó el contacto de otra profesora diferente, a la que no conocían. La compañera imprimía los cuestionarios y se los hacía llegar a la profesora responsable de este estudio, en formato papel, respetando su anonimato.

Después, se continuó con la segunda parte de la metodología (modalidad presencial) y, al finalizar el segundo cuatrimestre, se procedió a realizar la tercera y última medida (post test 2) de las mismas variables que se midieron en el pre test (actitudes y conocimientos).

En la segunda y tercera medida se aprovechó, además, para obtener mediante un cuestionario, la opinión del grupo experimental sobre la metodología docente utilizada. La administración, en formato papel, de estos cuestionarios, tuvo lugar en la última de las sesiones de cada uno de los subgrupos del grupo experimental y del grupo control.

Además de analizar las actitudes, los conocimientos y las opiniones en los diferentes momentos señalados, también se evaluaron los resultados de aprendizaje alcanzados con las actividades y las sesiones grupales que tuvieron lugar a lo largo del curso para, de esa manera, evidenciar la progresiva adquisición de la competencia ética por parte de los estudiantes.

En las tablas 14 y 15 se presenta, de manera esquemática, el modo como cada uno de los grupos (experimental y control) cursaron la asignatura *Estancias Clínicas III* durante el curso 2010-2011:

II. Marco metodológico e investigación

Tabla 14. Esquema del modelo semi-presencial para el seguimiento de la asignatura Estancias Clínicas III piloto, por el grupo experimental

<i>Asignatura Estancias Clínicas III piloto</i>	
Asistencia a prácticas clínicas hospitalarias durante todo el curso	
Primer cuatrimestre	Segundo cuatrimestre
Aprendizaje a través de Internet : Temario sobre ética profesional y actividades relacionadas	Aprendizaje presencial : Sesiones grupales para trabajar casos éticos
Modelo semi-presencial	

Tabla 15. Seguimiento de la asignatura Estancias Clínicas III, del modo tradicional, por el grupo control

<i>Asignatura Estancias Clínicas III</i>	
Asistencia a prácticas clínicas hospitalarias durante todo el curso	
Primer cuatrimestre	Segundo cuatrimestre
Elaboración de casos clínicos	Elaboración y exposición de un trabajo grupal sobre un caso clínico
Modelo tradicional	

4.5. SUJETOS

La muestra estuvo compuesta por estudiantes de tercer curso de la Diplomatura de Fisioterapia matriculados en la asignatura *Estancias Clínicas III*, en el curso académico 2010-2011. Los 139 estudiantes que aceptaron participar en el estudio fueron distribuidos al azar, en dos grupos, de manera que el grupo experimental tenía 69 sujetos y el grupo control, 70. Sin embargo, a lo largo del curso, hubo una mortalidad experimental de 10 sujetos (4 del grupo experimental y 6 del control), quienes por motivos personales y laborales, rehusaron tanto a la participación en el estudio como al seguimiento de la asignatura. Finalmen-

te, la muestra estuvo compuesta por 129 sujetos: 65 experimentales y 64 controles (Tabla 16).

Tabla 16. Muestra del estudio

Estudiantes matriculados y conformes	Mortalidad experimental	Total sujetos en la muestra	Grupo experimental	Grupo control
139	10	129	65	64

En el presente estudio, el único criterio de exclusión era tener una formación previa sobre el tema; sin embargo, ninguno de los estudiantes lo cumplía, tal y como quedó de manifestó en la reunión informativa de principios de curso y en consecuencia, todos fueron admitidos.

4.6. INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE LA INVESTIGACIÓN

Para la medida de las actitudes, se elaboró el cuestionario CAEPFIS; para la medida de la percepción de los estudiantes sobre sus conocimientos, el cuestionario CCEPFIS y para la medida de la competencia ética que se pretendía desarrollar con el modelo formativo propuesto, se planificaron diversas actividades de aprendizaje a lo largo del primer y segundo cuatrimestre, las cuales se evaluaron mediante una rúbrica elaborada a tal efecto.

Finalmente, y, dada la importancia para este tipo de investigaciones del *feedback* obtenido de los estudiantes para el planteamiento de nuevos objetivos, se diseñaron cuestionarios para conocer su percepción respecto al modelo formativo propuesto (tabla 17):

Tabla 17. Instrumentos utilizados en la investigación

Elementos a evaluar	Instrumento
Actitudes	Cuestionario CAEPFIS
Conocimientos	Cuestionario CCEPFIS
Competencia ética	Rúbrica
Opiniones	Cuestionarios sobre percepciones acerca de la metodología aplicada

A continuación se expone el proceso de elaboración de los cuestionarios, puesto que el contenido de las actividades de aprendizaje comentadas, se describen con detalle en el apartado 4.7. “*Descripción de los elementos del modelo formativo propuesto*”, y la evaluación de los resultados del aprendizaje, en el apartado 4.7.5. “*Sistema de evaluación*”.

4.6.1. Cuestionario de actitudes hacia a la ética profesional en Fisioterapia (CAEPFIS)

Este cuestionario, que se ha elaborado tomando como modelo teórico el de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (1975), ha sido utilizado en el pre test (medida 1) y en el post test 2 (medida 3), en ambos grupos, experimental y control, con el objetivo de realizar un análisis previo de las actitudes de los estudiantes de ambos grupos hacia la ética profesional en los estudios de Fisioterapia y analizar el efecto de la variable independiente (modelo formativo semi-presencial) sobre dicha actitud en el grupo experimental.

Se elaboró una escala de actitudes tipo Likert, atendiendo a las siguientes etapas (Morales Vallejo, 2006): tras definir el rasgo o actitud a medir, un grupo formado por seis fisioterapeutas determinamos un total de tres categorías sobre las que se estableció que se quería obtener información, así como algunas subcategorías

II. Marco metodológico e investigación

relacionadas. A continuación, se procedió a redactar una batería de ítems, procurando que hubiera un mínimo de dos por cada subcategoría y tratando de que fueran opiniones relevantes y claramente relacionadas con la actitud en cuestión. Se redactaron inicialmente un total de 34 ítems, un número que se consideró suficiente ya que era muy próximo a los 40 que Nunnally y Berstein (1994) consideraban adecuados como de partida para cuestionarios de actitudes; y porque, en publicaciones como la de Borich y Madden (1977), que describen numerosos instrumentos e incluyen aspectos relacionados con el número inicial de ítems, se pueden encontrar todo tipo de ejemplos sin que sea posible hablar de una práctica común.

Se utilizaron expresiones sencillas, se evitaron las dobles negaciones y las expresiones universales del tipo *siempre* o *nunca* y se intentó no utilizar frases que incluyeran dos afirmaciones juntas. También se procuró evitar aquellas opiniones con las que previsiblemente todos o casi todos podrían estar de acuerdo o en desacuerdo, tratando de evitar, de este modo, la aquiescencia³⁴ y, finalmente, se redactaron algunos ítems negativos atendiendo a las ventajas que esta bipolaridad confiere a una descripción más matizada de la actitud (Likert, 1932); de esta manera, en los ítems positivos, estar de acuerdo se consideraba una opinión favorable hacia la ética profesional en los estudios de Fisioterapia y en los negativos, una opinión desfavorable.

Se determinaron en total tres categorías y 10 subcategorías para la redacción de los ítems:

³⁴ La aquiescencia se refiere a la tendencia que muestran algunas personas a responder afirmativamente a los ítems de los cuestionarios de personalidad en los que se plantean preguntas que implican un formato de respuestas afirmativas-negativas o, de acuerdo-en desacuerdo.

II. Marco metodológico e investigación

1. Para la primera categoría: *"Importancia que los estudiantes otorgan a la ética profesional en los estudios de Fisioterapia"*, se establecieron cuatro subcategorías:

1.1. En la primera de ellas, se redactaron 6 ítems en los cuales los estudiantes debían valorar qué percepción tenían respecto a su formación en los diferentes aspectos de la ética profesional.

1.2. En la segunda, se redactaron 2 ítems para valorar la importancia que los estudiantes concedían al estudio de la ética profesional, en relación con otras actividades más específicas de la profesión.

1.3. En la tercera de las subcategorías se pretendía valorar, mediante 3 ítems, el grado de acuerdo o desacuerdo de los estudiantes respecto a la relación que tiene el estudio de ética profesional, con las realización de las prácticas clínicas.

1.4. La última de las subcategorías, formada por 3 ítems, valoraba la percepción de los estudiantes acerca de cómo debía estar presente la ética profesional en el plan de estudios.

2. La segunda de las categorías: *"Predisposición de los estudiantes a formarse en ética profesional durante la carrera"*, reunía un total de 11 ítems, repartidos en dos subcategorías:

2.1. La primera de ellas, formada por 4 ítems, trataba de valorar la percepción de los estudiantes acerca de su dedicación en tiempo y esfuerzo a la ética profesional.

2.2. Y los 7 ítems de la segunda subcategoría, pretendían conocer la opinión de los estudiantes sobre su predisposición a formarse en determinadas cuestiones de la ética profesional.

3. Para la última de las categorías: “Repercusión que la formación en ética profesional puede tener en su futuro profesional”, se determinaron 4 subcategorías:

3.1. En la primera, se redactaron 2 ítems para conocer la opinión de los estudiantes sobre la repercusión del estudio de ética profesional sobre un ejercicio responsable de la profesión.

3.2. En la segunda, formada también por 2 ítems, el interés estaba centrado en conocer la percepción de los estudiantes acerca de la repercusión del estudio de ética profesional en la carrera, sobre un ejercicio honesto de la profesión.

3.3. En la tercera, se redactaron 3 ítems con los que se pretendía conocer su opinión acerca de la repercusión del estudio de ética profesional sobre el ejercicio de una profesión de calidad.

3.4. Y finalmente, la última subcategoría estuvo formada por 2 ítems, que trataban de valorar de modo general, la percepción que tenían los estudiantes sobre la manera como la ética profesional podía contribuir a su mejora profesional.

En la siguiente tabla se presentan los enunciados de los ítems y las categorías y subcategorías que los originaron:

Tabla 18. Relación de ítems actitudinales elaborados a partir de las categorías predefinidos

Categoría	Subcategoría	Ítem
1. Importancia que los estudiantes otorgan a la ética profesional en los estudios de	1.1 Aspectos en los que se formaría	1. Es importante para mi formación, conocer cuáles son los principales valores profesionales de los fisioterapeutas.
		2. No considero importante para mi formación aprender el código deontológico de los fisioterapeutas.
		3. Creo conveniente practicar, durante la carrera, la resolución de posibles problemas éticos que se

I. Marco metodológico e investigación

Fisioterapia		me podrían presentar en el ejercicio de mi profesión.	
		4. No tendré una buena formación como fisioterapeuta si no conozco cuáles son los principios éticos básicos.	
		5. Es importante para mi formación como fisioterapeuta, aprender a reflexionar sobre el papel profesional que desempeñaré en la sociedad cuando finalice mis estudios.	
		6. Considero que las nociones sobre deontología aprendidas en cursos anteriores, son suficientes para mi formación en ética profesional.	
	1.2 Importancia relativa	7. Le doy tanta importancia al aprendizaje de ética profesional durante la carrera, como al aprendizaje de métodos y técnicas terapéuticas específicas.	
		8. Es tan importante el aprendizaje de ética profesional durante la carrera, como el aprendizaje de métodos de valoración específicos de la profesión.	
	1.3 Relación con las prácticas clínicas	9. En las prácticas clínicas hospitalarias, además de enseñarme habilidades prácticas propias de la profesión, deberían enseñarme a detectar situaciones éticas que van surgiendo con los pacientes, los compañeros, etc.	
		10. Las prácticas clínicas son un entorno adecuado para acercarme a los problemas éticos de la profesión.	
		11. Considero que el contacto real con los pacientes y los fisioterapeutas durante las prácticas clínicas hospitalarias, me facilitaría el aprendizaje de ética profesional.	
	1.4 Presencia en el plan de estudios	12. La ética profesional en Fisioterapia es tan importante, que debería estudiarse como parte de la mayoría de asignaturas de la carrera.	
		13. Es necesaria una asignatura sobre ética profesional en Fisioterapia dentro del currículo formativo del fisioterapeuta.	
		14. La ética profesional se aprende en el entorno laboral y por lo tanto no es necesario estudiarla durante la carrera.	
	2. Predisposi-		15. Para implicarme en mi formación en ética profesional, debería dedicar tiempo y esfuerzo,

II. Marco metodológico e investigación

ción de los estudiantes a formarse en ética profesional durante la carrera	2.1 Dedicación	que debería quitar de otras asignaturas.
		16. A la asignatura de ética profesional le dedicaría menos tiempo que a otras asignaturas de la carrera.
		17. Dedicar tiempo a formarme en ética profesional está lejos de mis objetivos formativos.
	2.2 Aspectos éticos	18. Estoy dispuesto/a a esforzarme en aprender contenidos sobre ética profesional en otras asignaturas de la carrera.
		19. Estoy dispuesto/a a aprender, durante la carrera, cómo manejar un conflicto ético en el entorno clínico.
		20. Estoy dispuesto/a a aprender cómo actuar éticamente ante casos simulados, durante la carrera.
		21. Estoy dispuesto/a a trabajar en el aula valores y actitudes personales.
		22. No estoy dispuesto a conocer las teorías éticas que dan soporte a la toma de decisiones éticas, ya que me parece una pérdida de tiempo.
		23. Estoy dispuesto/a a aprender, dentro de mi formación, a anteponer los valores morales para la resolución de conflictos éticos.
		24. Estoy dispuesto/a a aprender durante la carrera la diferencia entre un comportamiento ético y legal.
25. Estoy dispuesto/a a aprender lo necesario para asegurar un trato justo y respetuoso a los pacientes atendidos en la prácticas clínicas.		
3. Repercusión que la formación en ética profesional puede tener en su futuro profesional	3.1 Responsabilidad profesional	26. Comprender el sentido de la profesión me ayudará a ejercer la Fisioterapia con mayor responsabilidad.
		27. Aprender el código deontológico de Fisioterapia durante la carrera, no va a tener ninguna repercusión en el ejercicio responsable de la profesión.
	3.2 Honestidad	28. Para ejercer con honestidad mi profesión, es importante aprender, durante la carrera, los principios éticos que regulan el ejercicio de la Fisioterapia.
		29. Es más probable que ejerza honestamente la profesión, si he recibido formación en ética profesional durante la carrera.
	3.3	30. Creo que no es necesaria una formación en

II. Marco metodológico e investigación

	Calidad asistencial	ética profesional durante la carrera para desarrollar una profesión de calidad.
		31. Aprender a resolver problemas éticos durante la carrera, me ayudará a que mis actuaciones sean de mayor calidad.
		32. El reconocimiento social de la Fisioterapia aumenta cuando se ejerce la profesión respetando los principios éticos que he aprendido durante la carrera.
	3.4 Mejora profesional	33. Los profesores de Fisioterapia, además de transmitirme conocimientos específicos, deberían enseñarme también valores y actitudes para ser un buen profesional en el futuro.
		34. Estoy convencido/a de que recibir una buena formación en ética profesional durante la carrera, contribuirá a que sea mejor fisioterapeuta en el futuro.

A continuación, se mezclaron los ítems para confeccionar el CAEPFIS piloto.

Finalmente se decidió utilizar una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta: 1. Muy en desacuerdo, 2. En desacuerdo, 3. Indeciso, 4. De acuerdo y 5. Muy de acuerdo. El uso de una opción central evitaba el forzar las respuestas de los sujetos indecisos hacia un polo (acuerdo o desacuerdo) que podría no describirles (Sudman y Bradburn, 1989).

4.6.1.1. *Fiabilidad del CAEPFIS*

Para analizar la fiabilidad del cuestionario, se realizó un estudio piloto con una muestra representativa formada por 100 estudiantes de último curso de Fisioterapia de la Universidad Miguel Hernández, de Elche.

II. Marco metodológico e investigación

Los resultados se analizaron mediante el programa estadístico Predictive Analytics Software (PASW) versión 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA), con licencia de la Universitat de València.

Como paso previo, se procedió a transformar las puntuaciones obtenidas en los ítems invertidos, es decir, aquellos que no estaban redactados en el sentido que interesaba, para que tuvieran el mismo significado que la puntuación obtenida en el resto de ítems.

En primer lugar, se realizó el análisis de la *confiabilidad*³⁵ o *consistencia interna* del cuestionario CAEPFIS piloto, obteniéndose un elevado coeficiente Alfa de Cronbach (0,894)³⁶. A continuación, se procedió a detectar aquellos ítems indiferenciadores (Likert, 1932) es decir, aquellos que presentaban una correlación interna o índice de homogeneidad corregida (iHc), negativa o baja ($< 0,20$)³⁷: el único ítem que cumplía este criterio eran el nº 7 (*"Para implicarme en mi formación en ética profesional, debería dedicar tiempo y esfuerzo, que debería quitar de otras asignatura"*)³⁸. Su eliminación supuso un discreto aumento del coeficiente de fiabilidad hasta 0,898. De esta manera, se obtuvo una nueva formulación del cuestionario que presentó una sensible mejora del coeficiente

³⁵ La confiabilidad (o consistencia) de un test es la precisión con que el test mide lo que mide, en una población determinada y en las condiciones normales de aplicación. Las condiciones normales de aplicación se refieren a las condiciones especificadas en el manual del test (Aiken, 1996; Anastasi, 1986; Cornbach, 1984).

³⁶ Autores como Nunnally y Berstein (1994), afirman que una confiabilidad de 0.50 o 0.60 puede ser aceptable; sin embargo, otros como Gronlund (1985) señalan que gran parte de las pruebas empleadas en el campo de la educación tienen confiabilidades que oscilan entre 0.60 y 0.85, y así son aceptables. DeVellis, (1991) considera que los coeficientes de 0,80 a 0,87 caen en el rango de "muy buenos". Kerlinger y Lee (2002), han establecido 0,70 como el límite entre confiabilidad aceptable y no aceptable.

³⁷ Algunos autores consideran que este valor no debe ser inferior a 0,20 (Fernández *et al.*, 2003).

³⁸ La numeración corresponde al CAEPFIS piloto.

II. Marco metodológico e investigación

de fiabilidad (0,898) respecto del inicial (0,894) y con índices de homogeneidad corregida (iHc) de sus ítems entre 0,2 y 0,78 (Abdel-Gaid *et al.*, 1986). Finalmente se reenumeraron los ítems y el cuestionario definitivo estuvo formado por 33 de ellos (ver anexo II).

En la tabla 19 se presenta el análisis de los ítems y la confiabilidad del CAEPFIS definitivo:

Tabla 19. Análisis de los ítems y confiabilidad de la escala CAEPFIS definitiva

ítem	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1	105,8500	194,755	,281	,898
2	105,8600	190,162	,545	,894
3	105,9200	191,691	,394	,896
4	106,9700	186,029	,493	,894
5	106,2900	188,511	,501	,894
6	105,9000	193,242	,397	,896
8	105,9500	193,806	,260	,898
9	106,0100	186,576	,550	,894
10	106,8000	178,343	,700	,890
11	106,3900	188,483	,465	,895
12	106,1200	186,470	,568	,893
13	106,3000	187,121	,461	,895
14	106,4200	176,347	,783	,888
15	106,5300	186,110	,559	,893
16	106,5700	186,409	,485	,895
17	105,9800	192,707	,372	,896
18	106,2900	191,945	,259	,899
19	107,1700	193,294	,250	,901
20	106,5600	190,269	,373	,896
21	106,3100	193,711	,265	,898
22	107,0900	191,133	,308	,898
23	106,0700	192,429	,348	,897

24	106,0000	189,030	,501	,895
25	105,9800	190,060	,407	,896
26	107,2700	187,492	,445	,895
27	106,9600	189,231	,365	,897
28	105,6400	196,960	,200	,899
29	106,9600	187,756	,438	,895
30	106,4200	184,347	,557	,893
31	106,4200	186,105	,586	,893
32	105,9000	195,566	,251	,898
33	106,8500	184,795	,513	,894
34	106,6500	176,472	,742	,889

Número de casos: 100; Número de ítems: 33 (eliminado el nº7). Valor de Alfa: 0,898. La numeración de los ítems corresponde al CAEPFIS piloto.

4.6.1.2. Unidimensionalidad de la escala

Para comprobar la *unidimensionalidad* de la escala y con ello confirmar que ésta medía un único rasgo bien definido, se realizó un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) (Joan, 1996; Morales Vallejo, 2006 y 2011). Para ello, se sometió al CAEPFIS a un Análisis Factorial (AF) por el método de los Componentes Principales (Morales Vallejo, 2006). Previamente, se comprobaron las condiciones de factorización con la prueba de esfericidad de Barlett y la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Los datos obtenidos (KMO=0,762; $X^2=1871,874$; $gl=528$; $p<0,001$), mostraron que el análisis factorial de Componentes Principales era pertinente. Realizado el AF, se obtuvieron automáticamente 9 componentes, que explicaban el 71,791% de la varianza.

La mayoría de los ítems se agrupaban en el primer factor, el cual explicaba por sí mismo el 25,8%³⁹ de la misma y en el que todos los ítems presentaban pesos por encima de 0,3⁴⁰ (ver anexo III).

³⁹ No existe unanimidad de criterios para decidir cuándo una determinada proporción de varianza explicada por el primer factor (sin rotar) puede estimarse como suficiente. Reckase (1979)

II. Marco metodológico e investigación

Por lo tanto, se puede afirmar que el CAEPFIS es una escala cuyos ítems se acercan bastante a la *unidimensionalidad* deseada, dado que, al hecho de que presenta una alta consistencia interna (coeficiente Alfa de Cronbach= 0,898) se une que en el AF, el primer factor da cuenta de una buena proporción de la varianza total, en tanto que las aportaciones de los sucesivos factores son mucho menores (Morales Vallejo, 2006). La pluridimensionalidad que muestra el análisis factorial es totalmente compatible con una interpretación unidimensional de todo el instrumento que mide un rasgo más general, que a su vez puede descomponerse para medir aspectos más específicos del mismo constructo. Encontrar varios factores no es prueba de que no estemos midiendo un único rasgo bien definido (Nunnally y Bernstein, 1994).

4.6.2. Cuestionario de percepciones sobre los conocimientos en ética profesional (CCEPFIS)

Este cuestionario fue utilizado en el pre test (medida 1), en el post test 1 (medida 2) y en el post test 2 (medida 3), de los grupos experimental y control.

Con el CCEPFIS se pretendía analizar la segunda de las variables del estudio: la percepción de los estudiantes acerca de los conocimientos que tenían sobre ética profesional en Fisioterapia; tanto los previos al estudio por parte de ambos grupos, como su evolución tras el seguimiento del módulo *on-line* y del módulo presencial, respectivamente.

sugiere el 20% y Carmines y Zeller (1979), proponen el 40%, pero no pasan de ser sugerencias o apreciaciones subjetivas (Morales, 2006:339).

⁴⁰ Los valores mínimos que suelen aceptarse son de 0,3 ó 0,4 (Morales Vallejo, 2006:347).

II. Marco metodológico e investigación

Este cuestionario fue elaborado tomando como referencia los conocimientos sobre ética profesional que, tras la lectura de la bibliografía correspondiente, se consideró que, como fisioterapeutas, debían poseer los estudiantes.

Se redactaron 19 ítems que contenían la información más básica que el estudiante debía conocer o adquirir durante el curso y se utilizó una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta: 3. Mucho, 2. Bastante, 1. Poco y 0. Nada. Los ítems del CCEPFIS piloto, fueron los siguientes:

1. Conozco cuáles son los valores morales.
2. Conozco la diferencia entre valores morales y valores no morales.
3. Conozco la diferencia entre ética y moral.
4. Conozco los campos que estudia la bioética.
5. Comprendo la diferencia entre la bioética y la ética profesional en Fisioterapia.
6. Conozco las dimensiones inseparables de la ética profesional.
7. Entiendo que pueda existir diferencia entre una actuación profesional ética y una actuación profesional legal.
8. Conozco los principios éticos profesionales.
9. Conozco el código deontológico de los fisioterapeutas.
10. Conozco las consecuencias del incumplimiento de los principios éticos profesionales.
11. Sé distinguir entre un problema ético, un dilema ético, una situación de estrés moral, una situación de tentación moral y una situación de silencio, en Fisioterapia.
12. Conozco las competencias que caracterizan a un buen profesional.
13. Conozco los principales valores profesionales de la Fisioterapia.
14. Sé que otras cosas, además del código deontológico, implica el aprender ética profesional en Fisioterapia.
15. Comprendo el significado de los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.
16. Conozco los problemas éticos a los que se enfrentan los fisioterapeutas en el ejercicio de su profesión.

II. Marco metodológico e investigación

17. Conozco los principios éticos de la ética profesional aplicados a la Fisioterapia y enunciados por la World Confederation of Physical Therapy (WCPT).

18. Comprendo la diferencia entre los principios éticos básicos y las normas de comportamiento.

19. Conozco métodos para analizar los problemas y dilemas éticos de la profesión.

4.6.2.1. Fiabilidad del CCEPFIS

Para analizar la fiabilidad del cuestionario, se realizó un estudio con la misma muestra a la que se administró el CAEPFIS (n=100). Analizado el coeficiente Alfa de Cronbach, éste dio un valor inicial aceptable de 0,760. A continuación, se observó que dos ítems (9 y 19), tenían una correlación ítem-total o índice de homogeneidad corregido (iHc) < 0,20 (tabla 20). Sin embargo, se consideró que aportaban una información importante para la investigación, y se decidió no eliminarlos ya que, por otro lado, el hacerlo, solamente hubiera significado un aumento de 1 ó 2 milésimas en el coeficiente alfa. Por lo tanto, el CCEPFIS definitivo estuvo formado por los 19 ítems iniciales (ver anexo IV).

Tabla 20. Análisis de los ítems y confiabilidad de la escala CCEPFIS definitiva

Ítem	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1	19,3800	28,177	,357	,748
2	19,6200	27,369	,444	,742
3	19,6700	26,567	,502	,736
4	20,3500	27,947	,353	,748
5	20,4200	27,256	,440	,742
6	20,3000	27,909	,375	,747
7	19,4500	27,907	,278	,755
8	19,8700	28,013	,312	,751
9	20,1100	30,159	,114	,761

II. Marco metodológico e investigación

10	20,1400	28,202	,339	,750
11	20,3700	27,468	,365	,747
12	19,6300	28,336	,357	,749
13	19,6500	28,755	,252	,755
14	19,9700	26,777	,448	,740
15	19,9300	27,642	,326	,751
16	19,8700	28,377	,298	,752
17	20,5500	28,048	,329	,750
18	19,9600	26,948	,431	,742
19	20,3800	29,834	,166	,762

Número de casos: 100; Número de ítems: 19. Valor de Alfa: 0,760.

4.6.3. Cuestionarios de opinión acerca de la metodología docente utilizada

Para conocer la opinión de los estudiantes del grupo experimental acerca de la metodología docente empleada, se elaboraron dos cuestionarios. El primero de ellos se administró tras el primer cuatrimestre y el segundo, al finalizar el curso, correspondiendo con las medidas de post test 1 (medida 2) y post test 2 (medida 3), respectivamente.

Se consideró que, siendo la primera vez que se ponía en práctica un modelo formativo de estas características, la opinión de los estudiantes podría resultar una información muy valiosa a la hora de realizar cualquier futura modificación en el planteamiento (Barnitt y Roberts, 2000).

El primer cuestionario (ver anexo V), estuvo formado por 9 preguntas, 8 de ellas cerradas y una abierta. Las preguntas cerradas ofrecían respuestas dicotómicas, con las que se pretendía averiguar si el temario proporcionado, las actividades asociadas y el sistema de comunicación a través del Aula Virtual, utilizados en el primer cuatrimestre, les había parecido adecuado o no. No se proporcionó una escala con una respuesta central de indecisión para, en cierto modo, obligar a los estudiantes a decantarse por una respuesta positiva o negativa. Con la pregunta

II. Marco metodológico e investigación

abierta se alentaba a los estudiantes a que aportaran cualquier comentario que consideraran oportuno.

El segundo de los cuestionarios, de 6 ítems, trataba de averiguar, a través de varias opciones de respuesta, la percepción de los estudiantes respecto a la metodología empleada durante el segundo cuatrimestre. Por otro lado, y dado que se administró ya finalizada la intervención, se realizaron algunas preguntas sobre el modelo formativo en general, combinando la primera parte (*on-line*) con la segunda (*presencial*). El cuestionario contenía: 2 ítems sobre la metodología del segundo cuatrimestre, 3 sobre la empleada durante todo el curso y una pregunta abierta final, que solicitaba su opinión personal sobre cómo mejorar la enseñanza de esta materia (ver anexo VI).

4.7. DESCRIPCIÓN DE LOS ELEMENTOS DEL MODELO FORMATIVO PROPUESTO

Como ya se ha comentado, la parte fundamental de esta investigación ha sido la elaboración, planificación y puesta en práctica de un modelo formativo para el desarrollo de la competencia ética, en un grupo de estudiantes de tercer curso de la última promoción de diplomados en Fisioterapia, durante el curso académico 2010-2011.

El modelo formativo que se expone a continuación, se ha elaborado tomando como referencia la bibliografía existente sobre la enseñanza de ética en Fisioterapia, expuesta en el módulo introductorio de esta tesis, así como el contexto en el que iba a tener lugar la intervención (características del plan de estudios, número de estudiantes, curso, conocimientos previos, etc.).

II. Marco metodológico e investigación

En el presente apartado, se explica con detalle cada uno de los elementos que se elaboraron o se utilizaron para poner en marcha la metodología propuesta.

Se considera un modelo innovador en el sentido de que trata de asociar el aprendizaje de ética profesional con la realización de las prácticas clínicas que los estudiantes de último curso llevan a cabo en hospitales universitarios de la red sanitaria pública valenciana, al considerar que, en ese contexto, el contacto con los pacientes y el equipo multidisciplinar, favorece la motivación y el aprendizaje de la materia. Se trata de una propuesta semi-presencial, basada en el modelo metodológico B-learning, en el que se combina el aprendizaje a través de Internet, con el aprendizaje presencial en el aula.

Para llevar a cabo este modelo formativo, se requirió el diseño de los siguientes elementos:

- ↪ Un entorno virtual de comunicación.
- ↪ Un temario sobre ética profesional en Fisioterapia
- ↪ Actividades de aprendizaje individuales y grupales.
- ↪ Sistema de evaluación de los resultados de aprendizaje.

Además de los conocimientos que los estudiantes pudieran adquirir con el temario elaborado y con el resto de actividades de aprendizaje integrantes de la propuesta didáctica planteada, el objetivo general que se pretendía alcanzar era fundamentalmente, que los estudiantes comprendieran que el comportamiento ético es inherente a la profesión de fisioterapeuta, como lo es para el resto de profesiones sanitarias. Por otro lado, trataba de desarrollar su capacidad para reconocer en el entorno de trabajo, situaciones que, no siendo grandes y complicados dilemas éticos, vieran comprometidos los principales valores y principios morales. Y también, estimular el debate y la reflexión sobre las principales cuestiones éticas en Fisioterapia, tratando de confrontar sus propios valores

personales con los profesionales para plantear soluciones éticamente aceptables. Como consecuencia de todo ello, se pretendía, en última instancia, que la actitud de los estudiantes hacia su formación en ética profesional fuera más favorable. Trabajar los tres componentes: cognitivos, actitudinales y procedimentales, nos aseguraría el desarrollo de la totalidad de la competencia ética.

A continuación se describe cada uno de los elementos del modelo formativo propuesto.

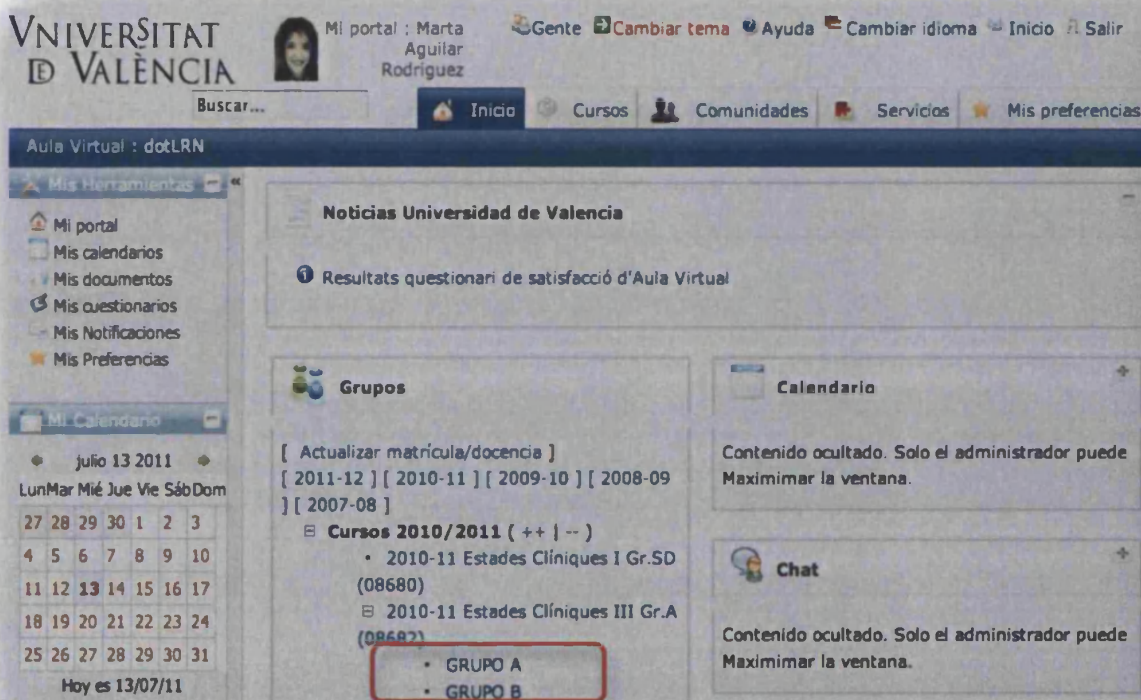
4.7.1. Entorno virtual de comunicación

Como paso previo a la puesta en marcha de la metodología docente, se creó un entorno de comunicación con los estudiantes, aprovechando las prestaciones del Aula Virtual de la Universitat de València. Todos los estudiantes matriculados en la asignatura *Estancias Clínicas III*, la profesora responsable de impartir ética profesional (autora de esta investigación), la profesora encargada de la coordinación de las prácticas clínicas de la titulación y las profesoras que participaron en la evaluación de las tareas, compartieron un espacio en dicho entorno virtual. A través de él se difundían noticias de interés en el tablón de anuncios, se resolvían dudas a los estudiantes, se publicaba el material docente y se gestionaba la entrega y evaluación, tanto de las tareas planificadas, como de la asignatura en general.

Para asegurar un seguimiento independiente de la asignatura por parte de ambos grupos (experimental y control), se crearon dos “espacios virtuales” diferentes: a los estudiantes del grupo experimental se les dio acceso al subgrupo A y a los del grupo control, al B; de forma que éstos (B) seguían la asignatura de la manera tradicional, sin tener acceso a la información del grupo A y los de

este grupo (A), lo hacían de forma experimental sin tener acceso a la información del grupo B. El aspecto de la interface puede verse en la siguiente figura:

Figura 10. Interface del Aula Virtual de la Universitat de València



Fuente: Aula Virtual de la Univetsitat de València.

4.7.2. Temario sobre ética profesional y actividades relacionadas

Dado que no se encontró ningún temario que se ajustara a las necesidades de los estudiantes de Fisioterapia sobre ética profesional, atendiendo a lo que se determinó que debían ser los conocimientos en esta materia en base a la propia experiencia profesional y a la información encontrada durante el proceso de construcción del marco teórico de esta tesis, se procedió a determinar unos conocimientos básicos, procurando que éstos fueran comprensibles para los estudiantes de Fisioterapia. Estos conocimientos fueron los siguientes:

I. Marco metodológico e investigación

- Los valores morales.
- La ética y la moral.
- La bioética y la ética profesional.
- Diferencia entre actuaciones éticas y actuaciones legales.
- Dimensiones de la ética profesional: teleológica, deontológica y pragmática.
- El fin legítimo de la Fisioterapia.
- Los valores profesionales de los fisioterapeutas.
- Normativa legal que regula la profesión del fisioterapeuta.
- Los principios éticos básicos: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.
- Competencias que caracterizan a un buen profesional.
- El código deontológico de los fisioterapeutas.
- Diferencia entre los principios éticos básicos y las norma de comportamiento.
- Las diferentes situaciones éticas en Fisioterapia (problema ético, dilema moral, tentación moral, estrés moral y silencio).
- Componentes del comportamiento moral: sensibilidad moral, motivación moral, juicio moral y coraje moral.
- La responsabilidad profesional y otras cuestiones éticas en Fisioterapia: confidencialidad, consentimiento informado, veracidad, secreto profesional.
- Las teorías éticas.
- Método para la resolución de situaciones éticas en Fisioterapia.

Tomando como punto de partida estos conocimientos básicos y teniendo en cuenta que temporalmente se disponía de dos meses y medio para su asimila-

II. Marco metodológico e investigación

ción, se elaboró un temario formado por seis unidades para su estudio *on-line*. La extensión de los temas era una de las cuestiones que preocupaba, pues se temía que si eran demasiado largos, dada la falta de costumbre en la lectura de este tipo de materias, se podría complicar el seguimiento del módulo. Por lo tanto, se procuró contuvieran solamente la información básica y necesaria.

Todos ellos presentaban al final una actividad relacionada con el mismo, así como un mapa conceptual. Los temas fueron los siguientes:

Tema 1: Introducción a la ética profesional. Conceptos básicos.

Tema 2: Ética profesional. Importancia de la ética profesional en Fisioterapia.

Tema 3: Los principios éticos profesionales.

Tema 4: El código ético y deontológico en Fisioterapia.

Tema 5: Situaciones éticas y aspectos legales en Fisioterapia.

Tema 6: Decisiones éticas en Fisioterapia.

Se plantearon también diferentes actividades de aprendizaje a los estudiantes, asociadas a cada uno de los temas estudiados. Estas actividades solicitaban del estudiante la resolución de cuestiones tan relacionadas con el contexto clínico real, tanto de manera individual, durante el primer cuatrimestre, como de manera grupal, durante las sesiones presenciales del segundo cuatrimestre.

A continuación se expone un resumen del contenido de cada uno de los temas, así como los objetivos de las actividades relacionadas⁴¹.

⁴¹Pueden consultarse los temas completos y las actividades relacionadas, en el anexo IX de esta tesis. Y en el anexo XI se expone un ejemplo de resolución de algunas de las actividades por parte de algunos de los estudiantes.

II. Marco metodológico e investigación

4.7.2.1. Tema 1. Introducción a la ética profesional. Conceptos básicos

El primer tema tenía como objetivo destacar la importancia del comportamiento ético en el entorno laboral; no solamente como medio para alcanzar la excelencia profesional, sino también por su repercusión en la consolidación y revalorización de la profesión. Se abordaron conceptos como los valores morales; se trataba de que los estudiantes conocieran el significado de “valor” y su relación con la personalidad. Entre todos los valores, los estudiantes debían comprender la importancia de los valores morales, por su carácter universal y por constituir la base sobre la que se fundamentan los Derechos Humanos; por tanto, sobre la que se construyen los principios que regulan la conducta humana. A continuación, se trató de aclarar en qué consiste un comportamiento ético, aludiendo a las principales teorías éticas y a los principios bioéticos. También se hizo referencia al nacimiento de la bioética en los años setenta y se dejó de manifiesto que, a partir de entonces, cualquier comportamiento ético profesional debía estar fundamentado en sus grandes principios. Así mismo, se explicó en este punto, la diferencia entre ética y moral, puesto que podría ser que estos dos términos les confundieran; aunque, a efectos de nuestro temario, ética y moral iban a utilizarse indistintamente a lo largo del curso. Con el objetivo de desembocar en el marco de la ética profesional y conocer su origen, se trató de aclarar su procedencia a partir de la bioética y ésta, a su vez, de la ética aplicada. Dada la íntima relación de la ética profesional con la bioética, se dedicó este tema también a clarificar los antecedentes, el concepto y el alcance de la misma, dejando de manifiesto que es la ciencia que regula el comportamiento humano en el campo de la vida y de la salud a la luz de los valores morales fundados en la dignidad de la persona humana (Lucas, 2003).

4.7.2.1.1. Actividad 1

Estaba compuesta por 5 cuestiones con las que se pretendía que los estudiantes comenzarán a manejar conceptos, clarificar cuáles eran sus valores personales, exponer los que consideraban importantes para la profesión y manifestar cómo de importante y necesario les parecía el comportamiento ético de los fisioterapeutas. Además, se iniciaba a los estudiantes en la búsqueda de situaciones no éticas en el entorno de sus prácticas clínicas.

4.7.2.2. Tema 2. Ética profesional. Importancia de la ética profesional en Fisioterapia

El objetivo de este tema era que los estudiantes comprendieran las razones por las cuales manifestar un comportamiento ético en Fisioterapia es algo inherente a la profesión. En la introducción se aportaban argumentos para respaldar esta idea, concluyendo el apartado con una frase de los profesores Vázquez y Escámez (2010), que afirmaba: *“Las prácticas profesionales éticas son uno de los flujos potentes para construir sociedades a la altura de la dignidad humana”*. Tras definir la ética profesional como la disciplina que tiene por objeto determinar el conjunto de responsabilidades éticas y morales que surgen en relación con el ejercicio de una profesión (Hortal, 2002) y establecer los pilares sobre los que se fundamenta (¿qué es ser un buen profesional?, ¿en qué consiste hacer bien el ejercicio profesional? y ¿qué principios rigen el comportamiento profesional?), se expusieron las tres dimensiones inseparables que la constituyen (Bermejo, 2002): teleológica (se pregunta cuál es el fin de la actividad profesional), deontológica (¿cuáles son las normas que se han de respetar?) y pragmática (¿cómo resolver los conflictos morales de la profesión?), para incidir en la idea de que la ética profesional no solamente debe relacionarse con el código deontológico. En

II. Marco metodológico e investigación

este sentido, también se establecieron sus diferencias con la deontología profesional, alegando que, a pesar de que son términos que se utilizan como sinónimos, la ética plantea la profesión en términos de principios morales mientras que la deontología lo hace en términos de normas y deberes, dejando ver que los principios morales son más genéricos que las normas. En el mismo apartado, pareció apropiado incidir en el tema de que, aunque la ética profesional en Fisioterapia es uno de los campos de estudio de la bioética, no todos los problemas de la bioética son el blanco de las preocupaciones de la Fisioterapia, por la propia naturaleza y alcance de nuestra profesión. Sin embargo, existen puntos de unión entre ambos, como el respeto a la intimidad, la información al paciente, la veracidad, el respeto al paciente y a los compañeros o la confidencialidad.

Otro de los conceptos que pareció importante asociar a la ética profesional en Fisioterapia, fue la ética del cuidado, considerando que, como otras Ciencias de la Salud, la Fisioterapia consiste en prestar cuidados a las personas y a los grupos humanos de un modo profesional y con una actitud de cuidar. También se recalcó la importancia de la ética profesional desde dos puntos de vista: en la Fisioterapia como profesión y en los estudios de Fisioterapia. En la Fisioterapia como profesión, la competencia ética es una de las competencias junto a las cognitivas, técnicas y sociales, que debe reunir un buen profesional y que van a ayudar al desarrollo de una profesión de calidad. Respecto a los estudios de Fisioterapia, se incidió en la importancia del papel que juega la Universidad en la formación de personas y de profesionales, es decir, en la formación integral del estudiante. Estos deben adquirir conocimientos sobre ética, métodos para pensar los problemas éticos e introducir claridad y coherencia en el pensamiento y el sistema de valores de cada uno (Hortal, 2002). Los estudiantes deben saber que es fundamental aprender a resolver conflictos de valores y a integrar estos en la toma de decisiones en Fisioterapia; de esta manera mejorará la calidad de sus

actuaciones profesionales y, a medida que vayan aportando un servicio a la sociedad, irán adquiriendo una personalidad ética.

4.7.2.2.1. Actividad 2

Esta actividad estaba formada por 6 cuestiones. La última de ellas, tenía como finalidad que los estudiantes continuaran asociando los conocimientos adquiridos hasta el momento, con la asistencia a sus prácticas clínicas, ya que se trataba de que estuvieran atentos durante su estancia en el hospital, para poder describir situaciones en las que les había parecido que surgía algún conflicto de valores. Con el resto de las cuestiones, se buscaba que el estudiante reflexionara en torno a la importancia de los comportamientos éticos y se cuestionara el fin legítimo de la profesión en la que se estaban formando, lo cual era muy importante que concretaran de cara a poder orientar sus actuaciones éticas.

4.7.2.3. Tema 3. Los principios éticos profesionales

Este tema trataba de exponer a los estudiantes aquellos principios éticos a los que se venían haciendo referencia a lo largo de los temas anteriores y que iban a constituir la base de sus comportamientos morales. Primero, se quiso establecer la diferencia entre valores, principios y normas, aportando una definición de cada concepto, a fin de que se comprendiera que los valores corresponden al nivel más elevado y genérico, mientras que las normas corresponden al nivel más concreto y específico de aplicación de un principio ético en una determinada situación. A continuación, se definieron los principios éticos como aquellos imperativos de tipo general que nos orientan acerca de qué hay de bueno y realizable en unas acciones y de malo y evitable en otras y, tras recordar que su origen se remonta a los años 70, se introdujeron los cuatro principios éticos básicos y sus

II. Marco metodológico e investigación

definiciones: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Además, tomando como referencia los principios que la World Confederation of Physical Therapy (WCPT) enunció en 1995, se expusieron en este apartado, los 8 principios éticos que rigen nuestra profesión, a expensas de ser adaptados a las particularidades de la Fisioterapia de cada país.

4.7.2.3.1. Actividad 3

Esta actividad estuvo formada por 6 cuestiones con las que se esperaba, fundamentalmente, que los estudiantes manejaran y reflexionaran en relación a algunos conceptos que encontrarían redactados en los principios éticos profesionales para, de esa manera, facilitar su comprensión y preparar el terreno para su discusión en las sesiones grupales del segundo cuatrimestre; también se instaba a los estudiantes a continuar alerta durante sus prácticas clínicas ante cualquier situación en la que los principios o valores éticos se vieran comprometidos.

4.7.2.4. Tema 4. El código ético y deontológico en Fisioterapia

El tema 4 tenía como objetivo aclarar en qué consiste, quién lo elabora y cuáles son las funciones de los códigos deontológicos en general, y el de fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana, en particular. El tema comenzaba haciendo referencia a los valores profesionales que, el código deontológico de los fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana, menciona en su artículo nº 8: respeto a la persona y protección de los derechos humanos, sentido de responsabilidad, honestidad, sinceridad, prudencia en la aplicación de instrumentos y técnicas, competencia profesional y solidez de la fundamentación

objetiva y científica de las intervenciones profesionales. Se aclaró que, de la misma manera que por el hecho de ser personas nos corresponde cumplir con los valores morales, debemos también cumplir una serie de valores inherentes al ejercicio de una profesión y que esos valores, como fisioterapeutas, los había establecido la American Physical Therapy Association (APTA) en 2002, y en cierta medida estaban reflejados en el artículo 8 de nuestro código deontológico. Se aclaró que las normas que se infieren de estos códigos, no solamente hacen referencia a su relación con los pacientes, sino también con los compañeros, las instituciones, otros profesionales y la sociedad. Se enunciaron un total de ocho funciones que abarcaban desde *“definir cuáles son los comportamientos profesionales aceptables en la asistencia, docencia, investigación y gestión”* hasta *“facilitar la resolución de conflictos éticos profesionales”*. Por último se trató de describir, de manera específica, el código deontológico que rige la profesión de Fisioterapia en la Comunidad Autónoma Valenciana.

4.7.2.4.1. Actividad 4

La actividad 4 la formaban 4 cuestiones cuyo objetivo era asegurar la lectura y el manejo de todos los valores, principios y normas en los que han de basarse las actuaciones profesionales en Fisioterapia, así como la relación que existe entre ellos. También se continuaba insistiendo en el reconocimiento de situaciones no éticas en el entorno de las prácticas clínicas.

4.7.2.5. Tema 5. Situaciones éticas y aspectos legales en Fisioterapia

El tema 5 se dedicó a aclarar la relación existente entre la ética profesional y la ley, alegando que las buenas prácticas profesionales han de ser éticas, pero también legales. Se hizo constar que las prácticas éticas están basadas en los valores

II. Marco metodológico e investigación

y principios éticos, mientras que las legales, lo están en las leyes y en las normas jurídicas. Es en medio de estas dos cuestiones donde se encuentran las normas de los códigos deontológicos, ya que, queriendo resultar un compendio de buenas prácticas éticas, su incumplimiento es sancionable por el colegio profesional. Pero la responsabilidad ética es distinta de la legal y por lo tanto el incumplimiento de un principio ético no es sancionable como lo es el incumplimiento de la ley. Las leyes establecen los mínimos necesarios para la convivencia, pero la ética marca los máximos convenientes para el logro de la excelencia y de lo mejor.

En la segunda parte de este tema, se quiso recalcar la idea de que no todas las situaciones que se presentan a los fisioterapeutas son grandes dilemas bioéticos como en profesiones como la Medicina, sino que en la práctica se pueden encontrar situaciones aparentemente más sencillas, pero que exigen un comportamiento responsable y ético que guíe al fisioterapeuta hacia la búsqueda de la solución más adecuada en cada momento. Así pues, se explicaron las diferencias entre las distintas situaciones éticas: el problema ético, el dilema moral, el estrés moral, la tentación moral y el silencio, puesto que reconocer y definir el tipo de situación ética, iba a formar parte del primer paso para la toma de decisiones.

4.7.2.5.1. Actividad 5

La actividad correspondiente al tema 5 estaba formada por una única cuestión, en la que se buscaba que los estudiantes fueran capaces de describir situaciones éticas diferentes. Se consideró que ya podrían estar preparados para saber reconocerlas y diferenciarlas en el entorno de sus prácticas clínicas.

4.7.2.6. Tema 6. Decisiones éticas en Fisioterapia

El último de los temas, proporcionaba un método para la toma de decisiones éticas. Se insistió en el hecho de que aplicar un método formado por una serie de etapas bien delimitadas, les ayudaría a afrontar las situaciones con responsabilidad y a encontrar la solución más adecuada. De los diferentes métodos para la toma de decisiones éticas en las Ciencias de la Salud, elegimos el método RIPS (Realm Individual-Process Situation), elaborado específicamente por fisioterapeutas para tratar de resolver problemas éticos específicos de la profesión (Swisher *et al.*, 2005), debido a que lo consideramos de gran valor didáctico. Expusimos y desarrollamos cada una de las etapas del modelo: (1) reconocimiento y definición la situación ética, (2) reflexión, (3) decisión de lo correcto, (4) implementación, evaluación y reevaluación.

Para la adecuada utilización del método, se hizo necesario explicar a los estudiantes las diferencias entre los cuatro componentes del comportamiento moral de Rest *et al.* (1999): sensibilidad moral, juicio moral, motivación moral, coraje moral, y el añadido por Kornblau y Starling (2000), el fracaso moral, para que fueran comprendiendo qué requiere de ellos en cada momento, la situación ética dada.

El método se complementó con la aportación de Diego Gracia (2001), quien establece un “enfoque mixto” para la toma de decisiones: partiendo de los principios éticos básicos, tiene en cuenta las consecuencias de las acciones morales, las cuales deben considerar los intereses de las partes implicadas; y una *jerarquía de principios*, entendida como “*criterio para determinar cuáles son las mejores consecuencias*” en caso de dilema moral. Esta jerarquía coloca el principio de no maleficencia y justicia, por encima del de autonomía y beneficencia, lo cual se corresponde con los dos ámbitos de vida definidos por Cortina (Cortina, 1996): el nivel de *mínimos morales*, regido por los principios de no maleficencia y

de justicia, y el nivel de *máximos morales* regido por los principios de autonomía y beneficencia.

4.7.2.6.1. Actividad 6

Finalmente, la tarea relacionada con la actividad 6 la formaba una única cuestión práctica, cuyo objetivo era que los estudiantes aplicaran el método de resolución de casos éticos explicado durante el tema correspondiente, a una de las dos situaciones planteadas y fueran capaces de proponer cursos correctos de acción ante las mismas.

4.7.3. Sesiones grupales

Se planificaron un total de seis sesiones grupales que tuvieron lugar durante el segundo cuatrimestre, en el aula. Para organizar el desarrollo de estas sesiones, se procedió a dividir la totalidad del grupo experimental en cuatro subgrupos de entre 15 y 18 estudiantes. Para el trabajo en el aula, los estudiantes de cada subgrupo se dividieron en cuatro pequeños grupos de trabajo formados por 4 ó 5 de ellos. A cada uno de estos grupos de trabajo reducidos, se le asignó el nombre de uno de los principios éticos básicos (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia); ese nombre se mantuvo durante todo el periodo, con el objetivo de que los tuvieran siempre presentes. Para favorecer el debate y la reflexión a lo largo de las sesiones, se les proporcionaba a los estudiantes lecturas complementarias a través del apartado “Recursos” del Aula Virtual de la Universitat, relacionadas con las principales cuestiones éticas en Fisioterapia.

Los estudiantes fueron alentados a desarrollar sus habilidades de discusión y se les advirtió que ésta era su oportunidad de presentar y defender una posición y ganar confianza antes de enfrentarse a la realidad de la práctica clínica.

4.7.3.1. Primera sesión grupal

Durante la primera sesión, dado que se trataba del primer encuentro con los estudiantes tras la primera parte del módulo, se aprovechó para explicar a cada subgrupo en qué iba a consistir el trabajo del siguiente periodo. Se consideró, así mismo, que era una buena oportunidad para mostrarles los resultados de algunas de sus actividades del cuatrimestre anterior, por su interés para el desarrollo de las sesiones prácticas que se iban a iniciar. Así que se expusieron, de manera gráfica, los resultados de analizar las diferentes situaciones éticas que habían presenciado durante las prácticas clínicas del primer cuatrimestre y que habían aportado en sus actividades.

A continuación se inició un sencillo trabajo en grupos reducidos. Cada uno de ellos debía trabajar de manera independiente sobre la conceptualización y el alcance del principio ético básico que daba nombre al grupo; posteriormente, debían exponerlo al resto de la clase y establecer así un pequeño debate respecto a cuál consideraban que era su importancia relativa. El trabajo iba enfocado a comprender la diferencia entre los principios éticos básicos y su clasificación dentro de una ética de mínimos y de máximos, lo cual les sería de gran utilidad en las sesiones sucesivas.

4.7.3.2. Segunda y tercera sesión grupal

Las dos sesiones siguientes tuvieron como objetivo que los estudiantes aprendieran a reconocer situaciones no éticas frecuentes, en un entorno de trabajo simulado. Para ello, se utilizó la técnica de participación activa, *juego de rol*.

En la segunda sesión, se recreó una situación en un entorno profesional privado, donde el fisioterapeuta se enfrentaba a la realidad de unas condiciones de trabajo donde le era muy difícil defender el bien legítimo de la profesión, que es procurar el bien del paciente, viéndose obligado a actuar, por motivos personales, en contra de sus propios principios y valores. Se trataba de que los estudiantes reconocieran situaciones en las que los siguientes valores se veían amenazados: responsabilidad profesional, fundamentación objetiva y científica de las intervenciones, sinceridad, honestidad, justicia, autonomía y respeto.

Fue una representación en 4 escenas, en las que participaron un total de 6 estudiantes voluntarios, quienes debían asumir el rol de un miembro de un equipo multidisciplinar de salud. A estos estudiantes se les proporcionó un sencillo guión en el que se les facilitaba información respecto al carácter, personalidad y modo de actuar de cada uno de ellos (ver anexo VII). Los demás estudiantes debían anotar, de manera individual, qué conductas no éticas observaban durante la representación. Al final de la misma, debían poner en común con su grupo sus anotaciones y elaborar un documento único que posteriormente sería discutido con el resto de grupos. El papel de la profesora responsable, era ir aportando los conceptos necesarios, guiando, moderando y suscitando la reflexión en el debate.

En la tercera sesión se planteó un segundo juego de rol, pero esta vez se trataba de una situación habitual en el contexto de un hospital público: a pesar de la reconocida competencia profesional de un fisioterapeuta, éste no es consciente

de la responsabilidad que le corresponde como profesional de la salud en temas relacionados con la información que debe o no proporcionar a los pacientes, el grado de sinceridad, en qué condiciones debe o no guardar un secreto, respetar la decisión del paciente sobre ser o no tratado, o la responsabilidad que tiene sobre un paciente cuando no es “su paciente”, sino de su compañero.

En este caso, se requirieron 5 estudiantes voluntarios; uno sería el fisioterapeuta y los otros cuatro, pacientes supuestamente ingresados en un hospital, con diferentes necesidades de atención fisioterápica (ver anexo VII).

Se trataba de que el resto de estudiantes reconocieran situaciones en las que los siguientes valores se veían amenazados: derecho a la información, secreto profesional, derecho a la intimidad, deber de confidencialidad, el principio de autonomía y responsabilidad profesional.

De la misma manera que en la sesión anterior, tras la representación, se inició un debate entre los diferentes grupos, coordinado por la profesora.

4.7.3.3. Cuarta y quinta sesión grupal

En las dos siguientes sesiones se utilizó el método de análisis de casos. Los estudiantes debían poner en práctica el método de resolución de casos éticos que estudiaron en el tema 6 (método RIPS, de Swisher *et al.*, 2005), ante una situación presentada por la profesora. Tras haber trabajado la sensibilidad moral de los estudiantes en las sesiones anteriores, el objetivo era ir más allá en el proceso de razonamiento ético de los estudiantes, tratando de plantear diferentes opciones para los casos planteados, estimulando el resto de componentes del comportamiento moral (el juicio moral y la motivación moral).

II. Marco metodológico e investigación

En la cuarta sesión se expuso el caso “Adolescente embarazada” (ver anexo VIII) y los estudiantes, por grupos, debían tratar de aplicar el método estudiado, permitiendo un periodo de debate posterior, guiado y moderado por la profesora.

En la quinta sesión, como en la anterior, se les expuso el caso “Reclamación injusta” (ver anexo VIII), con el mismo objetivo y el mismo procedimiento que la sesión anterior.

4.7.3.4. Sexta sesión grupal

En la sexta y última sesión también se utilizó el método de análisis de casos, pero esta vez era cada pequeño grupo quien debía llevar preparado un caso real, de los vividos en las prácticas clínicas. Tendrían que exponerlo al resto de la clase, y también los pasos seguidos para su resolución mediante el método estudiado.

El objetivo de esta sesión era, por un lado, valorar si efectivamente sabían reconocer con mayor facilidad situaciones éticas en el entorno de trabajo, y por otro, observar si sabían aplicar por ellos mismos el método de resolución de casos éticos, sin ayuda de la profesora. El hecho de saber con suficiente anterioridad que debían presentar un caso por ellos mismos, les hizo procurar encuentros entre los miembros del grupo durante el segundo cuatrimestre, en los que comentar cuál de los vividos convenía más al grupo; es decir, se pensó que de esa manera se fomentaría que los estudiantes hablaran de temas éticos entre ellos y que esto no resultara tan extraño como lo había sido hasta entonces.

4.7.4. Temporización

En este apartado se expone el modo como se organizó temporalmente la asignatura *Estancias Clínicas III piloto*, a lo largo del curso.

4.7.4.1. Primer cuatrimestre. Modalidad virtual

Durante el primer cuatrimestre, entre los días 8 de octubre y 22 de diciembre, se utilizó un método de trabajo individual y no presencial, con el soporte del Aula Virtual de la Universitat de València. El objetivo durante este periodo era, a parte de desarrollar determinados aspectos de la competencia ética, introducir por primera vez a los estudiantes en el tema proporcionándoles una base teórica suficiente que les facilitara acudir a las sesiones grupales del segundo cuatrimestre y participar de manera activa en las actividades que iban a tener lugar. Esta base teórica se concretó en los seis temas que se han descrito anteriormente, los cuales iban siendo publicados en el apartado “Recursos” del Aula Virtual, siguiendo una temporización publicada con anterioridad en la guía docente de la asignatura. Los estudiantes debían responsabilizarse de leerlos y de utilizar el correo electrónico de la profesora responsable, para cualquier pregunta o aclaración que necesitaran. En la tabla 21 se expone la temporización de los temas teóricos y de las actividades correspondientes:

Tabla 21. Temporización de los temas teóricos del primer cuatrimestre

Tema	Título	Fecha de publicación en Aula Virtual	Fecha de entrega de la actividad correspondiente
Tema 1	Introducción a la ética profesional. Conceptos básicos.	8 de octubre	23 de octubre
Tema 2	Ética profesional. Importancia de la ética profesional en Fisioterapia.	24 de octubre	2 de noviembre
Tema 3	Los principios éticos profesionales.	3 de noviembre	15 de noviembre
Tema 4	El código ético y deontológico en Fisioterapia.	16 noviembre	28 de noviembre
Tema 5	Situaciones éticas y aspectos legales en Fisioterapia.	29 noviembre	10 de diciembre
Tema 6	Decisiones éticas en Fisioterapia.	11 diciembre	22 de diciembre

Al final de cada tema, se presentaba la *actividad* relacionada, formada por varias cuestiones que el estudiante tendría que resolver de manera individual y enviar al apartado “Actividades” del Aula Virtual, antes del cumplimiento del plazo establecido. En ese tiempo, el estudiante debía leer el tema con atención, hacer cualquier pregunta a través del correo electrónico sobre las dudas que le pudieran surgir, responder a las cuestiones y entregarlas de la manera establecida y previamente explicada con detalle en la guía docente de la asignatura. Una vez recibidas todas las respuestas, éstas eran corregidas de manera independiente por dos profesoras, quienes aplicaban los criterios de evaluación previamente establecidos (ver apartado 4.7.5. “Sistema de evaluación”). Posteriormente, tras unificar las calificaciones, se le enviaba un email personalizado a cada uno de los estudiantes, con las reflexiones que se consideraban oportunas y necesarias para la comprensión de los contenidos. En algunas ocasiones, estos emails daban pie a nuevas preguntas que incitaban al debate y a la aportación de nuevos comentarios por parte de los estudiantes.

A continuación, la calificación de cada actividad era publicada en el apartado “Actividades” del Aula Virtual, de forma individual y confidencial.

4.7.4.2. Segundo cuatrimestre. Modalidad presencial

Se organizaron seis sesiones en grupo, para trabajar de manera presencial en el aula. Para ello, se dividieron a todos los estudiantes del grupo experimental en 4 subgrupos formados entre 15 y 18 estudiantes. En un periodo comprendido entre el 1 de febrero y el 4 de mayo, cada subgrupo asistía a una hora de sesión presencial en semanas alternas, recibiendo cada uno de ellos, el nombre del día de la semana y del orden en que debían asistir a clase (tabla 22):

Tabla 22. Temporización de las sesiones prácticas del segundo cuatrimestre

Grupo	Fecha de las sesiones grupales
Subgrupo Martes 1	1 febrero - 15 febrero - 1 marzo - 22 marzo - 5 abril - 19 abril
Subgrupo Miércoles 1	2 febrero - 16 febrero - 2 marzo - 23 marzo - 6 abril - 20 abril
Subgrupo Martes 2	8 febrero - 22 febrero - 8 marzo - 29 marzo - 12 abril - 3 mayo
Subgrupo Miércoles 2	9 febrero - 23 febrero - 9 marzo - 30 marzo - 13 abril - 4 mayo

En total, cada subgrupo asistió a seis sesiones grupales de una hora de duración, en las que se trabajaba con técnicas de participación activa en grupos reducidos de 4 ó 5 estudiantes. Cada sesión, por lo tanto, debía repetirse cuatro veces, a razón de dos por semana. La evaluación de los estudiantes durante las sesiones grupales era realizada por dos profesoras, que actuaban de observadoras y registraban en diferentes fichas (ver tabla 25, apartado 4.7.5), la participación de los estudiantes y otros criterios previamente establecidos.

Finalmente, cada pequeño grupo debía elaborar una memoria final en la que se reflejara todo lo trabajado a lo largo del segundo periodo. Al finalizar el cuatrimestre, la tendrían que enviar, a través del Aula virtual, a la profesora responsable para su corrección, ya que tanto la participación en los grupos de trabajo como la elaboración de la memoria final, formaban parte de la nota final de la asignatura *Estancias Clínicas III*, piloto. La evaluación de la memoria final, la llevaron a cabo de manera independiente la profesora de ética y otra profesora más, quienes aplicaron los criterios establecidos para esta tarea (En el anexo XII puede verse un ejemplo de una de las memorias finales realizada por uno de los grupos de estudiantes).

Finalmente, en el plazo convenido por la Universidad, se publicaron las notas medias que todos los estudiantes habían obtenido en la asignatura, resultado de combinar la calificación del módulo de ética profesional con la de las prácticas clínicas, en la proporción que se había establecido al diseñar el sistema de evaluación de la asignatura.

4.7.5. Sistema de evaluación

Para la evaluación de la competencia ética se siguió un modelo formativo-educativo (ver apartado 2.2.2.5. *La evaluación de las competencias*). Las actividades de aprendizaje diseñadas para su evaluación, se describen en el apartado 4.7.

Los resultados de aprendizaje que se establecieron como criterios para el desarrollo de dicha competencia, se muestran en la segunda columna de la tabla 23. En esta tabla, se concretan también las actividades que se diseñaron para la evaluación de cada uno de esos resultados. Así mismo, se especifican los componentes de la competencia que se desarrollarían con cada una de ellas (cognitivo, actitudinal y procedimental) así como los indicadores de la rúbrica que se aplicarían para su evaluación (tabla 24). En las últimas columnas, cada evaluadora, de manera independiente, reflejaría la calificación correspondiente, resultado de aplicar los indicadores de la rúbrica y, finalmente, la última columna, recogería la nota media obtenida de promediar las calificaciones de ambas evaluadoras.

Tabla 23. Valoración de los resultados de aprendizaje

Unidad	Resultados de aprendizaje	Actividad de evaluación	Aspectos a evaluar			Indicadores de la rúbrica	Nota Prof. 1	Nota Prof. 2	Nota media
			C	P	A				
Unidad 1	Maneja conceptos, clarifica sus valores personales, identifica los valores importantes para la profesión y manifiesta cómo de importante y necesario es el comportamiento ético de los fisioterapeutas. Reconoce situaciones no éticas en el entorno de las prácticas.	A1.1	Δ	Δ	Δ	1,2,3,4			
		A1.2	Δ	Δ	Δ				
		A1.3	Δ	Δ	Δ				
		A1.4	Δ	Δ	Δ				
		A1.5	Δ	Δ	Δ				
Nota media actividad 1									
Unidad 2	Conoce la importancia de los comportamientos éticos, conoce el fin legítimo de la profesión y reconoce situaciones no éticas en las prácticas clínicas.	A2.1	Δ	Δ	Δ	1,2,3,4			
		A2.2	Δ	Δ	Δ				
		A2.3	Δ	Δ	Δ				
		A2.4	Δ	Δ	Δ				
		A2.5	Δ	Δ	Δ				
		A2.6	Δ	Δ	Δ				
Nota media actividad 2									
Unidad 3	Conoce los principios éticos profesionales y comprende el significado de los conceptos relacionados. Reconoce situaciones no éticas en el entorno de las prácticas.	A3.1	Δ	Δ	Δ	1,2,3,4			
		A3.2	Δ	Δ	Δ				
		A3.3	Δ	Δ	Δ				
		A3.4	Δ	Δ	Δ				
		A3.5	Δ	Δ	Δ				
		A3.6	Δ	Δ	Δ				
Nota media actividad 3									
Unidad 4	Conoce y diferencia los valores, principios y normas en los que han de basarse las actuaciones pro-	A4.1	Δ	Δ	Δ	1,2,3,4			
		A4.2	Δ	Δ	Δ				
		A4.3	Δ	Δ	Δ				

II. Marco metodológico e investigación

	fesionales en Fisioterapia. Reconoce situaciones no éticas en el entorno de las prácticas.	A4.4	Δ	Δ	Δ				
Nota media actividad 4									
Unidad 5	Reconoce, describe y distingue las diferentes situaciones no éticas durante las prácticas clínicas.	A5.1	Δ	Δ	Δ	1,2,3,4			
Nota media actividad 5									
Unidad 6	Aplica correctamente el método de resolución de casos éticos a la situación planteada.	A6.1	Δ	Δ	Δ	1,2,4,5			
Nota media actividad 6									
Nota media bloque A									
Sesión 1.	Comprende la diferencia entre los principios éticos básicos.	S1	Δ	Δ	Δ	1,2,6			
Nota media sesión 1									
Sesión 2.	Reconoce situaciones reales no éticas en un entorno de trabajo simulado.	S2	Δ	Δ	Δ	1,2,6,7			
Sesión 3.		S3	Δ	Δ	Δ	1,2,6,7			
Nota media sesiones 2 y 3									
Sesión 4.	Aplica correctamente el método de análisis de casos éticos a diferentes situaciones	S4	Δ	Δ	Δ	1,2,5,6			
Sesión 5.		S5	Δ	Δ	Δ	1,2,5,6			
Nota media sesiones 4 y 5									
Sesión 6.	Elabora y expone correctamente la aplicación de un método estructurado de resolución de casos a una situación ética. Aporta nuevas situaciones no éticas procedentes de las prácticas.	S6	Δ	Δ	Δ	1,2,3,5,6,8			
Nota media sesión 6									

Memoria	Elabora correctamente una memoria de las sesiones grupales.	M	Δ	Δ	Δ	1,2,3,4,5,7			
Nota media memoria									
Nota media bloque B									

C: componente cognitivo; P: componente procedimental; A: componente actitudinal.

La rúbrica⁴² que se diseñó para la evaluación de los diferentes resultados de aprendizaje, estaba formada por 8 indicadores y 4 criterios, tal y como puede apreciarse en la siguiente tabla:

Tabla 24. Rúbrica para la evaluación de la competencia ética

Rúbrica				
Indicadores	Criterios			
	Excelente (9-10)	Notable (7-8)	Suficiente (5-6)	Debe mejorar (4)
1. Comprensión de los conceptos	Comprende todos los conceptos e ideas y los relaciona entre sí o con ejemplos	Comprende los conceptos e ideas, pero no los relaciona entre sí ni con ejemplos	Comprende alguno de los conceptos	No comprende los conceptos
2. Aportaciones personales	Manifiesta opiniones personales reflejando sus propias ideas y valores y relacionándolas con lo aprendido	Manifiesta opiniones personales, basadas en sus propias ideas y valores sin relacionarlas con lo aprendido	Manifiesta opiniones personales sin argumentaciones	No manifiesta opiniones personales

⁴² La rúbrica es una tabla de doble entrada donde se describen criterios y niveles de calidad de cierta tarea, objetivo o competencia en general, de complejidad alta (Pellicer y Ortega, 2010: 135).

II. Marco metodológico e investigación

3. Reconocimiento de situaciones no éticas en el entorno de las prácticas	Reconoce más de una situación no ética en el entorno de las prácticas clínicas y sabe explicar por qué no lo son	Reconoce una situación no ética en el entorno de las prácticas clínicas y sabe explicar por qué no lo es	Reconoce una situación no ética en el entorno de las prácticas clínicas pero no sabe explicar por qué no lo es	No es capaz de reconocer situaciones no éticas en el entorno de las prácticas
4. Contenido y forma del trabajo escrito	La estructura del trabajo es adecuada, utiliza correctamente el vocabulario y cumple con las reglas sintácticas y ortográficas	La estructura del trabajo es adecuada, pero tiene algunas faltas sintácticas u ortográficas	La estructura del trabajo es aceptable y además comete alguna falta ortográfica	El trabajo está desestructurado. No utiliza adecuadamente el vocabulario ni cumple con las reglas sintácticas y ortográficas
5. Aplicación del método estructurado de resolución de casos éticos	Aplica correctamente las etapas del método estructurado de resolución de casos éticos y plantea una solución éticamente aceptable	Aplica correctamente las etapas del método estructurado de resolución de casos éticos, pero tiene dificultad para plantear una solución éticamente aceptable	Aplica el método estructurado de resolución de casos éticos, pero tiene alguna dificultad para reconocer a los agentes implicados en la situación o en elegir la opción correcta	No es capaz de aplicar correctamente el método estructurado de resolución de casos éticos
6. Participación en el grupo	Ha participado muy activamente aportando nuevas ideas y haciendo observaciones muy interesantes	Ha participado activamente haciendo observaciones	Ha participado discretamente con alguna observación	No ha participado durante la sesión de trabajo grupal
7. Reconocimiento de situaciones no éticas en un	Reconoce todas las situaciones no	Reconoce alguna situación no ética	Reconoce una situación no ética en un en-	No es capaz de reconocer situaciones no

II. Marco metodológico e investigación

entorno simulado	éticas en un entorno simulado y sabe argumentar y razonar por qué no lo son	en un entorno simulado y saben explicar por qué no lo son	torno simulado pero no sabe explicar por qué no lo es	éticas en un entorno simulado
8.Presentación oral	Expone de forma organizada con una secuencia lógica y ordenada entre cada una de las partes y con apoyo audiovisual	Expone de forma organizada con una secuencia lógica y ordenada entre cada una de las partes, sin apoyo audiovisual	Expone de manera medianamente organizada, con o sin apoyo audiovisual	Expone de manera desorganizada, sin una secuencia lógica y ordenada entre cada una de las partes

En las sesiones grupales (S1 a S6), además de la profesora de ética, estaban presente dos profesoras más, quienes se ocuparían de la observación y evaluación de los estudiantes mediante la aplicación de los indicadores correspondientes de la rúbrica, a los miembros de los dos grupos que previamente se les había asignado y procurando que éstos no fueran los mismos en cada sesión. La ficha que se utilizaba para la recogida de esta información, era la siguiente:

Tabla 25. Ficha para el registro de notas durante las sesiones en grupo

Sesión nº:									
Nombre del alumno	Indicadores								Calificación
	1	2	3	5	6	7	8		
Nombre del grupo:									
Profesora evaluadora:									

II. Marco metodológico e investigación

Como se ha comentado anteriormente, la evaluación de la memoria también fue realizada por dos profesoras, quienes aplicaron los indicadores correspondientes de la rúbrica. A continuación se muestra un cuadro resumen de las actividades de aprendizaje y los indicadores de la rúbrica con los que se evaluaron:

Tabla 26. Cuadro resumen de las actividades de aprendizaje y los indicadores de la rúbrica con los que se evaluaron

RÚBRICA		Indicadores de evaluación							
		1	2	3	4	5	6	7	8
ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE	1.1	Δ	Δ	Δ	Δ				
	1.2	Δ	Δ	Δ	Δ				
	1.3	Δ	Δ	Δ	Δ				
	1.4	Δ	Δ	Δ	Δ				
	1.5	Δ	Δ	Δ	Δ				
	2.1	Δ	Δ	Δ	Δ				
	2.2	Δ	Δ	Δ	Δ				
	2.3	Δ	Δ	Δ	Δ				
	2.4	Δ	Δ	Δ	Δ				
	2.5	Δ	Δ	Δ	Δ				
	2.6	Δ	Δ	Δ	Δ				
	3.1	Δ	Δ	Δ	Δ				
	3.2	Δ	Δ	Δ	Δ				
	3.3	Δ	Δ	Δ	Δ				
	3.4	Δ	Δ	Δ	Δ				
	3.5	Δ	Δ	Δ	Δ				
	3.6	Δ	Δ	Δ	Δ				
	4.1	Δ	Δ	Δ	Δ				
	4.2	Δ	Δ	Δ	Δ				
	4.3	Δ	Δ	Δ	Δ				
4.4	Δ	Δ	Δ	Δ					
5.1	Δ	Δ	Δ	Δ					

II. Marco metodológico e investigación

	6.1	Δ	Δ		Δ	Δ			
	S1	Δ	Δ				Δ		
	S2	Δ	Δ				Δ	Δ	
	S3	Δ	Δ				Δ	Δ	
	S4	Δ	Δ			Δ	Δ		
	S5	Δ	Δ			Δ	Δ		
	S6	Δ	Δ	Δ		Δ	Δ		Δ
	Memoria	Δ	Δ	Δ	Δ	Δ		Δ	

En el Aula Virtual de la UV, para que los estudiantes estuvieran al corriente de los resultados de sus calificaciones a lo largo del curso, se diseñó un sistema de evaluación personalizado y totalmente confidencial, donde se iban trasladando los resultados de las evaluaciones de cada actividad (las actividades de ética realizadas por el grupo experimental y los casos clínicos realizados por el grupo control), así como las calificaciones que iban obteniendo ambos grupos en sus rotaciones prácticas, puesto que todo formaba parte de la misma asignatura. Se procuró que el sistema de evaluación fuera similar para ambos grupos (experimental y control).

En la siguiente tabla se exponen las actividades evaluadas en cada grupo, así como el porcentaje que representaban respecto de la nota final de la asignatura:

Tabla 27. Sistema de evaluación de la asignatura Estancias Clínicas III, en el grupo experimental y control

Grupo experimental			Grupo control		
Actividad	Detalle de la actividad	% nota final	Actividad	Detalle de la actividad	% nota final
Evaluación de las prácticas clínicas hospitalarias	Cuatro rotaciones (25% cada una)	70%	Evaluación de las prácticas clínicas hospitalarias	Cuatro rotaciones (25% cada una)	70%

II. Marco metodológico e investigación

Evaluación de las Actividades de aprendizaje bloque A	Seis actividades individuales (16,6% cada una)	15%	Evaluación de los casos prácticos del primer cuatrimestre	Cuatro casos prácticos individuales (25% cada uno)	15%
Evaluación de las Actividades de aprendizaje bloque B	Desarrollo de las sesiones (50%) y Memoria final en grupo (50%).	15%	Evaluación del trabajo grupal del segundo cuatrimestre	Elaboración del trabajo (50%) y exposición en grupo (50%).	15%

El aspecto que presentaba la interface del Aula Virtual en el entorno del profesor, en el apartado de “Evaluación de tareas”, era el siguiente:

Figura 11. Interface del apartado "Tareas con evaluación" del Aula Virtual de la Universitat de València, para la asignatura Estancias Clínicas III, en el grupo experimental

Tareas con Evaluación

- Administrar mis Tipos de Tareas Asignadas
- Ver notas de alumnos
- Puede activar un aviso por correo para Tareas con Evaluación.

PRACTICAS CLINICAS (70% de la Puntuación Total) -Agregar -Editar la escala de Puntuación

Nombre	VALOR DE PUNTOS	Ponderación:	SOLUCIÓN	NOTA
ROTACION 1	10	25.00%		Evaluar Editar Borrar
ROTACION 2	10	25.00%		Evaluar Editar Borrar
ROTACION 3	10	25.00%		Evaluar Editar Borrar
ROTACION 4	10	25.00%		Evaluar Editar Borrar
PRACTICAS CLINICAS TOTALES:	40.0 pts.	100.00 %	(de un 100% posible PRACTICAS CLINICAS)	

GRUPOS DE TRABAJO (15% de la Puntuación Total) -Agregar -Editar la escala de Puntuación

Nombre	VALOR DE PUNTOS	Ponderación:	SOLUCIÓN	NOTA
MEMORIA	10	50.00%	Subir Solución	Evaluar Editar Borrar
PARTICIPACIÓN	10	50.00%		Evaluar Editar Borrar
GRUPOS DE TRABAJO TOTALES:	20.0 pts.	100.00 %	(de un 100% posible GRUPOS DE TRABAJO)	


ACTIVIDADES (15% de la Puntuación Total) -Agregar -Editar la escala de Puntuación

Nombre	VALOR DE PUNTOS	Ponderación:	SOLUCIÓN	NOTA
ACTIVIDAD 1	10	16.67%	Subir Solución	Evaluar Editar Borrar
ACTIVIDAD 2	10	16.67%	Subir Solución	Evaluar Editar Borrar
ACTIVIDAD 3	10	16.67%	Subir Solución	Evaluar Editar Borrar
ACTIVIDAD 4	10	16.67%	Subir Solución	Evaluar Editar Borrar
ACTIVIDAD 5	10	16.67%	Subir Solución	Evaluar Editar Borrar
ACTIVIDAD 6	10	16.65%	Subir Solución	Evaluar Editar Borrar
ACTIVIDADES TOTALES:	60.0 pts.	100.00 %	(de un 100% posible ACTIVIDADES)	

Fuente: Aula Virtual de la Universitat de València

II. Marco metodológico e investigación

Figura 12. Interface del apartado "Tareas con evaluación" del Aula Virtual de la Universitat de València, para la asignatura Estancias Clínicas III, en el grupo control

 Puede activar un aviso por correo para Tareas con Evaluación.

TRABAJO GRUPAL (15% de la Puntuación Total) Agregar Editar la escala de Puntuación

Nombre ▲	VALOR DE PUNTOS ⇅	Ponderación: ⇅	SOLUCIÓN	NOTA
ESCRITO	10	50.00%		Evaluar Editar Borrar
EXPOSICION	10	50.00%		Evaluar Editar Borrar
TRABAJO GRUPAL TOTALES:	20.0 pts.	100.00 %	(de un 100% posible TRABAJO GRUPAL)	

PRACTICAS CLINICAS (70% de la Puntuación Total) Agregar Editar la escala de Puntuación

Nombre ▲	VALOR DE PUNTOS ⇅	Ponderación: ⇅	SOLUCIÓN	NOTA
ROTACION 1	10	25.00%		Evaluar Editar Borrar
ROTACION 2	10	25.00%		Evaluar Editar Borrar
ROTACION 3	10	25.00%		Evaluar Editar Borrar
ROTACION 4	10	25.00%		Evaluar Editar Borrar
PRACTICAS CLINICAS TOTALES:	40.0 pts.	100.00 %	(de un 100% posible PRACTICAS CLINICAS)	


CASOS PRACTICOS (15% de la Puntuación Total) Agregar Editar la escala de Puntuación

Nombre ▲	VALOR DE PUNTOS ⇅	Ponderación: ⇅	SOLUCIÓN	NOTA
CASO 1	10	25.00%	Subir Solución	Evaluar Editar Borrar
CASO 2	10	25.00%	Subir Solución	Evaluar Editar Borrar
CASO 3	10	25.00%	Subir Solución	Evaluar Editar Borrar
CASO 4	10	25.00%	Subir Solución	Evaluar Editar Borrar
CASOS PRACTICOS TOTALES:	40.0 pts.	100.00 %	(de un 100% posible CASOS PRACTICOS)	

Fuente: Aula Virtual de la Universitat de València

En la siguiente figura se muestra el aspecto de la ficha de evaluación de uno de los estudiantes, tal y como aparecía en el Aula Virtual:

Figura 13. Aspecto de la ficha de evaluación de un estudiante del grupo experimental en el Aula Virtual de la Universitat de València

Alumno:  Jesus ASIGNATURA: GRUPO A Volver

Datos Personales | Comentarios privados | Notas | PRACTICAS CLINICAS | ACTIMDADES | GRUPOS DE TRABAJO

Listado Notas Nota Media : 8.35

Bloque : PRACTICAS CLINICAS (70%) [Media: 7.75] (3.14)						
Anotación	Última Modificación	Comentario	Fichero	Nota	Activa	Acción
ROTACIÓN 1	2011-07-04 21:50			8.00 / 10.00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ROTACIÓN 2	2011-07-04 21:50			8.38 / 10.00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ROTACIÓN 3	2011-07-04 21:50			7.88 / 10.00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ROTACIÓN 4	2011-07-04 21:50			7.00 / 10.00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloque : ACTIVIDADES (15%) [Media: 9.38] (1.41)						
Anotación	Última Modificación	Comentario	Fichero	Nota	Activa	Acción
ACTIVIDAD 1	2011-07-04 21:50			8.00 / 10.00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACTIVIDAD 2	2011-07-04 21:51			9.00 / 10.00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACTIVIDAD 3	2011-07-04 21:51			9.50 / 10.00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACTIVIDAD 4	2011-07-04 21:51			10.00 / 10.00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACTIVIDAD 5	2011-07-04 21:51			9.75 / 10.00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACTIVIDAD 6	2011-07-04 21:52			10.00 / 10.00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloque : GRUPOS DE TRABAJO (15%) [Media: 10.00] (1.50)						
Anotación	Última Modificación	Comentario	Fichero	Nota	Activa	Acción
MEMORIA	2011-07-04 21:52			10.00 / 10.00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PARTICIPACIÓN	2011-07-04 21:52			10.00 / 10.00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fuente: Aula Virtual de la Universitat de València. El apartado "comentarios" está vacío, puesto que dada su extensión, éstos eran enviados al estudiante a través del correo electrónico.

4.8. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES Y TRATAMIENTO DE DATOS

En el presente apartado, se detalla el modo como se realizó el análisis de los resultados del estudio. También se describen las diferentes variables que se tuvieron en cuenta para realizar dicho análisis.

4.8.1. Descripción de variables analizadas

Las variables del estudio fueron las siguientes: actitudes ante la ética profesional en los estudios de Fisioterapia (medidas mediante el CAEPFIS), conocimientos sobre la materia (medidos con el CCEPFIS), y percepciones acerca del modelo formativo aplicado (medidas con los cuestionarios de opinión). También se analizó la progresiva adquisición de la competencia ética por parte de los estudiantes, mediante la aplicación de una rúbrica a las diferentes actividades de aprendizaje planteadas durante el curso.

- ↪ Para el cuestionario de actitudes (CAEPFIS), se utilizó una escala de tipo Likert, con cinco opciones de respuesta: 5. Muy en desacuerdo, 4. En desacuerdo, 3. Indeciso, 2. De acuerdo, 1. Muy de acuerdo.
- ↪ En el caso del cuestionario de conocimientos (CCEPFIS), también se utilizó una escala tipo Likert cuyas opciones de respuesta fueron cuatro: 3. Mucho, 2. Bastante, 1. Poco, 0. Nada.

Ambas escalas fueron tratadas como escalas ordinales (Morales Vallejo, 2006).

- ↪ Los cuestionarios de opinión, presentaban diferentes opciones de respuesta: el administrado tras el primer cuatrimestre, era de respuestas dicotómicas y el administrado tras el segundo cuatrimestre, era de respuestas categorizadas (mucho, bastante, poco y nada); cada uno de ellos incluía una respuesta abierta.

- Las tareas diseñadas para el seguimiento de la materia, se evaluaron mediante criterios de evaluación (rúbricas), que se traducían a calificaciones numéricas siguiendo la normativa actual de calificaciones de la Universitat de València.

Los ítems de todos los cuestionarios fueron analizados de forma cuantitativa, excepto los que se presentaban como preguntas abiertas en los cuestionarios de opinión, que se analizaron también cualitativamente. Las actividades de aprendizaje también fueron analizadas cuantitativamente.

De los ítems analizados cuantitativamente, a los que pertenecían al CAEPFIS y al CCEPFIS se les realizó, además de un estudio descriptivo, un análisis inferencial, mientras que los que pertenecían a los cuestionarios de opinión, se les aplicó solamente un estudio descriptivo (tabla 28).

Tabla 28. Estudio de las variables

Estudio cuantitativo		Estudio cualitativo
Cuestionario de actitudes (CAEPFIS)	Estadística descriptiva e inferencial	
Cuestionario de conocimientos (CCEPFIS)		
Cuestionarios de opinión	Estadística descriptiva	
Tareas de evaluación	Estadística descriptiva	

II. Marco metodológico e investigación

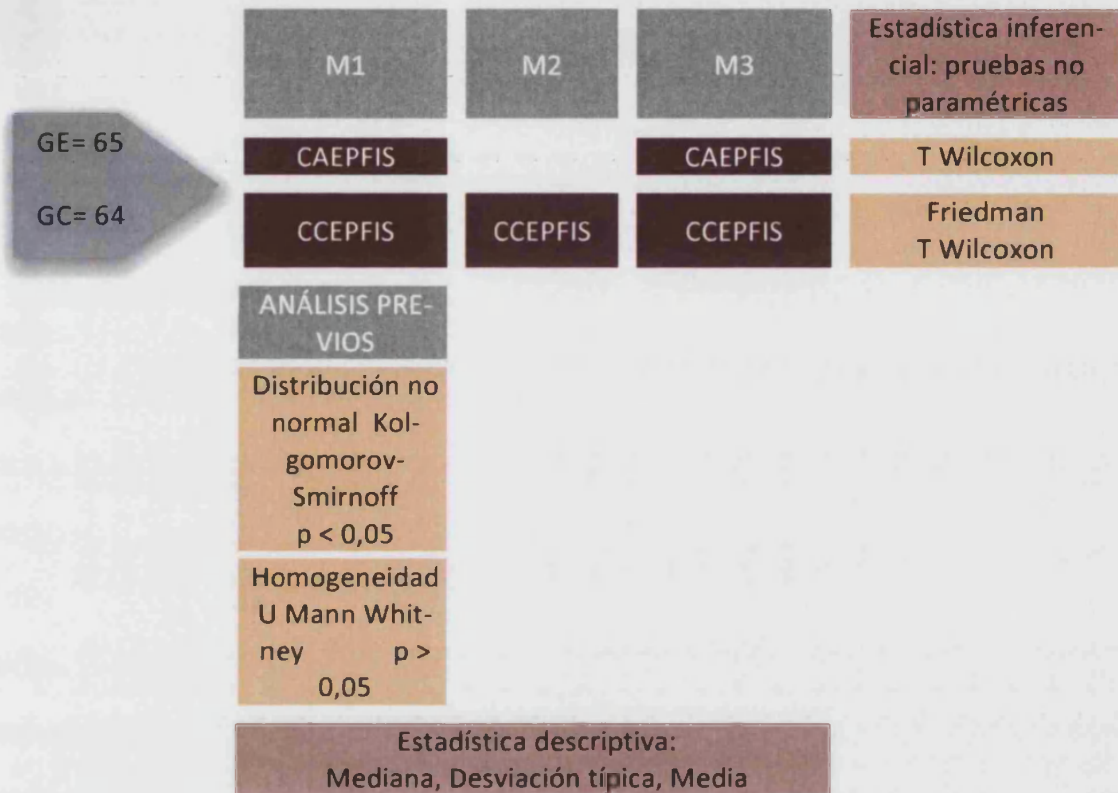
4.8.2. Análisis estadístico

El análisis estadístico fue desarrollado mediante el Predictive Analytics Software (PASW) versión 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA), bajo licencia de la Universitat de València.

Antes de realizar el estudio, se comprobó si todas las variables obtenidas del CAEPFIS y del CCEPFIS cumplían el supuesto de normalidad, mediante el estadístico Kolgomorov-Smirnoff (K-S). Una vez rechazada la hipótesis nula, comprobado que no se seguía una distribución normal ($p < 0,05$) y por tanto, que no existía homogeneidad de las varianzas, se realizó el estudio descriptivo de las variables. Dado que la distribución no era normal, se utilizó la Mediana y la Desviación Típica para la descripción de cada una de las variables. No obstante, para poder apreciar los cambios en el tiempo, se describieron también los resultados con el estadístico Media.

También se comprobó, antes de iniciar la intervención, que los dos grupos integrantes del presente estudio (experimental y control), no mostraran diferencias estadísticamente significativas, tanto en el CAEPFIS como en el CCEPFIS. Para ello se utilizó la prueba "U" de Mann Whitney, con la que se obtuvo una $p > 0,05$. Una vez comprobada esta homogeneidad entre grupos y, debido a la falta de normalidad en su distribución, se eligieron pruebas estadísticas no paramétricas para el estudio inferencial (Siegel, 1972; Morales Vallejo, 2006). Después de realizado el estudio descriptivo, se llevó a cabo la estadística inferencial para comprobar los efectos de la intervención en el grupo experimental. Para ello, en el CAEPFIS, se empleó la prueba "T" de Wilcoxon, la cual compara la tendencia central en dos muestras con datos apareados (Sentís, *et al.*, 2003). Esto hizo necesario asignar a cada estudiante un código alfanumérico.

Tabla 29. Esquema del análisis estadístico del cuestionario de actitudes y conocimientos



M1= medida 1, M2= medida 2, M3= medida 3. CAEPFIS= Cuestionario de actitudes, CCEPFIS= Cuestionario de conocimientos. GE=grupo experimental, GC= grupo control.

Para comprobar la variación de los resultados del CCEPFIS en el tiempo, se utilizó inicialmente la prueba de Friedman, que distinguía las posibles diferencias a lo largo de las tres mediciones; posteriormente se aplicó de nuevo la prueba "T" de Wilcoxon, que identificaba concretamente en qué medidas se producían las diferencias estadísticamente significativas (tabla 29).

Para el análisis estadístico de los resultados de los cuestionarios de opinión aplicados al grupo experimental en la medida 2 y 3, se utilizó un estudio descriptivo cuantitativo basado en tablas de frecuencias. A las preguntas abiertas de estos cuestionarios se les realizó un análisis cualitativo de los contenidos.

Finalmente, el análisis de las tareas para la evaluación de la adquisición progresiva de la competencia ética, se realizó mediante la aplicación de una rúbrica a las

II. Marco metodológico e investigación

diferentes tareas, con la posterior transformación de esta información, a datos numéricos.

Capítulo 5. RESULTADOS

El presente capítulo se inicia con la descripción de la muestra que ha formado parte del estudio. A continuación, se presentan los resultados de la investigación respecto a las variables que han sido medidas para alcanzar los objetivos propuestos: las actitudes de los estudiantes de Fisioterapia hacia su formación en ética profesional, antes y después de la intervención; su percepción acerca de los conocimientos que poseen sobre ética profesional en Fisioterapia, tanto antes, como tras la primera parte de la intervención, como tras su finalización; y sus opiniones respecto a la metodología empleada para la enseñanza-aprendizaje de ética profesional, asociada a las prácticas clínicas. Finalmente también se exponen las calificaciones medias que los estudiantes obtuvieron en cada una de las actividades de aprendizaje diseñadas para el desarrollo de la competencia ética.

5.1. DESCRIPTIVOS DE LA MUESTRA

La muestra estuvo compuesta por 129 sujetos, estudiantes de tercer curso de Fisioterapia de la Universitat de València, distribuidos aleatoriamente al azar en dos grupos: experimental y control. En cuanto al sexo, el 60% de los sujetos del grupo experimental (n=65) eran mujeres y el 40% restante, varones. En el grupo control (n=64), el 59% eran mujeres y el 41% varones. La edad media de los sujetos del grupo experimental fue de 23,34 (4,20) años y la del grupo control de 23,53 (4,65) años. En la tabla 30, se indica el porcentaje de hombres y mujeres así como los valores mínimos y máximos para la variable edad, en ambos grupos:

Tabla 30. Descriptivos de la muestra

	Sexo		Edad		
	Mujeres	Varones	Media y SD	Mínimo	Máximo
G. Experimental	60%	40%	23,34 (4,20)	20	44
G. Control	59%	41%	23,53 (4,65)	20	42

Los datos referentes a la edad de los sujetos se muestran con media (desviación estándar) y se expresan en años.

5.2. ANÁLISIS DE LAS ACTITUDES

Como ya se ha explicado en el capítulo sobre metodología, la evaluación de la actitud de los estudiantes de Fisioterapia hacia la ética profesional durante su formación, se realizó mediante el cuestionario CAEPFIS, que se administró en dos momentos del estudio: pre test (medida 1) y post test 2 (medida 3), a ambos grupos (experimental y control).

5.2.1. Actitud previa de los estudiantes

Sobre la actitud previa que mostraron los estudiantes antes de comenzar la intervención, se exponen los resultados del pre test desde varios puntos de vista. En primer lugar, se presentan las puntuaciones medias de los estudiantes, obtenidas mediante el CAEPFIS; a continuación, se indica el porcentaje de respuestas favorables, indiferentes y desfavorables y, finalmente, se muestran dichas respuestas en cada una de las subcategorías que se establecieron inicialmente para el diseño del cuestionario.

5.2.1.1. Actitud de los estudiantes antes de iniciar la intervención

Para conocer la actitud que mostraban los estudiantes de Fisioterapia antes de la intervención, se calculó la puntuación media alcanzada en el CAEPFIS por los es-

tudiantes de cada grupo (experimental -GE, y control -GC). Como resultado, se obtuvo una media ligeramente superior en el GE, aunque la diferencia no resultó ser estadísticamente significativa ($p > 0,05$), dato que confirmaba la homogeneidad de ambos grupos en el pre test. En la siguiente tabla, pueden observarse estos resultados:

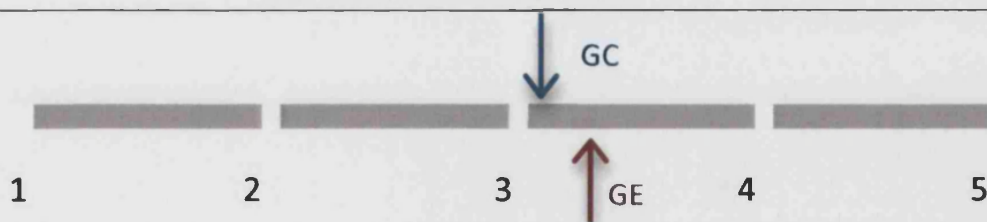
Tabla 31. Puntuaciones medias de los sujetos en el CAEPFIS antes de la intervención

	Media (SD)	p
GE (n=65)	3,37 (0,85)	> 0,05
GC (n=64)	3,24 (0,90)	

GE= grupo experimental. GC= grupo control. Los datos se presentan con media (desviación estándar).

En una representación gráfica del continuo de la actitud entre el polo más favorable (5) y el más desfavorable (1), ambos grupos estarían ubicados del siguiente modo en la escala (figura 14):

Figura 14. Representación gráfica de los valores obtenidos por el GE y el GC en el continuo de la actitud, antes de la intervención



GE=3,37(0,85); GC=3,24(0,90). Las puntuaciones medias sobrepasan ligeramente el valor medio de la escala.

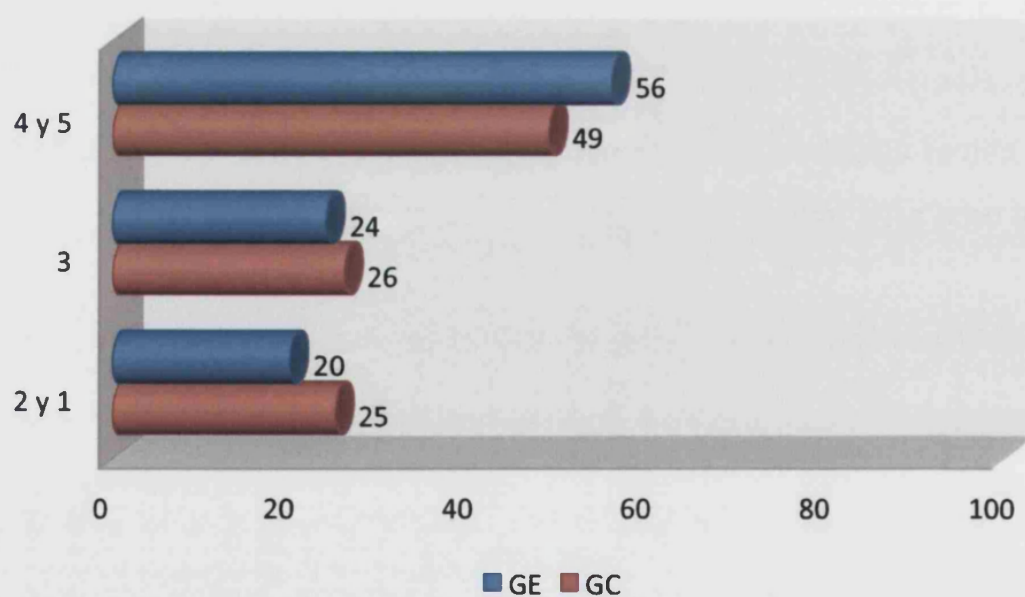
Resultados

5.2.1.2. Respuestas favorables, indiferentes y desfavorables

El siguiente paso fue averiguar qué tipo de respuestas era el que predominaba: si las más favorables (con puntuaciones 4 y 5), indiferentes (3) o desfavorables (1 y 2).

El resultado de este estudio evidenció que los estudiantes se decantaron, en mayor proporción, por puntuaciones de 4 ó 5. Las respuestas indiferentes ocuparon el segundo lugar y finalmente, las respuestas desfavorables fueron las menos frecuentes. En la figura 15 se representan de manera gráfica, estos valores:

Figura 15. Porcentaje de respuestas favorables (4 y 5), indiferentes (3) y desfavorables (1 y 2), en el GE y el GC antes de la intervención



5.2.1.3. Puntuación media de las respuestas, por subcategorías

Los ítems del CAEPFIS definitivo que describían cada una de las subcategorías a partir de las cuales se confeccionó el cuestionario, pueden verse en la siguiente tabla:

Tabla 32. Clasificación de los ítems del CAEPFIS en subcategorías

Categoría	Subcategoría	Ítems
1. Importancia	1.1. Aspectos en los que se formaría	2,11,15,16,17,32
	1.2. Importancia relativa	4,21
	1.3. Relación con las prácticas clínicas	3,7,27
	1.4. Presencia en el plan de estudios	9,14,26
2. Predisposición	2.1. Dedicación	18,20,25
	2.2. Aspectos éticos	8,12,19,22,24,28,31
3. Repercusión	3.1. Responsabilidad profesional	1,33
	3.2. Honestidad	5,29
	3.3. Calidad asistencial	10,13,23
	3.4. Mejora profesional	6,30

En la tabla 33, se muestran las puntuaciones medias obtenidas en cada una de las subcategorías, por ambos grupos:

Tabla 33. Puntuaciones medias obtenidas en cada una de las subcategorías del CAEPFIS

Categoría	Subcategoría	GE	GC
1. Importancia	1.1. Aspectos en los que se formaría	3,47 (0,77)	3,30 (0,83)
	1.2. Importancia relativa	2,72 (0,39)	2,65 (0,57)
	1.3. Relación con las prácticas clínicas	3,87 (0,47)	3,84 (0,58)
	1.4. Presencia en el plan de estudios	3,01 (0,75)	2,77 (0,70)
2. Predisposición	2.1. Dedicación	2,81 (0,85)	2,82 (0,90)
	2.2. Aspectos éticos	3,50 (0,79)	3,38 (0,88)

Resultados

3. Repercusión	3.1. Responsabilidad profesional	3,52 (0,63)	3,32 (0,89)
	3.2. Honestidad	3,35 (0,46)	3,23 (0,38)
	3.3. Calidad asistencial	3,50 (0,53)	3,29 (0,66)
	3.4. Mejora profesional	3,59 (0,47)	3,38 (0,53)

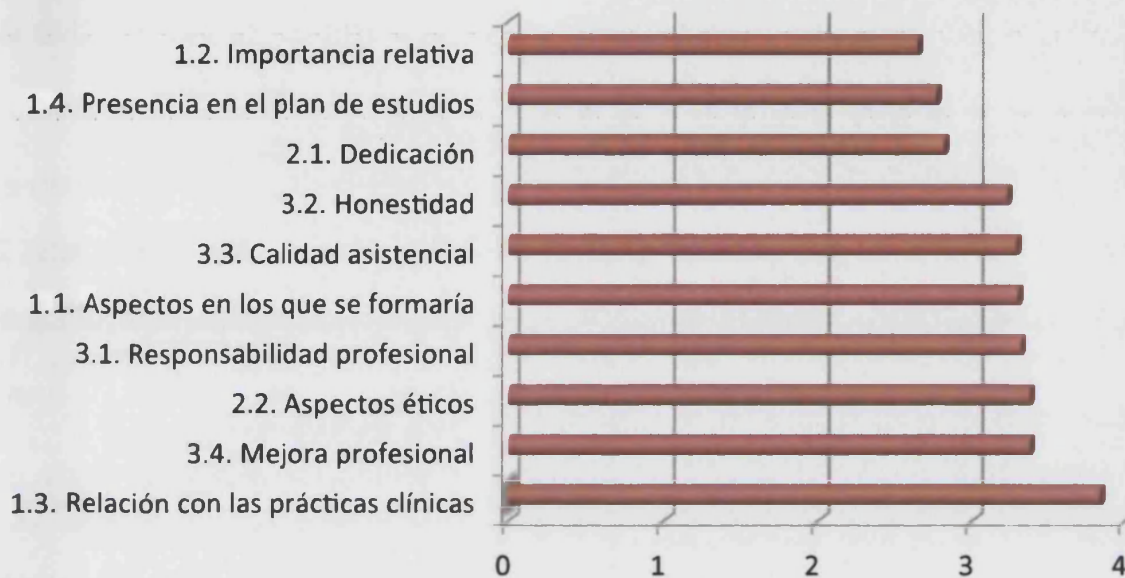
Los datos se muestran con media (desviación estándar). No hay diferencias estadísticamente significativas entre el GE y el GC ($p > 0,05$).

El análisis de los resultados del CAEPFIS agrupados por subcategorías, evidenció que, tanto en el GE como en el GC, los estudiantes puntuaron con valores muy próximos a la media total del cuestionario, las subcategorías 1.3, 3.4, 3.1, 3.3, 2.2, 1.1 y 3.2. Sin embargo, puntuaron con valores por debajo de la media, la 1.4, 2.1 y 1.2 (figuras 16 y 17):

Figura 16. Puntuaciones medias en cada una de las subcategorías del CAEPFIS en el GE, antes de la intervención



Figura 17. Puntuaciones medias en cada una de las subcategorías del CAEPFIS en **Resultados** de la intervención



5.2.2. Análisis del cambio de actitudes

Tras la aplicación del modelo formativo, los estudiantes de ambos grupos volvieron a responder al CAEPFIS.

El interés fundamental se centraba en averiguar si, efectivamente, existían diferencias estadísticamente significativas entre los resultados obtenidos en el pre test (medida 1) y en el post test 2 (medida 3), en el GE y en el GC, que demostraran la efectividad del modelo formativo aplicado al GE, respecto al cambio de actitud hacia la ética profesional.

A continuación se exponen dichos resultados desde varias perspectivas: de manera global, mostrando las medias pre test-post test obtenidas por ambos grupos; de manera comparativa entre los ítems favorables, indiferentes y desfavorables; por subcategorías y, finalmente, ítem por ítem.

Resultados

5.2.2.1. Cambio de actitud en los estudiantes

En primer lugar, se realizó un estudio comparativo pre test-post test 2, de la media global de la actitud de los estudiantes de ambos grupos, con el objetivo de averiguar si existían diferencias estadísticamente significativas.

Los resultados mostraron que estas diferencias pre test-post test 2, existieron en los estudiantes del GE, los cuales presentaron un valor medio en el post test 2, de 4,14 (0,66). Por el contrario, en el GC estas diferencias no aparecieron, presentando un valor de 3,27 (0,88), muy similar al inicial.

En la siguiente tabla se muestran los resultados obtenidos por ambos grupos:

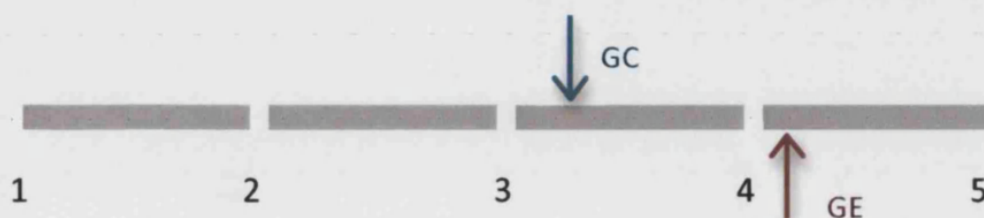
Tabla 34. Diferencias pre test-post test 2, en la puntuación media de los ítems del CAEPFIS

	Pre test	Post test 2
G. Experimental	3,37 (0,85)	4,14 (0,66)*
G. Control	3,24 (0,90)	3,27 (0,88)

Los datos se muestran con media (desviación estándar). *Señala diferencias estadísticamente significativas pre test-post test 2, con $p < 0,05$.

En una representación gráfica del continuo de la actitud entre el polo más favorable (5) y el más desfavorable (1), ambos grupos estarían ahora ubicados del siguiente modo en la escala:

Figura 18. Representación gráfica de los valores obtenidos por el GE y el GC en el continuo de la actitud, después de la intervención



GE=4,14 (0,66); GC= 3,27 (0,88). La puntuación media del GE se ha desplazado hacia la derecha 0,77 puntos lo cual se traduce en una actitud más favorable que al inicio del estudio. El GC se mantiene en un valor similar al inicial.

5.2.2.2. Estudio comparativo de los ítems favorables, indiferentes y desfavorables

A continuación, se realizó un estudio comparativo pre test-post test 2, para averiguar cómo había variado el porcentaje de respuestas favorables, indiferentes y desfavorables, en ambos grupos.

Se observó que, en el GE, las respuestas favorables habían aumentado un 30% (del 56 al 86%), mientras que las indiferentes y las desfavorables, habían disminuido un 13 y un 17%, respectivamente.

Sin embargo, en el GC, las puntuaciones favorables presentaron un porcentaje igual al inicial (49%), mientras que las indiferentes aumentaron un 3% y las desfavorables disminuyeron también un 3% (figuras 19 Y 20):

Resultados

Figura 19. Diferencias pre test-pos test 2 en el porcentaje de respuestas favorables, indiferentes y desfavorables hacia la actitud, en el GE

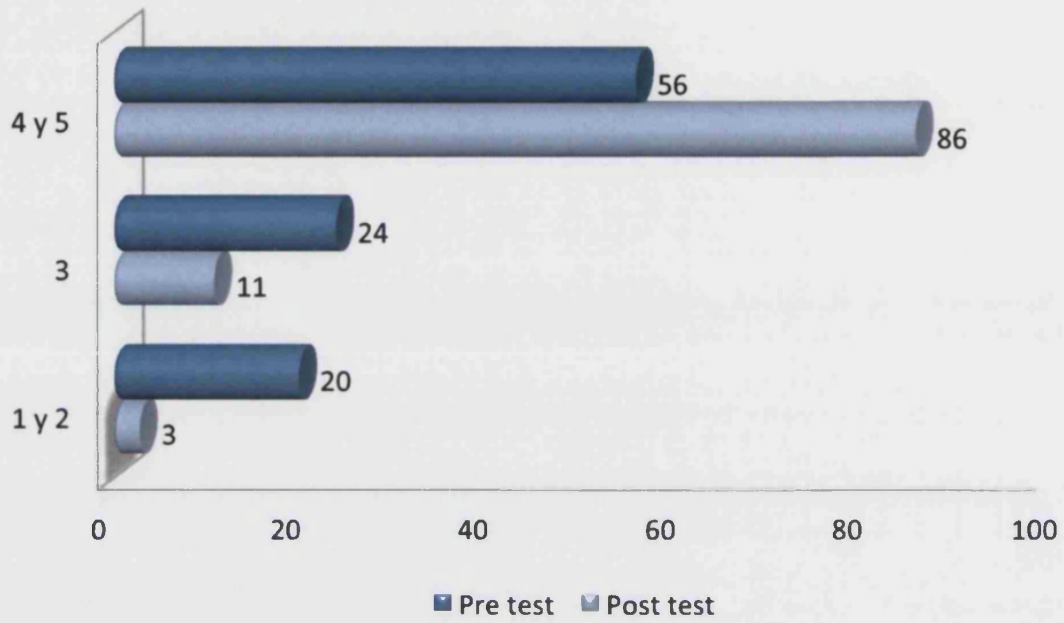
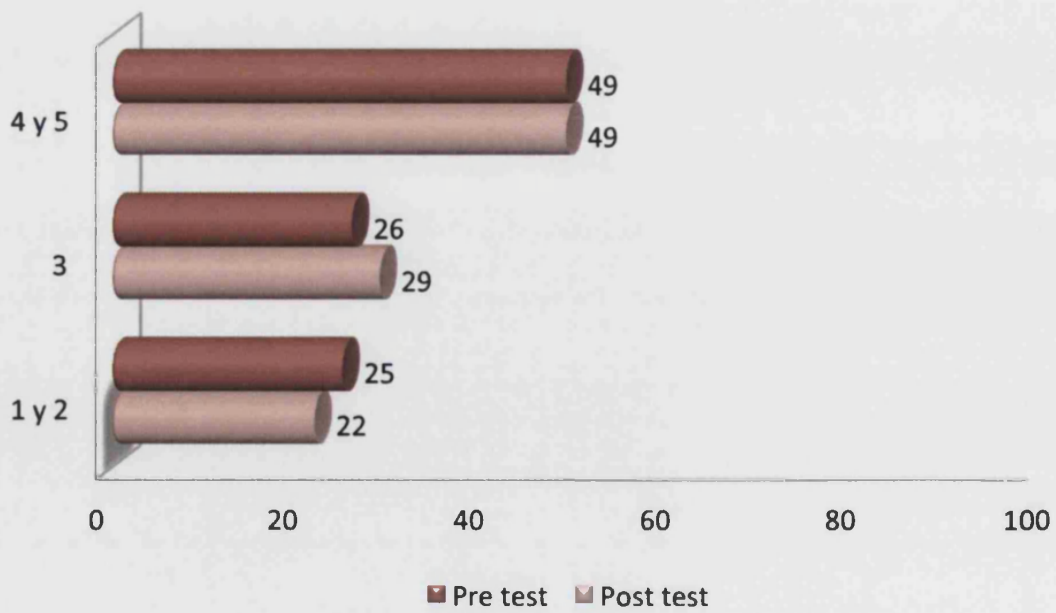


Figura 20. Diferencias pre test-pos test 2 en el porcentaje de respuestas favorables, indiferentes y desfavorables hacia la actitud, en el GC



5.2.2.3. Estudio comparativo por subcategorías

El estudio comparativo pre test-post test 2 sobre las puntuaciones obtenidas en cada una de las subcategorías, mostró diferencias estadísticamente significativas en el GE, en todas ellas; mientras que estas diferencias no aparecieron en el GC.

En la siguiente tabla se muestran las puntuaciones medias obtenidas por cada uno de los grupos, antes y después de la intervención:

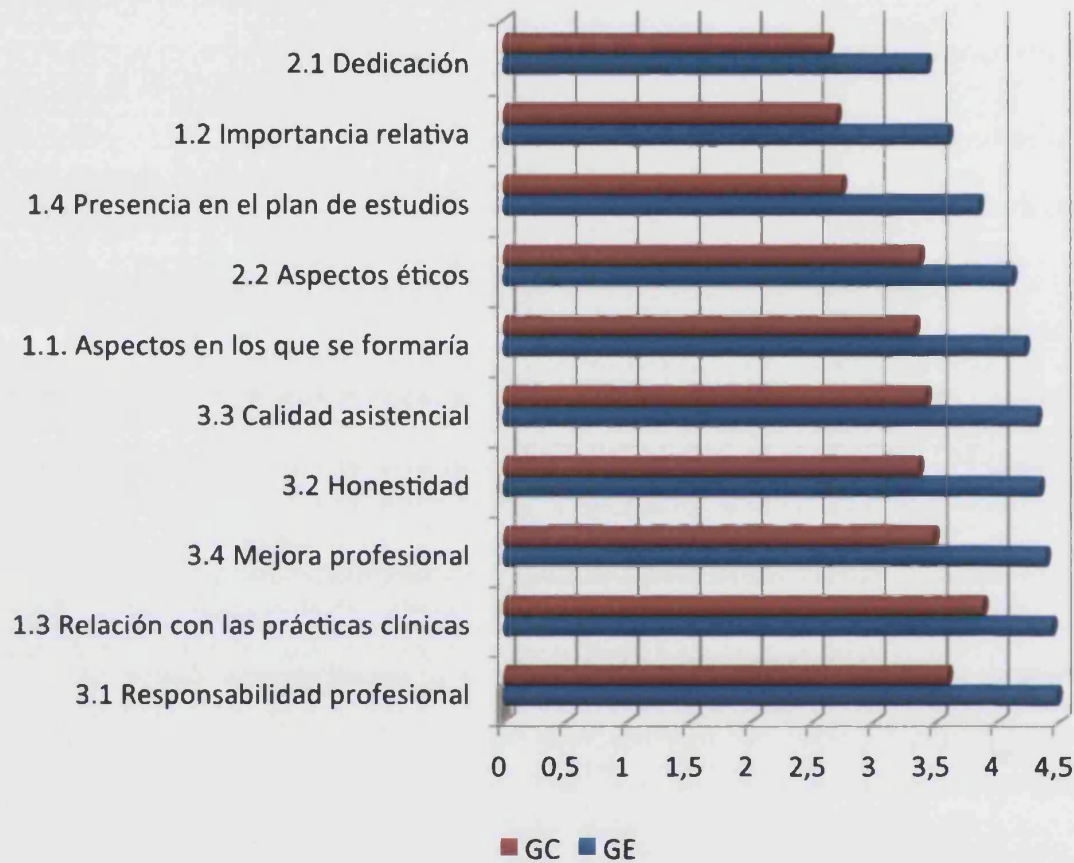
Tabla 35. Diferencias en la puntuación media de los ítems de cada subcategoría

Categoría	Subcategoría	GE		GC	
		Pre test	Post test 2	Pre test	Post test 2
1. Importancia	1.1. Aspectos en los que se formaría	3,47 (0,77)	4,22 (0,48)**	3,30 (0,83)	3,33 (0,88)
	1.2 Importancia relativa	2,72 (0,39)	3,60 (0,59)**	2,65 (0,57)	2,70 (0,56)
	1.3 Relación con las prácticas clínicas	3,87 (0,47)	4,44 (0,41)**	3,84 (0,58)	3,88 (0,55)
	1.4 Presencia en el plan de estudios	3,01 (0,75)	3,85 (0,58)**	2,77 (0,70)	2,74 (0,61)
2. Predisposición	2.1 Dedicación	2,81 (0,85)	3,43 (0,86)**	2,82 (0,90)	2,64 (0,92)
	2.2 Aspectos éticos	3,50 (0,79)	4,12 (0,50)**	3,38 (0,88)	3,37 (0,75)
3. Repercusión	3.1 Responsabilidad profesional	3,52 (0,63)	4,48 (0,39)**	3,32 (0,89)	3,59 (0,78)
	3.2 Honestidad	3,35 (0,46)	4,34 (0,20)**	3,23 (0,38)	3,36 (0,38)
	3.3 Calidad asistencial	3,50 (0,53)	4,32 (0,39)**	3,29 (0,66)	3,42 (0,60)
	3.4 Mejora profesional	3,59 (0,47)	4,39 (0,27)**	3,38 (0,53)	3,48 (0,46)

Los datos se muestran con media (desviación estándar).**Señala diferencias estadísticamente significativas entre el pre test y post test 2 con $p < 0,001$.

Los estudiantes del GE puntuaron, con valores muy próximos a la nueva media global del cuestionario, las subcategorías 3.1, 1.3, 3.4, 3.2, 3.3, 1.1, 2.2. Mientras que puntuaron con valores por debajo de la media, la 1.4, 1.2 y 2.1. El GC no experimentó diferencias respecto a la situación inicial (figura 21):

Figura 21. Puntuaciones medias en cada una de las subcategorías del CAEPFIS en el GE y el GC, tras la intervención



5.2.2.4. Análisis comparativo por ítems

Finalmente se realizó un estudio comparativo pre test-post test 2, de cada uno de los ítems del cuestionario, con el objetivo de conocer en cuáles de ellos existían diferencias estadísticamente significativas (tabla 36).

Como resultado del análisis, se comprobó que todos los ítems del CAEPFIS de los estudiantes del GE, presentaron estas diferencias pre test-post test 2, con $p < 0,001$, mientras que éstas no aparecieron en ninguno de los ítems del CAEPFIS del grupo control.

Tabla 36. Análisis descriptivo y comparativo pre test-post test 2, de los ítems del CAEPFIS

		Grupo experimental		Grupo control	
		Pre test	Post test 2	Pre test	Post test 2
1	Media (SD)	3,86(0,68)	4,71(0,46)**	3,73(0,62)	4,00(0,44)
	Mediana	4	5	4	4
2	Media (SD)	3,85 (0,62)	4,54 (0,50)**	3,75 (0,71)	3,81 (0,59)
	Mediana	4	5	4	4
3	Media (SD)	3,86(0,68)	4,48(0,56)**	3,70(0,73)	3,80(0,69)
	Mediana	4	5	4	4
4	Media (SD)	2,80 (0,92)	3,91 (0,63)**	2,61 (1,05)	2,78 (1,08)
	Mediana	3	4	3	3
5	Media (SD)	3,40(0,83)	4,2 (0,52)**	3,28(0,90)	3,34(0,80)
	Mediana	4	4	3	3
6	Media (SD)	3,80 (0,64)	4,40 (0,55)**	3,64 (0,70)	3,70 (0,75)
	Mediana	4	4	4	4
7	Media (SD)	3,77(0,77)	4,46(0,50)**	3,72(0,90)	3,67(0,89)
	Mediana	4	4	4	4
8	Media (SD)	3,74(0,82)	4,11(0,56)**	3,52(0,94)	3,59(0,87)
	Mediana	4	4	4	4
9	Media (SD)	3,00 (1,08)	4,00 (0,66)**	2,64 (1,15)	2,80 (1,03)
	Mediana	3	4	3	3
10	Media (SD)	3,34(0,85)	4,35(0,67)**	3,25(0,89)	3,45(0,94)
	Mediana	4	4	3	3,5
11	Media (SD)	3,63(0,86)	4,32(0,59)**	3,39(0,87)	3,28(0,98)
	Mediana	4	4	4	3,5
12	Media (SD)	3,55 (0,90)	4,46 (0,59)**	3,28 (0,95)	3,53 (0,98)
	Mediana	4	5	3,5	4
13	Media (SD)	3,45(0,98)	4,20(0,75)**	3,05(1,21)	3,19(1,13)
	Mediana	4	4	3	3
14	Media (SD)	3,25 (0,85)	4,18 (0,70)**	2,97 (1,02)	2,92 (1,04)
	Mediana	3	4	3	3
15	Media (SD)	3,23 (0,93)	4,00 (0,50)**	2,98 (0,98)	2,92 (1,01)
	Mediana	3	4	3	3
16	Media (SD)	3,77 (0,63)	4,18 (0,56)**	3,55 (0,69)	3,66 (0,67)
	Mediana	4	4	4	4
17	Media (SD)	3,45 (1,02)	4,18 (0,63)**	3,41 (1,05)	3,55 (0,92)

Resultados

	Mediana	4	4	4	4
18	Media (SD)	2,63(1,10)	3,18(0,90)**	2,45(0,94)	2,31(0,97)
	Mediana	3	3	2,5	2
19	Media (SD)	3,20(0,85)	3,97(0,59)**	3,05(0,92)	3,03(0,96)
	Mediana	3	4	3	3
20	Media (SD)	3,37(0,99)	4,08(0,78)**	3,39(0,97)	3,55(0,95)
	Mediana	4	4	4	3
21	Media (SD)	2,65 (0,96)	3,29 (1,09)**	2,64 (0,90)	2,61 (1,09)
	Mediana	2	3	2	2
22	Media (SD)	3,66(0,73)	4,18(0,61)**	3,64(0,82)	3,55(0,87)
	Mediana	4	4	4	4
23	Media (SD)	3,72(0,65)	4,40(0,55)**	3,58(0,96)	3,61(0,81)
	Mediana	4	4	4	4
24	Media (SD)	3,80(0,81)	4,20(0,59)**	3,67(0,87)	3,58(0,89)
	Mediana	4	4	4	4
25	Media (SD)	2,42(0,90)	3,02(0,96)**	2,58(0,99)	2,22(1,00)
	Mediana	2	3	2,5	2
26	Media (SD)	2,78 (0,91)	3,37 (0,86)**	2,69 (1,01)	2,52 (1,02)
	Mediana	3	3	3	3
27	Media (SD)	3,98(0,76)	4,38(0,68)**	4,11(0,82)	4,17(0,75)
	Mediana	4	4	4	4
28	Media (SD)	2,80(0,92)	3,60(0,66)**	2,66(1,10)	2,73(1,09)
	Mediana	3	4	3	3
29	Media (SD)	3,31(0,98)	4,40(0,52)**	3,19(1,01)	3,38(0,86)
	Mediana	4	4	4	4
30	Media (SD)	3,38(0,82)	4,38(0,58)**	3,11(0,93)	3,27(0,86)
	Mediana	4	4	3	3
31	Media (SD)	3,75 (0,69)	4,29 (0,55)**	3,81 (0,91)	3,55 (0,96)
	Mediana	4	4	4	4
32	Media (SD)	2,89(0,97)	4,08(0,59)**	2,88(1,21)	2,73(1,19)
	Mediana	3	4	3	3
33	Media (SD)	3,18(1,06)	4,25(0,64)**	2,91(1,27)	3,17(1,18)
	Mediana	3	4	3	3

Los datos se muestran con media (desviación estándar) y mediana.**Señala diferencias estadísticamente significativas entre el pre test y post test 2 con $p < 0,001$.

5.3. ANÁLISIS DE LOS CONOCIMIENTOS

La medida de los conocimientos de los estudiantes sobre ética profesional, se realizó mediante el cuestionario CCEPFIS, que se administró en el pre test, post test 1 y post test 2, a ambos grupos, experimental y control.

5.3.1. Conocimientos previos de los estudiantes

En primer lugar se calculó el promedio de todas las puntuaciones alcanzadas por los estudiantes de ambos grupos en el CCEPFIS, antes de iniciar la intervención, obteniéndose aproximadamente el mismo valor en ambos, lo cual confirmaba la homogeneidad de los grupos, que no presentaron diferencias estadísticamente significativas entre ellos ($p > 0,5$) (tabla 37):

Tabla 37. Puntuaciones medias en el CCEPFIS antes de la intervención

	Media (SD)	p
GE (n=65)	1,11 (0,28)	>0,05
GC (n=64)	1,12 (0,30)	

5.3.2. Evolución en la adquisición de los conocimientos

La progresiva adquisición de conocimientos sobre ética profesional por parte de los estudiantes, se muestra en el presente apartado, donde se exponen los resultados comparativos obtenidos por los estudiantes en el CCEPFIS, así como ítem por ítem.

Resultados

5.3.2.1. Evolución en la puntuación global del CCEPFIS

El análisis de los conocimientos adquiridos por ambos grupos a lo largo del curso, se realizó comparando los resultados obtenidos por los estudiantes en el pre test (medida 1), post test 1 (medida 2) y post test 2 (medida 3).

Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre las medidas 1 y 2, las medidas 2 y 3 y las medidas 1 y 3, con $p < 0,001$, en el GE. Estas diferencias no aparecieron en el GC (tabla 38):

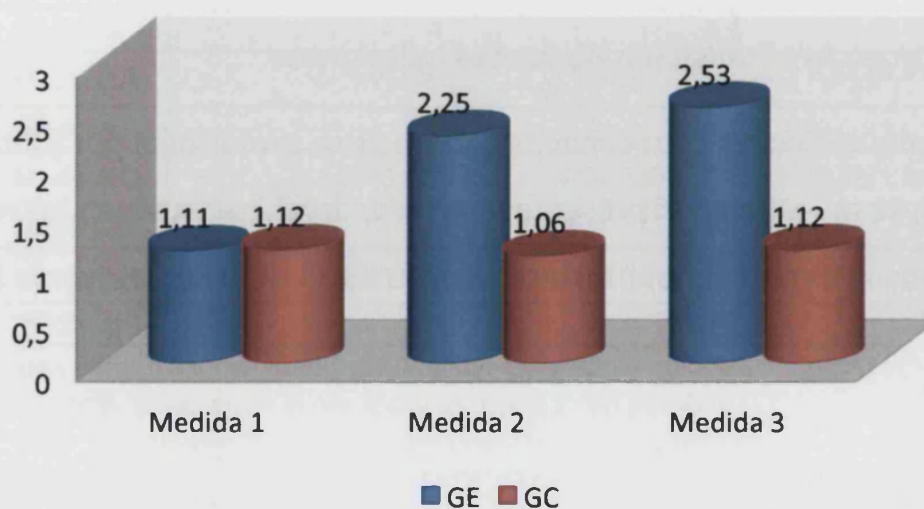
Tabla 38. Puntuaciones en el cuestionario CCEPFIS a lo largo del estudio

	Medida 1	Medida 2	Medida 3
GE	1,11 (0,28)	2,25 (0,34)	2,53 (0,29)** , †† , ‡‡
GC	1,12 (0,30)	1,06 (0,39)	1,12 (0,36)

Los datos se muestran con media (desviación estándar). El ** señala diferencias estadísticamente significativas con $p < 0,001$ entre la medida 1 y la medida 2. El ††, señala diferencias estadísticamente significativas entre la medida 2 y la medida 3 con $p < 0,001$. El ‡‡ señala diferencias estadísticamente significativas con $p < 0,001$ entre la medida 1 y la medida 3.

La representación gráfica de estos datos se muestra en la siguiente figura:

Figura 22. Valores medios del CCEPFIS a lo largo del estudio



5.3.2.2. Evolución en la puntuación de los ítems del CCEPFIS

El estudio comparativo por ítems, mostró diferencias estadísticamente significativas en el GE, entre la medida 1 y la medida 2 en todos los ítems del CCEPFIS, con $p < 0,001$, así como también entre la medida 1 y la medida 3 en todos los ítems, también con $p < 0,001$. Sin embargo, entre la medida 2 y 3, solamente presentaron estas diferencias los ítems: 1,11,12,13 y 17 (con $p < 0,05$), y los ítems: 10,15,16,18 y 19 (con $p < 0,001$).

Por el contrario, el grupo control no mostró diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los ítems. En la siguiente tabla, se muestran los resultados (tabla 39):

Tabla 39. Estudio comparativo de los ítems del CCEPFIS

ítem		Grupo experimental			Grupo control		
		Pre test	Post test 1	Post test 2	Pre test	Post test 1	Post test 2
1	Media	1,71	2,37	2,55 (0,50)***,†,‡‡	1,67	1,64	1,59
	(SD)	(0,61)	(0,52)		(0,54)	(0,55)	(0,56)
	Mediana	2	2	3	2	2	2
2	Media	1,48	2,37	2,51 (0,50)***,†,‡‡	1,42	1,44	1,39
	(SD)	(0,64)	(0,55)		(0,61)	(0,56)	(0,73)
	Mediana	1	2	3	1	1	1
3	Media	1,46	2,14	2,30 (0,62)***,†,‡‡	1,33	1,13	1,34
	(SD)	(0,69)	(0,61)		(0,74)	(0,81)	(0,67)
	Mediana	1	2	2	1	1	1
4	Media	0,71	2,05	2,25(0,56)***,†,‡‡	0,81	0,66	0,77
	(SD)	(0,61)	(0,65)		(0,64)	(0,67)	(0,68)
	Mediana	1	2	2	1	1	1
5	Media	0,68	2,11	2,23(0,55)***,†,‡‡	0,69	0,55	0,67
	(SD)	(0,66)	(0,56)		(0,66)	(0,64)	(0,69)
	Mediana	1	2	2	1	0	1
6	Media	0,82	2,00	2,03(0,50)***,†,‡‡	0,83	0,83	0,77
	(SD)	(0,56)	(0,64)		(0,63)	(0,70)	(0,71)
	Mediana	1	2	2	1	1	1
7	Media	1,71	2,48	2,65(0,48)***,†,‡‡	1,47	1,39	1,64
	(SD)	(0,70)	(0,61)		(0,82)	(0,75)	(0,84)
	Mediana	2	3	3	1	1	2

Resultados

8	Media (SD)	1,26 (0,62)	2,52 (0,56)	2,62(0,49)**,*†,‡‡	1,20 (0,76)	1,31 (0,77)	1,13 (0,55)
	Mediana	1	3	3	1	1	1
9	Media (SD)	0,94 (0,73)	2,29 (0,58)	2,42(0,50)**,*†,‡‡	1,05 (0,68)	1,22 (0,79)	0,94 (0,71)
	Mediana	1	2	2	1	2	1
10	Media (SD)	0,95 (0,65)	1,95 (0,62)	2,31(0,47)**,*†,‡‡	1,00 (0,64)	0,86 (0,66)	0,97 (0,59)
	Mediana	1	2	2	1	1	1
11	Media (SD)	0,65 (0,69)	2,37 (0,63)	2,56(0,59)**,*†,‡‡	0,80 (0,72)	0,75 (0,67)	0,83 (0,77)
	Mediana	1	2	3	1	1	1
12	Media (SD)	1,45 (0,53)	2,28 (0,57)	2,49(0,56)**,*†,‡‡	1,41 (0,58)	1,39 (0,55)	1,47 (0,56)
	Mediana	1	2	3	1	1	1
13	Media (SD)	1,46 (0,61)	2,29 (0,58)	2,52(0,53)**,*†,‡‡	1,33 (0,62)	1,33 (0,80)	1,39 (0,61)
	Mediana	1	2	3	1	1	1
14	Media (SD)	1,03 (0,68)	2,29 (0,65)	2,46(0,50)**,*†,‡‡	1,22 (0,83)	1,14 (0,81)	1,25 (0,69)
	Mediana	1	2	2	1	1	1
15	Media (SD)	1,15 (0,73)	2,54 (0,56)	2,89(0,36)**,*†,‡‡	1,16 (0,72)	1,20 (0,76)	1,08 (0,63)
	Mediana	1	3	3	1	1	1
16	Media (SD)	1,17 (0,63)	2,23 (0,58)	2,62(0,52)**,*†,‡‡	1,25 (0,62)	1,17 (0,68)	1,33 (0,62)
	Mediana	1	2	3	1	1	1
17	Media (SD)	0,52 (0,62)	2,15 (0,51)	2,34(0,59)**,*†,‡‡	0,53 (0,67)	0,55 (0,64)	0,61 (0,68)
	Mediana	0	2	2	0	0	0,5
18	Media (SD)	1,17 (0,74)	2,11 (0,62)	2,46(0,50)**,*†,‡‡	1,06 (0,71)	0,95 (0,76)	1,25 (0,76)
	Mediana	1	2	2	1	1	1
19	Media (SD)	0,69 (0,68)	2,17 (0,57)	2,55(0,50)**,*†,‡‡	0,78 (0,65)	0,70 (0,66)	0,80 (0,69)
	Mediana	1	2	3	1	1	1

Los datos se muestran con media (desviación estándar-SD) y mediana. El ** señala diferencias estadísticamente significativas con $p < 0,001$ entre la medida 1 y la medida 2. El † y el ††, señalan diferencias estadísticamente significativas entre la medida 2 y la medida 3 con $p < 0,05$ y $p < 0,001$, respectivamente. El ‡‡ señala diferencias estadísticamente significativas con $p < 0,001$ entre la medida 1 y la medida 3.

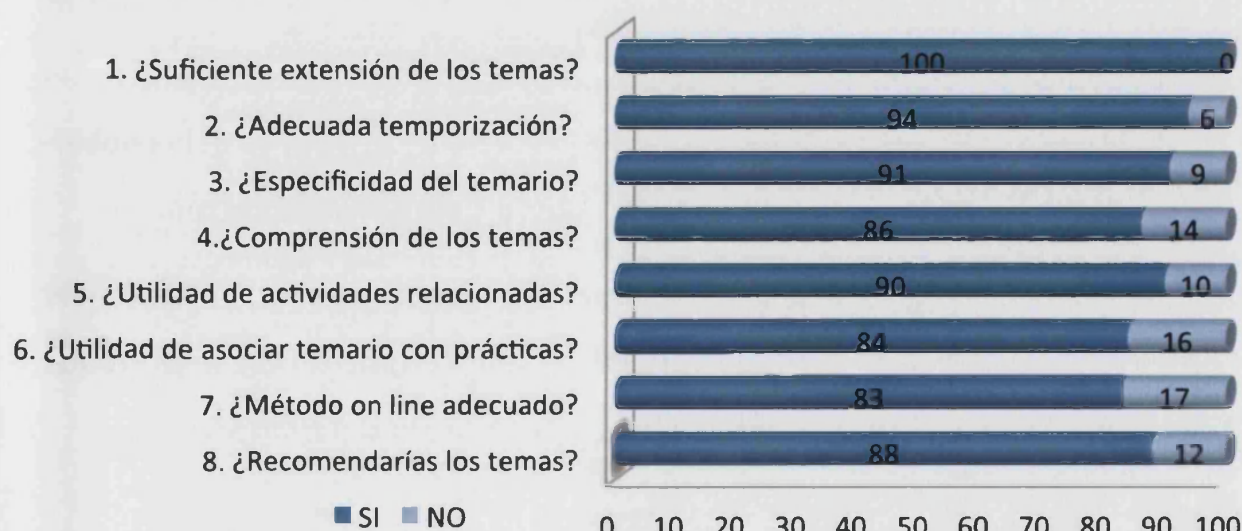
5.4. ANÁLISIS DE LAS OPINIONES

A continuación se exponen los resultados obtenidos en los dos cuestionarios que se utilizaron como medida de la percepción de los estudiantes del GE, acerca del modelo formativo utilizado para la enseñanza-aprendizaje de ética profesional, tanto del primer cuatrimestre (*on-line*), como del segundo (presencial). El primero de ellos se administró en el post test 1 y el segundo, en el post test 2.

5.4.1. Opiniones sobre la metodología utilizada en el primer cuatrimestre

El análisis de los resultados de este cuestionario se realizó en dos bloques: por un lado, se analizaron las ocho primeras preguntas, de tipo dicotómico y por otro, la pregunta final abierta. Para el estudio de las respuestas a las 8 primeras preguntas, se realizó un estudio descriptivo mediante el cálculo de frecuencias. Los resultados mostraron que los 8 ítems del cuestionario obtuvieron respuestas afirmativas entre el 83 y el 100%. En la figura 23, se muestra el tema de la pregunta y el porcentaje de respuestas afirmativas y negativas obtenidas en cada una de ellas:

Figura 23. Porcentaje de respuestas afirmativas y negativas a los ítems del cuestionario de opinión administrado tras el primer cuatrimestre



Resultados

La pregunta abierta de este cuestionario :“¿Quieres añadir algún comentario?”.

A pesar de insistir en la importancia que tenía para el estudio las respuestas a este tipo de preguntas, ésta sólo fue contestada por 18 estudiantes, lo cual representaba el 27,69% de los cuestionarios analizados (n=65). Las respuestas se agruparon en función de la temática, resultando:

- Un estudiante consideraba que era excesiva la carga de trabajo necesaria para el seguimiento del módulo.

Ejemplo: *“Demasiada carga de trabajo en poco tiempo, los plazos de entrega muy cortos o cada tema muy largo”.*

- Dos estudiantes manifestaban la dificultad que habían tenido para comprender algunos de los conceptos del temario.

Ejemplo: *“Buena iniciativa, aunque el temario no me ha parecido del todo bueno. Al no tener una base es difícil comprender algunos conceptos”.*

- Cuatro estudiantes opinaron que los plazos de entrega de las actividades les había resultado demasiado cortos.

Ejemplo: *“Deberíamos haber tenido más tiempo para su realización y me hubiera gustado que estos temas se dieran en las aulas para su mayor comprensión”.*

- Cinco estudiantes consideraron que el estudio de la materia debía haberse iniciado en cursos anteriores y no en el último año de la carrera.

Ejemplo: *“Los temas nos han ayudado a comprender y entender mejor la ética profesional, lo cual considero muy importante. Pero debían haberse impartido en cursos anteriores”.*

- Y, finalmente, la opinión de seis estudiantes manifestaba la sorprendente utilidad de los conocimientos aportados por el temario y las actividades asociadas.

Ejemplo: “Me imaginaba que iba a ser otra cosa el estudio del temario de ética sin embargo me ha sorprendido el hecho de que me haya servido tanto para mi profesión y cómo lo han planteado. Me ha gustado y servido mucho.

5.4.2. Opinión de la metodología utilizada en el segundo cuatrimestre y del modelo propuesto en general

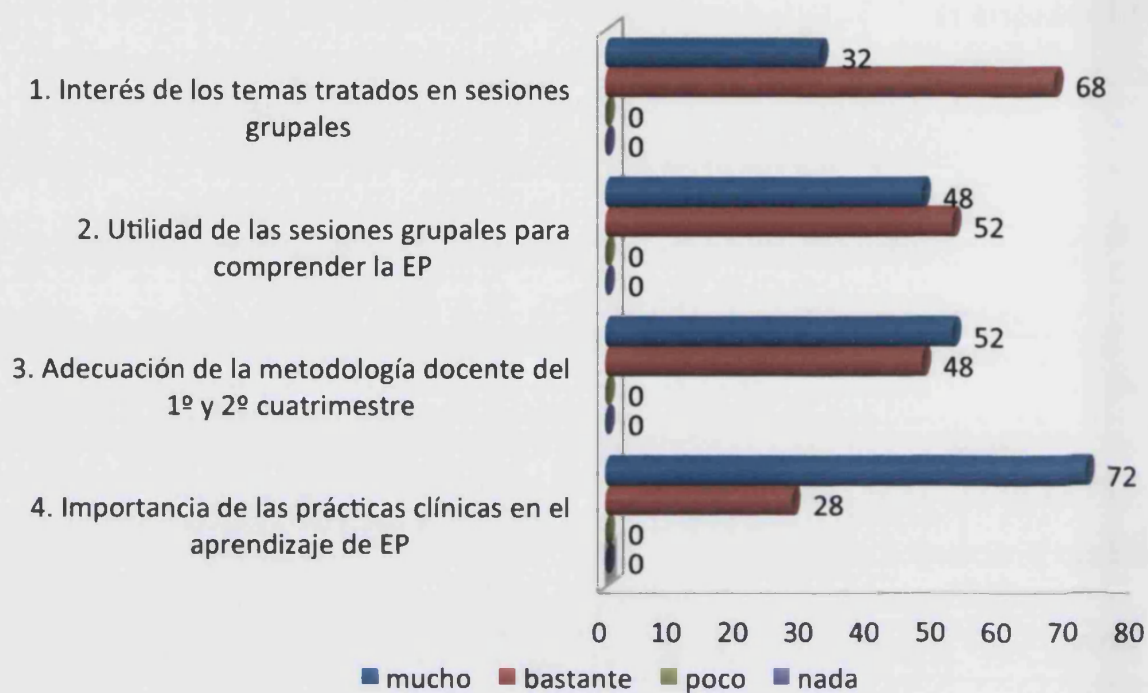
El segundo de los cuestionarios de opinión estuvo formado por 9 ítems, que se analizaron en tres bloques: por un lado, los 4 primeros (ítems 1 a 4), por otro lado el ítem nº 5 y, finalmente, el ítem nº 6, que era una pregunta abierta.

Los ítems 1 y 2 se referían a la metodología del segundo cuatrimestre, el ítem nº 3 a la metodología global de todo el curso y el ítem nº 4 cuestionaba la utilidad de las prácticas clínicas en el estudio de ética profesional.

Las respuestas a las cuatro primeras preguntas de este cuestionario se exponen en el siguiente gráfico de barras, que expresa el porcentaje de respuestas de cada magnitud (mucho, bastante, poco y nada), proporcionadas por los estudiantes del GE:

Resultados

Figura 24. Porcentaje de respuestas: mucho, bastante, poco y nada, en los ítems 1 al 4 del cuestionario de opinión administrado tras el segundo cuatrimestre

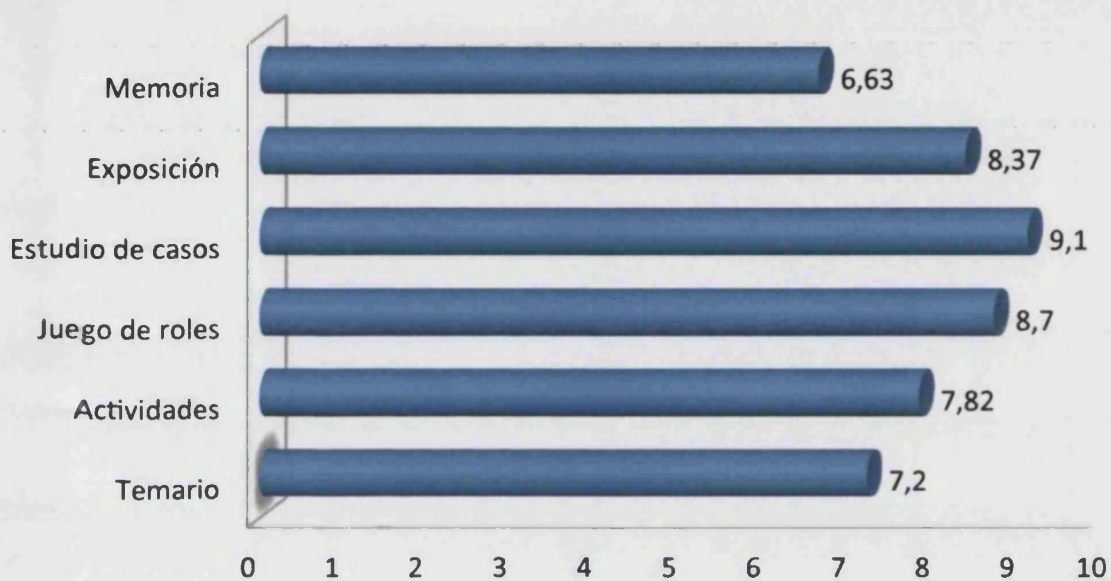


Los resultados muestran respuestas favorables (mucho y bastante) del 100% en los cuatro ítems.

La pregunta nº 5 del cuestionario tenía unas opciones de respuesta diferentes, de modo que los estudiantes debían otorgar una puntuación entre 1 y 10 a cada uno de los elementos del modelo formativo, según la importancia que había tenido para ellos en el aprendizaje de ética profesional: el temario, las actividades relacionadas, el juego de roles, el análisis de casos en grupo, la elaboración y exposición de la resolución de casos éticos y la memoria final.

Los resultados muestran que la actividad que más les había ayudado a comprender la materia, fue el análisis de casos en grupo, seguidos por las actividades de juego de rol, y la elaboración y exposición de casos éticos. En la siguiente figura se expone un gráfico de barras que representa las puntuaciones medias en cada una de estas actividades:

Figura 25. Puntuaciones otorgadas por los estudiantes a cada uno de los elementos del modelo formativo



La última pregunta del cuestionario, era una pregunta abierta: *“En tu opinión, ¿cómo podríamos mejorar la enseñanza de ética profesional en la carrera de Fisioterapia?”*. De los 65 cuestionarios analizados, 59 estudiantes (90,77%) respondieron esta vez a la pregunta. Analizados los contenidos de las repuestas, se establecieron las siguientes categorías (ordenadas de mayor a menor frecuencia de respuestas en cada una de ellas):

a) Implicación de los tutores de prácticas y del resto de profesores de la Titulación, en la enseñanza de ética profesional

La mayoría de las respuestas (28%) hacían alusión a sus tutores de prácticas hospitalarias. Habían advertido que éstos jugaban un importante papel en el proceso de aprendizaje de ética profesional y sugerían una mayor formación por su parte en estos temas y que ellos mismos actuaran de ejemplo en la adopción de comportamientos éticos profesionales. Éstos son algunos ejemplos:

“... haciendo que los tutores de prácticas de los hospitales entiendan y apliquen una correcta ética profesional”.

Resultados

"... formando a nuestros tutores en ética profesional".

"... enseñando a los tutores de prácticas, dándoles nociones sobre ética profesional para que nos enseñen a nosotros.

"...viéndola reflejada en nuestros profesores y tutores de prácticas".

"... mejorando la ética profesional de los fisioterapeutas de los hospitales públicos donde hemos hecho las prácticas clínicas".

En este sentido también hubieron respuestas que implicaban al resto del profesorado de la Titulación, a quien pedían una mayor implicación en el tema:

"...mayor implicación del resto de profesorado que imparte las demás asignaturas".

"... que todos los profesores hagan hincapié en este campo".

"...incluyéndola en la mayoría de las asignaturas de la carrera...".

b) Aceptación de la asignatura y de la metodología tal y como se ha seguido durante el curso

El siguiente tema al que se hizo mayor alusión (26% de las respuestas), fue el aceptar la asignatura y la metodología tal y como se había impartido durante el curso. Éstos fueron algunos de los comentarios:

"... ya está bastante bien organizada. Me ha gustado mucho el ambiente de las clases de ética, el método on-line para leer los temas y enviar los trabajos, los juegos de rol. Me siento informada y preparada para los futuros casos éticos que encontraré durante mi profesión"

" ... igual que este año".

"... ha sido útil y divertido".

"... me ha gustado mucho la forma práctica en la que habéis explicado".

Resultados

“...debería ser una asignatura obligatoria en la carrera, ya que es muy importante para nuestra profesión”.

“...con estas actividades y prácticas. Son realmente útiles para comprender y aplicar los conceptos teóricos”.

“...me ha parecido muy útil, creo que es la mejor forma, combinando clases de ética con prácticas en el hospital”.

c) Momento en el que debería iniciarse el estudio de ética profesional en Fisioterapia

A continuación, el siguiente tema más recurrente (19% de las respuestas), fue el que hacía referencia al momento en el que debía iniciarse el estudio de ética profesional. La mayoría de estas respuestas sugerían iniciar los estudios desde los primeros cursos de la carrera:

“... incluyendo la asignatura en la carrera desde un principio”.

“... Impartíendola en segundo curso que es cuando empiezas las prácticas clínicas, así en tercero ya podrás enfrentarte a ellas”.

“... dando la asignatura desde los primeros cursos para saber cómo actuar”.

“... no impartirla en el último curso”.

“... impartíendola desde el principio de la carrera para así enseñar al alumno poco a poco de que es un aparte muy importante de esta profesión”.

d) Creación de una asignatura de ética profesional con entidad propia, dentro del plan de estudios

Resultados

Otras respuestas (15%) sugerían que la ética profesional debía estudiarse como una asignatura a parte, dentro del plan de estudios:

“...con la creación de una asignatura a parte, de ética profesional.

“...realizándolo como una asignatura más”.

“...creando una asignatura propia”.

“...debería ser una asignatura obligatoria en nuestra carrera ya que es muy importante para nuestra profesión.”

e) Preferencia de las sesiones grupales

Finalmente, algunos estudiantes (12%) manifestaron su preferencia por las sesiones grupales presenciales. Éstos fueron algunos de los comentarios:

“... haciendo más sesiones grupales y exponiendo más casos reales en clase, ya que son más útiles y dinámicas y reduciendo los temario teóricos”.

“...haciéndola más práctica, como en el segundo cuatrimestre.”

“...haciendo más juegos de rol”.

5.5. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE APRENDIZAJE

A continuación se exponen las calificaciones⁴³ medias obtenidas por los estudiantes del grupo experimental, en cada una de las actividades de aprendizaje que se diseñaron para el desarrollo de los componentes cognitivos, procedimentales y actitudinales de la competencia ética:

⁴³ Estas calificaciones medias se obtienen de la tabla de evaluación del aprendizaje (tabla 23, apartado 4.7.5).

Tabla 40. Calificaciones medias, mínimas y máximas de los estudiantes del grupo experimental, en el módulo de ética profesional.

	Actividades												
	Bloque A						Bloque B						Memoria
	A1	A2	A3	A4	A5	A6	S1	S2	S3	S4	S5	S6	
Nota media n= 65	6,6	7,1	7,7	8,4	8,6	8,5	7,8	8,2	8,1	8,6	8,4	9,2	9,6
Nota mínima	5,2	6,5	6,25	6,5	6	6,75	7	7,5	8	8	8,5	9,5	8
Nota máxima	8,5	8,5	9,5	9	9,5	9,5	9,5	9,5	10	10	10	10	10

Bloque A: actividades del primer cuatrimestre. Bloque B: sesiones grupales del segundo cuatrimestre y memoria final

Los resultados evidencian una mejora progresiva en las calificaciones de los estudiantes a lo largo del curso.

5.5.1. Situaciones éticas

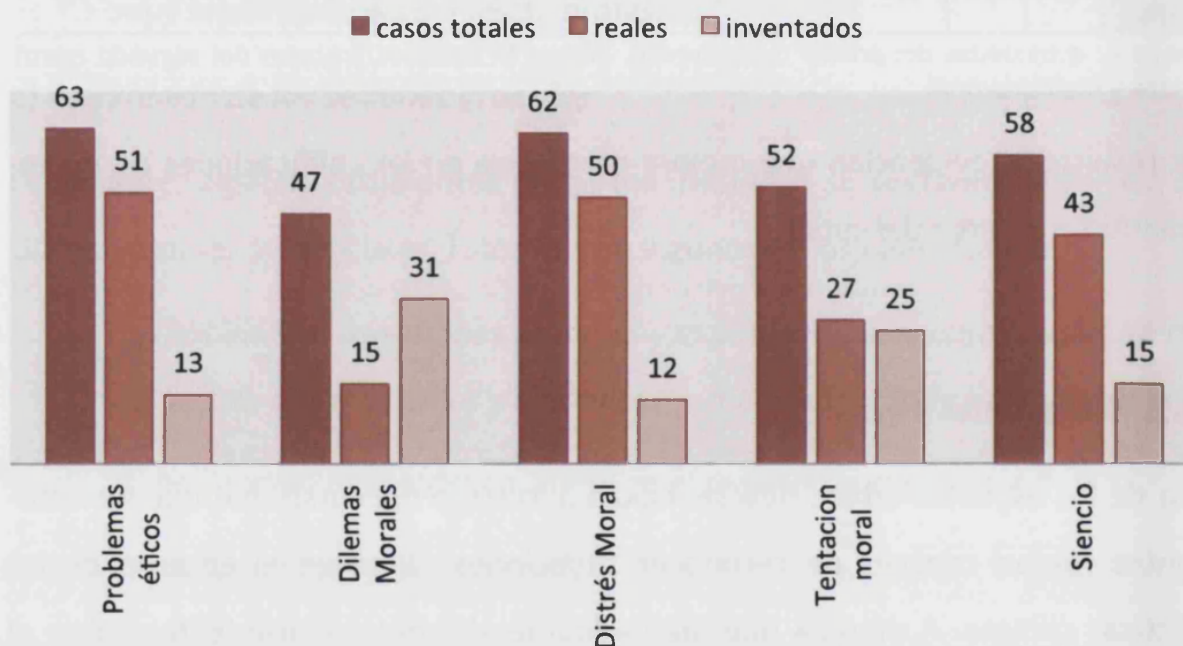
Uno de los aspectos en los que se incidió a lo largo del curso, fue que los estudiantes fueran capaces de reconocer situaciones éticas en el entorno de las prácticas clínicas. A medida que iban adquiriendo más conocimientos sobre el tema, el número de casos reportados por los estudiantes era mayor. El análisis de los casos permitió, de manera adicional, conocer las situaciones éticas vividas por éstos durante las prácticas clínicas; una información que, si bien no sería muy representativa del tipo de cuestiones éticas que ocurren de manera general en Fisioterapia, sí nos dio una primera aproximación al tema, dada la escasez de información al respecto.

Analizados todos los casos planteados por los estudiantes a lo largo de las diferentes actividades, se obtuvieron los siguientes resultados: el total de casos presentados a lo largo del curso, fue de 282, aunque descartamos 96, ya que se trataban de casos inventados a los que los estudiantes recurrían cuando no po-

Resultados

dían aportar casos reales. De los 186 casos reales, los que más frecuentemente relataban eran problemas éticos; a continuación, situaciones de estrés moral y de silencio. Las situaciones menos frecuentes fueron los dilemas morales. En la siguiente figura se muestra el número de casos de cada tipo que se expusieron:

Figura 26. Número y tipo de casos éticos relatados por los estudiantes



Analizadas todas esas situaciones, pudieron clasificarse en 9 temas, en función de los principales valores o principios que se veían vulnerados:

- **Responsabilidad profesional:** las situaciones éticas más frecuentes estaban relacionadas con la falta de responsabilidad profesional que los estudiantes observaban en los fisioterapeutas de los hospitales en los que hacían sus prácticas (delegaban sus tareas al personal auxiliar, aplicaban los tratamientos impuestos por el médico aunque no estuvieran de acuerdo con ellos, etc.).

Resultados

- **Competencia profesional:** el siguiente tema que con más frecuencia observaron los estudiantes en sus prácticas, estaba relacionado con la falta de competencia profesional; denunciaban el hecho de que los tutores y los demás fisioterapeutas incumplían con frecuencia este valor profesional (no actualizaban sus conocimientos, no aplicaban adecuadamente las técnicas, etc.).
- **Beneficencia:** les seguían aquellas situaciones en las que los estudiantes advertían que no siempre se estaba tratando de hacer el mejor bien al paciente (principio de beneficencia), sino que muchas veces los intereses personales eran mayores.
- **Justicia:** a continuación le seguían cuestiones en las que se daban cuenta de que el trato a los pacientes no era tan equitativo como ellos pensaban que debía serlo, observando con frecuencia situaciones de tratos de favor e incumpliendo el principio ético de justicia.
- **Autonomía:** los estudiantes también advirtieron que no era una práctica común en el entorno de trabajo del fisioterapeuta, el pedir el consentimiento del paciente ante las técnicas de valoración o tratamiento que se les iba a llevar a cabo.
- **Secreto profesional:** les seguían situaciones en las que los fisioterapeutas contaban aspectos íntimos de los pacientes a otros compañeros o a otros pacientes, incumpliendo el deber de secreto profesional.
- **Respeto a la intimidad:** también se hizo alusión a la dificultad que se encontraba en las salas de tratamiento y en las habitaciones de los pacientes, para respetar su intimidad.
- **Sinceridad:** le siguieron en frecuencia temas donde se ponía de manifiesto la falta de sinceridad que los profesionales mostraban con sus

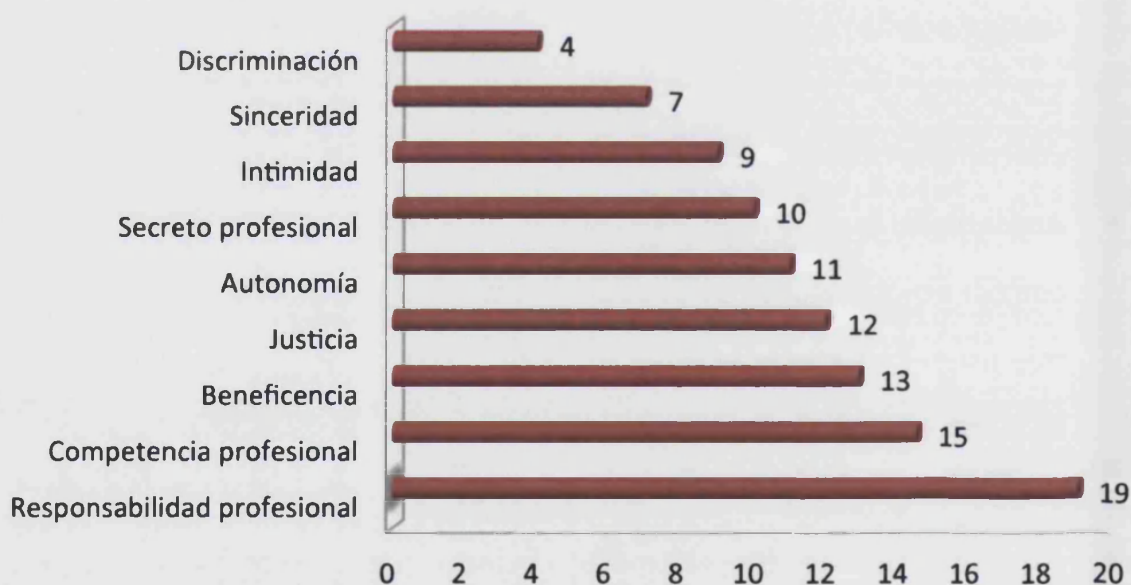
Resultados

pacientes, principalmente motivado por el desconocimiento de qué tipo de información era la que debían o no darles.

- *Discriminación*: finalmente, los estudiantes relataron algunos casos sobre discriminación por razón de edad (personas mayores) o por razón de raza, aunque fueron los menos frecuentes.

Los temas sobre los que versaban las diferentes situaciones y la representación gráfica de sus frecuencias, puede verse en la siguiente figura:

Figura 27. Porcentaje de casos éticos distribuidos por el principio ético o valor con el que se relaciona



Entre todas las respuestas, se exponen a continuación algunos ejemplos que se han considerado interesantes para ilustrar estos casos:

↳ Sentido de la responsabilidad

“Laura es una fisioterapeuta que trabaja en el servicio de electroterapia de un hospital público. Últimamente ha observado que algunos de sus compañeros,

cuando tienen bastante faena y se le van acumulando los pacientes, realizan un acto que va en contra de la profesión: explican a los pacientes cómo va una máquina, concretamente el ultrasonidos, para que sean ellos mismos los que se lo apliquen. Mientras tanto, los fisioterapeutas realizan otras tareas para así ganar tiempo y evitar una acumulación de pacientes. Esta situación es un claro ejemplo de violación de un valor profesional, el del sentido de la responsabilidad, pues por muy sencillo que sea el tratamiento, el fisioterapeuta nunca puede permitir que sean otros los que realicen su trabajo si no están cualificados para ello”.

→ Justicia

“En el lugar donde realizo las prácticas hubo una situación incómoda entre compañeros debido a una falta de respeto por parte de un superior: estoy practicando en la unidad de electroterapia. Allí vamos llamando a los pacientes a medida que quedan libres los aparatos, por orden según la hora a la que fueron citados. Pues en una ocasión, cuando llevábamos a una anciana hacia el radar, entraron dos personas en la sala (un doctor y un supervisor de mi tutora) y se colaron directamente hasta el dicho aparato no sólo sin saludar ni inmutarse con respecto a los demás trabajadores de esa zona, sino además no importándoles que hubiera cola esperando para ese tratamiento. Tuvimos que volver a dejar esperando a la mujer mayor y esperar que ellos terminaran para volver a la normalidad en esa unidad de trabajo. Y se fueron de la misma manera en que llegaron. Me pareció una total falta de educación, respeto y conciencia social hacia los pacientes y hacia los compañeros de trabajo”.

→ Beneficencia

“En el centro de salud citan a los pacientes desde las 9:00 hasta las 13:00 horas, el número de pacientes es tan elevado que hay que reducir el tiempo de tratamiento para poder tratar a todos. La política de la empresa es tratar muchos

Resultados

pacientes en poco tiempo, pero sabemos que un tratamiento más prolongado será más eficaz. Las barreras externas que nos imponen, nos llevan al incumplimiento del principio de beneficencia”.

→ Autonomía del paciente

“Una mañana de prácticas fuimos a una habitación del hospital a realizar movilizaciones pasivas a un paciente y a ayudarlo a caminar; cuando entramos a la habitación, el paciente no quería colaborar, no estaba con ánimo, sus palabras fueron éstas: “no me apetece hacer hoy las movilizaciones y menos caminar”, y el fisioterapeuta le dijo que si no colaboraba, no conseguiría salir del hospital y recuperarse para realizar una vida normal; así que un poco “a la fuerza” y tras insistirle, le hizo las movilizaciones. Yo creo que se debería haber respetado la decisión del paciente”.

→ Competencia profesional

“En el gimnasio de hospital un compañero coloca de forma incorrecta un sistema de poleoterapia en detrimento de la recuperación del paciente, creando molestias innecesarias en la movilización activa del hombro. Decides callar por no llevar la contraria a un compañero titulado”.

→ Discriminación

“Yo estoy en la planta de maternidad, y hay que ir habitación por habitación enseñando a todas las mujeres los ejercicios de postparto que se deben realizar para evitar problemas posteriores. Hay muchas mujeres de otras razas y culturas, que no conocen del todo bien el idioma y necesitan más tiempo para comprender los ejercicios. Sin embargo, el fisioterapeuta, se los indica sin preocuparse de si los comprenden o no”.

→ Intimidad del paciente

“Un caso que vi era: un hombre mayor sin ropa interior, con la puerta abierta, con la familia del paciente con el que compartía la habitación y la enfermera de ese paciente; mientras el fisioterapeuta le hacía al hombre toda la movilización de miembro inferior. Luego lo levantaron para que caminase, y tuvo que ser el propio paciente que pidiese que por favor cerrasen la puerta”.

→ Secreto profesional

“El otro día pude ver que el fisioterapeuta le contaba la conversación que había tenido con un paciente sobre temas personales, a otro paciente. Yo creo que en ese momento no respetó el secreto profesional”.

→ Sinceridad

“En las prácticas pude ver cómo el fisioterapeuta le mentía a una paciente que le preguntaba si se iba a quedar bien después de su fractura de tercio distal de húmero. El fisioterapeuta le decía que sí para no preocuparla, cuando a mi me decía que no lo veía nada claro”.

Capítulo 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados expuestos en el capítulo anterior serán integrados en éste para, después de su discusión, llegar a las conclusiones de la tesis y a la comprobación o refutación de la hipótesis de trabajo. Se expondrán también las limitaciones de la presente investigación así como las líneas de investigación que emergen de este estudio.

6.1. DISCUSIÓN

La discusión se plantea desde varios puntos de vista: las consideraciones generales del trabajo, la metodología utilizada y los resultados obtenidos. Finalmente, también se reflexiona respecto a las limitaciones del estudio.

6.1.1. Consideraciones generales

En este estudio se valoró el efecto de un modelo formativo para la enseñanza-aprendizaje de ética profesional asociado a las prácticas clínicas, sobre las actitudes de los estudiantes hacia su formación en la materia y sobre su percepción acerca de los conocimientos que poseen sobre la misma. Además, dado que la investigación que se ha llevado a cabo, se enmarca en la investigación reflexiva o investigación acción, donde el *feedback* de los estudiantes que intervienen es fundamental para plantear nuevos objetivos y líneas de acción que mejoren la calidad de la docencia, también se analizó la percepción de éstos acerca del modelo formativo propuesto.

Discusión y conclusiones

A nivel nacional se constata, actualmente, gran ausencia de publicaciones sobre ética profesional en Fisioterapia, a pesar de que nos consta que comienza a surgir un incipiente interés por la materia, tal y como se pudo concluir en un estudio descriptivo realizado en 2009 por la autora de esta tesis, con motivo de sus estudios de doctorado. En dicho trabajo se pudo comprobar también la escasez y heterogeneidad de los contenidos en ética profesional presentes en los 42 planes de estudio de Fisioterapia vigentes en aquel momento, así como su enfoque, fundamentalmente deontológico. Además, solamente en un 18,4% de ellos, se reflexionaba en torno a casos éticos específicos de la profesión, mientras que en el resto, o no se trataba este tema o se utilizaban casos generales de la bioética médica en los que la Fisioterapia no tiene un papel decisivo.

Ante tal evidencia y, de acuerdo con las apreciaciones de Callahan *et al.* (1961), Purtilo (2000), Swisher (2005), Dieruf (2004) o Jensen y Richert (2005) entre otros, que consideran fundamental la enseñanza de ética a los futuros fisioterapeutas, surge este estudio, para establecer un modelo formativo con unos contenidos y una metodología docente que demuestre, de manera experimental, el desarrollo de la competencia ética en los estudiantes de Fisioterapia, así como su efecto sobre sus actitudes, conocimientos y opiniones.

En contraste con la ausencia de publicaciones sobre ética profesional en Fisioterapia en España, la búsqueda bibliográfica realizada nos ha permitido comprobar que, aunque escasa, la mayor parte de estudios sobre el tema son de origen estadounidense, canadiense e inglés, lo cual no es de extrañar, dado que el origen de la Fisioterapia en esos países y la creación de sus códigos deontológicos, data de muchos años atrás (por ejemplo, el código ético estadounidense data de 1935, como apunta Purtilo (1977), mientras que el primer código ético en España lo elaboró en 1991 el Colegio de fisioterapeutas de Cataluña). Consideramos que este hecho unido a que, en las Directrices Generales Propias de los anteriores

planes de estudio de Fisioterapia no se contemplaba el estudio de ética profesional de manera obligatoria, constituyen las claves para justificar el desconocimiento sobre el tema por parte de los profesionales y, por tanto, la ausencia de publicaciones de este tipo en nuestro país. Consideramos que esta situación debe subsanarse puesto que en la nueva etapa que se inicia con los estudios de Grado, la competencia ética la han de adquirir necesariamente todos los estudiantes. En este sentido, nuestro estudio contribuye a mejorar este hecho y a estimular la publicación de nuevas experiencias sobre el tema.

En consecuencia, los trabajos en los que nos hemos apoyado para la realización de este estudio, se enmarcan en un contexto de gran tradición en la docencia de la materia en estudiantes de Fisioterapia, a diferencia de la situación española; así pues, mientras en aquellos países se encuentran estudiando y perfeccionando nuevas y novedosas metodologías para enseñar ética profesional a los estudiantes de Fisioterapia, nosotros nos hemos propuesto unificar la información obtenida y extraer de ella aquellas aportaciones que nos han parecido las más adecuadas y aplicables a las características concretas y específicas del plan de estudios en el que iban a ser aplicadas.

6.1.2. Sobre la metodología

Planteamos un modelo metodológico basado en el aprendizaje semi-presencial, como ya hicieran William (2009) o Li-Ling (2011), al considerarlo perfectamente compaginable con otras tareas académicas del estudiante, a la vez que para motivar el aprendizaje autónomo, permitir a los profesores animarles a responsabilizarse de su propio aprendizaje y proporcionarles la independencia y el control necesarios para el desarrollo del pensamiento crítico, imprescindible en esta materia. No se consideró en ningún momento utilizar un modelo de

Discusión y conclusiones

aprendizaje exclusivamente virtual puesto que, como afirman autores como Domenech (1998), la interacción directa entre el estudiante y el profesor es necesaria para asegurar el aprendizaje y porque entre los métodos docentes más efectivos para la enseñanza de ética profesional, se encuentra el análisis de casos en grupos reducidos, lo cual requería necesariamente la presencialidad en el aula.

De los 7 trabajos que se adecuaron a nuestra búsqueda bibliográfica, dado que se estudiaban diferentes propuestas didácticas para la enseñanza-aprendizaje de ética profesional en estudiantes de Fisioterapia, solamente el de Venglar y Theall (2007), comparaba dos de estas propuestas sobre las actitudes y las opiniones de dos grupos de estudiantes: la metodología tradicional mediante lección magistral *versus* el estudio de casos mediante un modelo estructurado de resolución de casos éticos. Como resultado del trabajo, el segundo de los métodos obtuvo mejores resultados, analizados mediante la técnica cualitativa de grupos de discusión (*focus groups*). Sin embargo, el diseño del estudio evidencia que no se hicieron medidas pre y post test y por lo tanto, no se conoce de antemano la homogeneidad de tales grupos, es decir, si partían de las mismas condiciones iniciales como para poder asegurar que las actitudes mostradas al finalizar el programa se debían con certeza al seguimiento de éste. En nuestro estudio, esto fue considerado, al plantear una metodología de investigación cuasi experimental, pre test-post test, con un grupo control y selección aleatorizada al azar de los estudiantes a ambos grupos, para constatar si, efectivamente los cambios producidos en los estudiantes del grupo experimental, eran debidos a la aplicación del modelo propuesto. En este sentido, consideramos que aportamos un estudio diseñado para poder evidenciar adecuadamente los efectos del modelo formativo que proponemos.

Discusión y conclusiones

Con este modelo formativo, hemos querido contribuir, al igual que Jensen y Richert (2005), Triezenberg y McGrath (2001), Venglar y Theall (2007), Hugges *et al.* (2009) Barnitt y Roberts (2000), Kirsch (2008) y Delany *et al.* (2010), al desarrollo de la competencia ética de los estudiantes de Fisioterapia, es decir, a la adquisición, no sólo de conocimientos y actitudes, sino también de destrezas, que autores como Sisola (2000) consideran que son fundamentales para el desarrollo de tal competencia, como reconocer situaciones éticas o desarrollar el razonamiento moral de los estudiantes para plantear soluciones éticamente aceptables ante las mismas. Estamos de acuerdo con Bolívar (2005) en afirmar que lo que proponemos es la incorporación curricular del segundo de los tres niveles de desarrollo de la competencia “compromiso ético”, que es el modo como el Proyecto Tuning (2003) la denomina.

Para el análisis de las actitudes de los estudiantes, no pudimos tomar como referencia ningún estudio en el que éstas se analizaran al inicio y al final de la aplicación del modelo formativo. Únicamente en los estudios de Venglar y Theall (2007) y de Hugges *et al.* (2009), se analiza las actitudes, pero solamente al finalizar el programa. En este sentido, nuestro trabajo aporta una medida pre test-post test de dicho constructo, mediante un cuestionario basado en el modelo teórico de Fishbein y Azjen y el escalamiento summativo de Likert, como suele hacerse en el estudio de actitudes en las Ciencias Sociales y Humanidades (Hirsch, 2005; Gargallo *et al.*, 2007; Traver y García López, 2007) al considerarla la teoría más completa y la única general que explica los procesos de formación y cambio de actitudes. El cuestionario debimos elaborarlo dado que no existía un instrumento ya validado que se adecuara a nuestra investigación. Su elevada fiabilidad y demostrada unidimensionalidad asegura que es un instrumento adecuado para confirmar las conclusiones de este estudio.

Discusión y conclusiones

Estamos de acuerdo con Delany *et al.* (2010), Higgs y Jones (2000), Edwards *et al.* (2004) y Edwards (2001 y 2005), en afirmar que el razonamiento clínico y el razonamiento ético no pueden dissociarse, sino que es necesario desarrollarlos conjuntamente para llevar a cabo un trabajo con rigor y ética profesional. Teniendo en cuenta esta apreciación y, al considerar, igual que hicieron autores como Hayward *et al.* (2006), las ventajas y los beneficios de dicha asociación para la adquisición de los conocimientos y para conseguir una mayor motivación de los estudiantes, decidimos integrar las prácticas clínicas y la ética profesional en una sola asignatura. De ese modo, nos asegurábamos que los estudiantes comprendían la importancia de tal asociación para una práctica moralmente responsable y favoreceríamos aún más la transferencia de los conocimientos adquiridos sobre ética, a la clínica. Todo ello, a pesar de que en la bibliografía consultada, la ética generalmente se propone como un curso aparte dentro del currículo de los estudiantes de Fisioterapia (Triezenberg, 2001; Jensen y Richert, 2005, Venglar y Theall, 2007; Barnit y Roberts, 2000; Delany *et al.*, 2010). Nuestro estudio se plantea, pues, para aportar evidencia en cuanto a la eficacia de un modelo formativo que asocia la ética profesional y las prácticas clínicas, que además es perfectamente adaptable a las nuevas titulaciones de grado y a los nuevos modelos de aprendizaje basados en el ECTS.

A falta de publicaciones nacionales que aportaran luz sobre el tema, para la elaboración de los materiales que han formado parte del modelo formativo que proponemos, se han tenido en cuenta las aportaciones de Barnitt y Roberts (2000), Dieruf (2004), Swisher (2005), Purtilo (2005), Hugges *et al.* (2009) y, en general, todos aquellos cuyo campo de actuación se centrara en la Fisioterapia, o en su defecto, en las Ciencias de la Salud. En consecuencia, siempre sin perder de vista las particularidades del contexto en que sería aplicado, y tomando en consideración que nuestra propia percepción acerca de lo que los estudiantes

Discusión y conclusiones

opinaban a priori del estudio de esta materia, coincidía con la de autores como Dieruf (2004) o Barnitt y Roberts (2000), Fuentes (1998), Homenko *et al.* (1997), es decir, que los estudiantes restan importancia a este tipo de contenidos en el currículo del fisioterapeuta, se imponía el diseño y utilización de actividades encaminadas, en primer lugar, a mejorar esta percepción y estas actitudes hacia la incorporación y el estudio de la ética profesional en su formación. Por ese motivo, decidimos utilizar materiales y técnicas didácticas que resultaran motivadoras para ellos, puesto que también éramos conocedores del estudio de Shulman (2000) en el que se resalta el importante papel de tal motivación en el proceso de aprendizaje.

En este sentido, se procuró la elaboración de un temario teórico poco extenso y comprensible, con unos plazos de entrega de tareas suficiente, en un entorno virtual de comunicación. Las sesiones grupales se basaron en el análisis de casos éticos en grupos reducidos, como ya hicieran otros autores (Triezenberg y McGrath, 2001; Jonassen y Hernández-Serrano, 2002; Keefer y Ashley, 2001; Hudson y Buckley, 2004), dada su importante función en la promoción de la reflexión y la toma de decisiones; así como en juegos de rol, como hicieran Jensen y Richert (2005), Doron, (2007) o Nelson y Eliastam (1991).

El material elaborado incluyó las tres dimensiones que Bermejo (2002) ya señalaba que debían estar presentes, subsanando con ello la situación actual en la que en la que se encuentran la mayoría de planes de estudios de Fisioterapia, en los que sólo se desarrolla la dimensión deontológica. Con estas apreciaciones, los materiales desarrollaban aspectos como los valores, las principales cuestiones en Fisioterapia, un método estructurado para la toma de decisiones éticas o las principales teorías éticas.

Discusión y conclusiones

Estamos de acuerdo con Kirsch (2008) y Venglar y Theall (2007), en subrayar el alto valor pedagógico del modelo estructurado para la toma de decisiones éticas que se ha utilizado en este trabajo, el modelo RIPS (Realm Individual-Process Situation), de Swisher *et al.* (2005), al facilitar a nuestros estudiantes analizar de una manera amplia las situaciones éticas planteadas. Este método les ha permitido reflexionar respecto a cuáles eran los principales partes interesadas en las mismas, tanto si se trataba de individuos, como la institución o la sociedad en general; también les ha ayudado a desarrollar al menos tres de los cuatro componentes del comportamiento moral de Rest *et al.* (1999): la sensibilidad moral, el juicio moral y la motivación moral. Dado que como estudiantes no podían poner en práctica sus decisiones, no sabemos si en circunstancias en que esto fuera posible, las llevarían a cabo o no. El coraje moral tendría que educarse en el entorno laboral del profesional.

Nuestra postura respecto a si los fisioterapeutas debían o no conocer las teorías éticas, coincidía con la de Greenfield y Banja (2009), es decir, consideramos que se debe incluir una versión limitada de estas teorías en las clases de ética para los estudiantes de Fisioterapia, por su gran aportación en la toma ética de decisiones. Por ese motivo, con el método RIPS, los estudiantes fueron orientados a desarrollar el razonamiento moral basando sus argumentos y decisiones en la teoría basada en los principios éticos básicos de Beauchamp y Childress (2001), al igual que hicieron otros autores como Purtilo (2005), Gabard y Martínez (2003), Clawson (1994), Sim (2004) o Diego Gracia (2001). Los estudiantes fueron alentados a utilizar este último enfoque, dado que, a la reflexión sobre la base de los principios éticos, Diego Gracia aporta el diálogo y la deliberación y también una jerarquía de valores que facilita la elección de la opción correcta en las situaciones en las que era preciso anteponer unas acciones a otras cuando ambas eran lo eran, es decir, en los dilemas morales (como ya hiciera Cortina, 2001 y Hortal,

2002). Pero siempre tratando de no dar una receta para cada situación, puesto que, como afirma Sim (1997) y hemos podido comprobar en la práctica, no existe una única, sino estimulando su razonamiento ético y tratando de que lo integran dentro del razonamiento clínico como bien advirtió Magistro en 1989 y corroboran Higgs y Jones (2000), Edwards (2001) y Edwards *et al.* (2004 y 2005).

6.1.3. Sobre los resultados

Todos los estudiantes partieron, al inicio de nuestro estudio, de una situación homogénea en la cual sus actitudes hacia la ética profesional en los estudios de Fisioterapia, sobrepasaban ligeramente la media en una escala de cinco puntos. Además, se pudo constatar que algo más del 50% fueron respuestas favorables (puntuaciones 4 y 5), manteniéndose las indiferentes y desfavorables alrededor del 20%. Este dato contrasta con los resultados obtenidos sobre su percepción acerca de los conocimientos con los que partían sobre la materia, los cuales lindaban una media de 1 punto en una escala entre 0 y 3. De este hecho se deduce, que reconocían no tener conocimientos suficientes sobre el tema, pero que su actitud hacia la materia era aceptable.

Estos datos reflejaban que los estudiantes tenían una actitud positiva a formarse en un materia que, a priori, les parecía importante y necesaria, hecho que ya había advertido Bolívar (2001) en otras profesiones como la Medicina o la Enfermería. Sin embargo, cabe señalar que, aunque todas las subcategorías en las que se agrupaban los ítems del cuestionario de actitudes (CAEPFIS) obtuvieron resultados próximos a la media total del cuestionario, tres de ellas obtuvieron valores por debajo de ésta. Esto indica que, a pesar de la actitud favorable que mostraban hacia la ética profesional, no estaban tan dispuestos a concederle a su estudio la misma importancia que a las demás actividades teórico prácticas

Discusión y conclusiones

específicas de la profesión, ni tampoco les parecía tan buena idea estudiarla de manera transversal junto a las otras asignaturas de la carrera, ni dedicarles más tiempo y esfuerzo que a las otras materias, lo cual evidenciaron los resultados de los ítems 4,14,18,21,25,26 y 28 , que son los que obtuvieron las medias más bajas en estas subcategorías.

Estos resultados obtenidos en el momento antes de iniciar la intervención, eran coherentes con las opiniones y comentarios que los estudiantes manifestaron abiertamente en la reunión informativa celebrada al inicio del curso, donde pudimos apreciar cómo comprendieron la importancia del proyecto que se iba a llevar a cabo, pero, a la vez, cómo se manifestaban algo reacios a realizar las tareas previstas. Esta situación, ya advertida previamente por autores como Barnitt y Roberts (2000), Fuentes (1998) y Homenko *et al.* (1997), se resolvió al insistirles sobre el tema, su importancia y repercusión y, sobretodo, creemos, al dejar constancia de que el sistema de evaluación de la materia no sería de tipo sumativo sino formativo, a lo largo del curso, con pequeñas metas que deberían ir alcanzando progresivamente.

Dado que el modelo formativo que proponemos tiene una especial vinculación con las prácticas clínicas de los estudiantes, tuvimos un particular interés en la respuesta al ítem nº 27 del CAEPFIS donde se cuestionaba sobre ello, la cual obtuvo la media más alta de todo el cuestionario, en ambos grupos. Pensamos que fue un buen punto de partida para el inicio del estudio.

La participación de los estudiantes del grupo experimental durante el primer cuatrimestre cumplimentando las tareas de manera razonada, entregándolas en la fecha establecida y cruzando emails con la profesora de ética, fue muy satisfactoria, como también lo fue la percepción que manifestaron tener en aquel momento sobre los conocimientos adquiridos y la opinión que reflejaron a través

Discusión y conclusiones

del primer cuestionario que se les administró, respecto a la metodología *on line* empleada en dicho periodo.

Respecto a los conocimientos, el CCEPFIS constató una diferencia estadísticamente significativa respecto a la situación inicial por parte del grupo experimental, no existiendo tales diferencias en el grupo control. En cuanto a las opiniones sobre la metodología utilizada, se obtuvieron resultados muy favorables, en un rango entre el 83 y el 100%, respecto a la extensión, temporización, especificidad y comprensión de los temas, así como a la utilidad de las actividades relacionadas, resultándoles un método adecuado. Queremos hacer constar que un 90% de los estudiantes, continuaban considerando muy útil el asociar el estudio de la materia durante este periodo, con la realización de sus prácticas clínicas. A pesar de que se les ofreció la posibilidad de expresar abiertamente sus opiniones en la última pregunta de este cuestionario, su participación fue muy escasa (27,69%) y por tanto, poco representativa de la totalidad de los estudiantes del grupo experimental; aunque cabe señalar que la tercera parte de esas respuestas dejaron constancia de lo útil que les había resultado la materia en este periodo. Nos llamó la atención que casi otro tercio de las respuestas manifestaran su deseo de que la materia se hubiera iniciado en cursos anteriores, porque esta observación ya la habían hecho Barnitt y Roberts (2000) al pensar que, de ese modo, se iría preparando a los estudiantes con anterioridad a la realización de las prácticas clínicas. Nosotros, sin embargo, consideramos que, aunque se pueda estimular su aprendizaje en cursos previos, para que realmente sea útil, debe unirse a la práctica clínica, como opinan Hayward *et al.* (2006), Delany *et al.* (2010), Higgs y Jones (2000), Edwards *et al.* (2004) y Edwards (2001 y 2005) y esta circunstancia, en nuestra titulación, ocurre en tercer y cuarto curso del Grado.

Discusión y conclusiones

El segundo cuatrimestre fue decisivo para favorecer la adhesión de los estudiantes del grupo experimental, al programa de ética. Los estudiantes llegaron a este periodo con unos conocimientos que, no solamente ellos percibían que eran mejores, sino que efectivamente podía comprobarse en cada una de las sesiones. Se observaba cómo los estudiantes contrastaban sus opiniones y sus ideas con los demás miembros del grupo, facilitando la reflexión crítica y el razonamiento ético.

Las actitudes de los estudiantes del grupo experimental al finalizar este periodo y por tanto la intervención, fueron más favorables, presentado diferencias estadísticamente significativas respecto al principio de la investigación. Estas diferencias no se manifestaron en el grupo control, quienes obtuvieron unos resultados similares a los del inicio del estudio. Estos datos demuestran el hecho de que el modelo formativo fue la causa de esta mejora en las actitudes. Las respuestas favorables (valores 4 y 5) del CAEPFIS en el grupo experimental, aumentaron un 30%, mientras que las indiferentes disminuyeron y las desfavorables lo hicieron mucho más. Las diferencias estadísticamente significativas se manifestaron en las 10 subcategorías en las que se habían clasificado los 33 ítems del cuestionario. Estos resultados mostraron, no solamente que la actitud general de los estudiantes del grupo experimental ante la ética profesional en los estudios de Fisioterapia, había mejorado significativamente tras la intervención, sino que su percepción respecto a cada una de las subcategorías en las que se descomponía el cuestionario, también había variado en la misma proporción, de modo que aquellas subcategorías que fueron mejor y peor valoradas inicialmente, también lo fueron en el post-test. De nuevo, las subcategorías que obtuvieron una media por debajo de la nueva media del cuestionario, fueron las mismas que en el pre-test, lo cual pone de manifiesto que los estudiantes finalizaron el programa con alguna que otra reticencia a concederle a su estudio la misma importancia que a

Discusión y conclusiones

las demás actividades teórico prácticas específicas de la profesión, a estudiarla de manera transversal junto a las otras asignaturas de la carrera o a dedicarles más tiempo y esfuerzo que a las otras materias.

El valor medio del ítem nº 27, también mejoró significativamente, lo cual demostraba que los estudiantes consideraban aún más importante la asociación del estudio de ética, con las prácticas clínicas, al final del curso.

Paralelamente a la mejora en sus actitudes, la percepción que los estudiantes presentaron sobre los conocimientos adquiridos sobre la materia, mejoraron también de manera estadísticamente significativa respecto a la primera medida en el grupo experimental. Circunstancia que no ocurrió en el grupo control, en el que los datos permanecieron similares a los del pre-test y post-test 1. En el grupo experimental, sin embargo, algo más de la mitad de los ítems mejoraron también significativamente respecto a la segunda medida, lo cual indicaba que esta segunda parte, basada en el método del caso, les había ayudado a comprender mejor temas relacionados con los principios éticos, los valores profesionales, las situaciones éticas específicas de los fisioterapeutas o los métodos para la resolución de casos éticos, tal y como mostraba el resultado de los ítems 1,10,11,12,13,15,16,17,18 y 19 del CCEPFIS, los cuales representaban fundamentalmente los aspectos más trabajados durante este segundo periodo.

La percepción de los estudiantes respecto al interés de los temas tratados en las sesiones grupales y su utilidad para comprender la ética profesional, fue muy satisfactoria, con un porcentaje del 100% de respuestas entre mucho y bastante, y ninguna desfavorable (entre poco y nada). Así mismo, también opinaron que la asociación de ambas partes de la metodología les había resultado muy adecuada y bastante adecuada, en el 100% de los casos. Y respecto a la importancia que tenían las prácticas clínicas en el aprendizaje de ética profesional, los estudiantes

Discusión y conclusiones

se mantuvieron fieles a sus primeras percepciones, manifestando un 100% de respuestas favorables.

Mediante este cuestionario, también pudimos constatar el hecho de que los estudiantes valoraron por encima de los temas teóricos y las tareas del primer cuatrimestre, las técnicas de análisis de casos y de juego de roles, así como la preparación y exposición de la resolución de un caso ético vivido en las prácticas clínicas, todas ellas pertenecientes al segundo periodo. Esto corrobora lo que ya opinaron Venglar y Theall (2007) respecto a que el método del caso es el más valorado por los estudiantes. Sobre todo, cuando esos casos reflejan las experiencias de los estudiantes en sus estancias clínicas, lo cual, como ya apuntaban Barnitt y Roberts (2000), y se ha podido comprobar a lo largo de este estudio, mejora la motivación y el compromiso con la materia.

Las respuestas a la pregunta abierta planteada en este cuestionario final, evidenció esta vez una participación del 90,77% de los estudiantes. Creemos que una de las razones de tal participación fue el hecho de que el cuestionario fuera administrado en esta ocasión, en papel en el aula y en presencia de las profesoras y que, también estaban más concienciados de la importancia para nuestro estudio de este tipo de respuestas, lo cual insistimos en varias ocasiones a partir de la escasa participación de la primera vez. Las respuestas más frecuentes sugerían una mayor formación en ética profesional por parte de sus tutores de prácticas; habían comprendido la importancia que tenía para su formación ética, el papel de estos profesores y reclamaban una mayor preparación en estos temas. También sugerían una mayor implicación del resto de profesores de la titulación. Le seguían en frecuencia opiniones muy favorables respecto a la metodología utilizada y, a continuación, aquellas que destacaban, como ya lo habían hecho unos pocos estudiantes durante el primer cuatrimestre, que la materia debería estu-

Discusión y conclusiones

diarse en los primeros cursos de la carrera, coincidiendo con la opinión de Barnitt y Roberts (2000).

La evaluación de los resultados de aprendizaje se realizó mediante la aplicación de una rúbrica formada por ocho indicadores y cuatro criterios, a cada una de las actividades que los estudiantes realizaron a lo largo del curso. Las calificaciones medias que se obtuvieron, fueron gradualmente mejores, demostrando el desarrollo progresivo de los componentes actitudinales, conceptuales y procedimentales de la competencia ética, lo cual pudo constatar la efectividad del modelo propuesto respecto a la adquisición de esta competencia transversal. Para obtener la calificación definitiva de la asignatura *Estancias Clínicas III piloto*, se mediaron estas calificaciones con las obtenidas en sus rotaciones prácticas, según el sistema de evaluación diseñado.

La evaluación del curso utilizó, por lo tanto, el *feedback* de los estudiantes, la calificación de sus trabajos y la participación en los grupos y concluyó que los estudiantes estuvieron satisfechos con el formato y las oportunidades de aprendizaje del mismo.

Finalmente, y aunque no sea representativa, nuestro estudio aporta, adicionalmente, una pequeña muestra de las situaciones éticas que se encuentran los fisioterapeutas en el entorno clínico; una información que hemos considerado de gran interés, dada la inexistencia hasta el momento de literatura a este respecto en nuestro país. Las situaciones relatadas, observadas por los estudiantes en los hospitales públicos donde realizaban sus prácticas, contrastaban con las aportadas en los estudios de Barnitt (1998), Geddes *et al.* (1999) y Poulis (2007). Las situaciones más frecuentes, hacían referencia a la falta de responsabilidad profesional que observaban los estudiantes por parte de los fisioterapeutas asistenciales, anteponiendo sus propios valores personales, a los del paciente.

Discusión y conclusiones

Ante este hecho, estamos de acuerdo con la apreciación de Barnitt y Roberts (2000), cuando afirma que el desconocimiento de las actuaciones éticas en Fisioterapia hace que los fisioterapeutas no pongan en marcha los mecanismos necesarios para el respeto de los valores éticos; motivo que justifica la realización de estudios como el que se presenta en esta tesis.

Los estudiantes aprendieron a reconocer los diferentes tipos de situaciones éticas (problema, dilema, tentación, estrés moral y silencio). El análisis de estas situaciones, pudo constatar además, como ya advirtió Sim (1997), Triezenberg (1996) y apuntaba Vielva (2002) para el caso de la Enfermería, que no todas eran grandes dilemas bioéticos, los cuales son más frecuentes en Medicina. En efecto, los estudiantes evidenciaron más problemas éticos y situaciones de estrés moral y de silencio, que dilemas morales. Compartimos con Guccione (1980), Triezenberg (1996), Barnitt (1998), Geddes, *et al.* (1999) y Poulis, (2007), que conocer este tipo de cuestiones constituye un punto de partida fundamental para estimular el debate ético entre los profesionales e inducir a la publicación de bibliografía sobre ellas. Aunque también creemos y compartimos con Poulis (2007), que la falta de bibliografía sobre estos temas en Fisioterapia, podría deberse a que las situaciones éticas que le atañen a esta profesión no son tan mediáticas como las que conciernen a la Medicina: aborto, eutanasia, trasplante de órganos, experimentación con humanos, etc. Otro punto de vista que cabe señalar, es que no compartimos la idea de Venglar y Theall (2007), de que, para la enseñanza de ética profesional a los estudiantes de Fisioterapia, se deban utilizar casos no específicos de la profesión para, de ese modo, proporcionarles una visión global de los aspectos éticos en el contexto sanitario y así prepararles para su potencial participación en una amplia variedad de discusiones éticas en su futuro trabajo. En nuestros estudiantes, este enfoque no hubiera resultado

motivador para su formación en la materia, teniendo en cuenta la importancia de este aspecto en el aprendizaje.

Finalmente, este proceso cíclico de investigación que comenzó con la planificación del estudio y continuó con su puesta en acción a partir de la información existente sobre el tema y las experiencias de quienes ya han actuado en otros contextos, ha finalizado con la comprobación de su eficacia y con la observación de que, aún habiendo resultado ser un modelo demostradamente adecuado para el desarrollo de la competencia ética en los estudiantes de Fisioterapia, este estudio se convierte de nuevo en el punto de partida de un nuevo ciclo de reflexión que nos puede ayudar a comprender mejor cómo aprenden los estudiantes de Fisioterapia y a adecuar los métodos y las herramientas de aprendizaje a las características particulares del entorno en el que tiene lugar esta investigación. A partir de este momento se inicia un nuevo proceso para mejorar las acciones profesionales y revisar las prácticas docentes a la luz de las evidencias obtenidas de los datos y del juicio crítico de los estudiantes y los docentes que han formado parte.

6.1.4. Consideraciones finales

La formación ética de los futuros profesionales es absolutamente necesaria, ya que la mayor parte de los problemas de nuestra sociedad no son sólo de tipo técnico o científico, sino también ético y responder a ellos desde criterios de justicia, requiere una formación ética y una capacidad de análisis social difíciles de improvisar.

Aunque, si bien la universidad es el entorno adecuado para el desarrollo de la competencia “compromiso ético”, entendida como la educación en valores éticos y cívicos, ello exige un paulatino cambio cultural con implicaciones

Discusión y conclusiones

institucionales; por ese motivo, consideramos que lo más realista para dar el primer paso, es comenzar por incorporar al currículo la ética profesional.

Las prácticas clínicas constituyen un entorno que propicia el desarrollo de la sensibilidad moral de los estudiantes ante las situaciones éticas que conciernen de modo específico a la Fisioterapia, les prepara para afrontar los problemas éticos que encontrarán en su futuro profesional y despiertan en ellos la inquietud por un ejercicio honesto, responsable y justo de la profesión. El aprendizaje de ética profesional en el entorno de las prácticas clínicas, ayuda a los estudiantes a comprender la importancia de un comportamiento profesional ético, indispensable para la formación de buenos profesionales.

La incorporación, en el nuevo plan de estudios de grado de competencias transversales como el conocimiento de las bases éticas de la profesión, junto a iniciativas del estilo de la que se lleva a cabo en este estudio, podría significar el primer paso hacia el desarrollo de una cultura ética profesional entre los estudiantes de Fisioterapia que complementen su formación y les garantice una educación integral que pueda verse reflejada en sus actuaciones profesionales. La implicación de las instituciones es fundamental para alcanzar este propósito.

Consideramos que las características del presente estudio lo convierten en un ejemplo efectivo de cómo los resultados de la investigación, pueden transferirse al terreno profesional, mejorando la práctica asistencial de los fisioterapeutas.

6.1.5. Limitaciones

En el presente trabajo el número de sujetos de la investigación está supeditado al número de alumnos matriculados en la asignatura.

Los resultados obtenidos deben ser leídos considerando el ámbito en el que se ha realizado el estudio: una única aula, una única disciplina. Nuestros resultados

no pueden hacerse extensivos a otras realidades, sin embargo, sirven en gran medida para mejorar nuestra docencia y puede ser útil a otros investigadores con objetivos similares a los nuestros.

6.2. CONCLUSIONES

A la vista de los resultados obtenidos, a continuación se resumen las principales conclusiones derivadas del presente estudio:

- PRIMERA: La actitud de los estudiantes de tercer curso de Fisioterapia hacia su formación en ética profesional es favorable.
- SEGUNDA: Los estudiantes de tercer curso de Fisioterapia perciben tener escasos conocimientos sobre ética profesional.
- TERCERA: El modelo formativo semi-presencial de enseñanza-aprendizaje de ética profesional asociado a las prácticas clínicas, diseñado para este estudio, desarrolla la competencia ética en los estudiantes de Fisioterapia.
- CUARTA: El aprendizaje de ética profesional a través del modelo formativo propuesto, mejora la actitud de los estudiantes de Fisioterapia hacia su formación en la materia.
- QUINTA: El modelo formativo propuesto en este estudio para la enseñanza aprendizaje de ética profesional, mejora la percepción que tienen los estudiantes acerca de lo que saben sobre el tema.
- SEXTA: Los estudiantes de Fisioterapia perciben que el modelo for-

mativo propuesto es muy adecuado y práctico.

La consideración de las conclusiones obtenidas nos permite afirmar que se confirma la hipótesis de la que parte el estudio: La incorporación al plan de estudios de Fisioterapia de un modelo formativo semi-presencial para el desarrollo de la competencia ética, asociado a las prácticas clínicas, mejora significativamente tanto la actitud de los estudiantes hacia la materia, como su percepción respecto a lo que conocen sobre el tema, resultándoles al mismo tiempo, un modelo adecuado.

6.3. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS

En este trabajo se ha elaborado, aplicado y evaluado un modelo formativo para el desarrollo de la competencia ética en los estudiantes de Fisioterapia.

Una de las líneas que se proponen como continuidad de este estudio, está relacionada con los tutores de las prácticas clínicas de los estudiantes. Dado el importante papel que estos fisioterapeutas representan como ejemplo de buenas prácticas, lo cual ha sido corroborado por los estudiantes en los cuestionarios de opinión, se hace necesario estudiar el modo como estos profesionales entienden la ética profesional, sus actitudes hacia ella y los mecanismos que ponen en marcha ante las situaciones éticamente conflictivas de su entorno laboral. Se plantea que, a la vista de estos resultados, se diseñe un programa adecuado a sus necesidades de formación en la materia. Este hecho favorecería en gran medida la interacción del estudiante durante su estancia en las prácticas. También consideramos que sería recomendable actuar de manera similar en el resto de profesionales no docentes, diseñando intervenciones que favorezcan el sentimiento de pertenencia al colectivo profesional representado por el colegio de fisioterapeutas, lo cual podría mejorar su actitud hacia la práctica de una

profesión éticamente responsable.

Por otro lado y, para garantizar una orientación lo más adecuada posible de los contenidos formativos en ética profesional a las realidades asistenciales de los fisioterapeutas, convendrá realizar un análisis más amplio y exhaustivo de las principales cuestiones éticas que surgen en el ejercicio de esta profesión, tanto a nivel asistencial público como privado; así como también en la vertiente docente e investigadora.

Finalmente, se propone seguir investigando el modo como los estudiantes de Fisioterapia razonan y aprenden los contenidos éticos, para de ese modo, ajustar las metodologías a sus propias características y necesidades de aprendizaje.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ↪ Abdel-Gaid, S., Trueblood, C.R., Shrigley, R.L. (1986). A systematic procedure for constructing a valid microcomputer attitude scale. *Journal of Research in Science Teaching*, 23, 823-839.
- ↪ Addoms, E., Callahan, M., Schulz, B. (1961). Functions of the Physical Therapist. *Physical Therapy Reviews*, 41,793-794.
- ↪ Aiken, L. (1996). *Tests psicológicos de evaluación*. México: Prentice-Hall.
- ↪ Allen, I., Seaman, J., Garret, R. (2007). *Blending in. The Extent and Promise of Blended Education in the United States*. EEUU: The Sloan Consortium.
- ↪ American Physical Therapy Association (2011). *Code of Ethics* [en línea]. Consultado el 31 de Agosto de 2011, en: <http://www.apta.org>.
- ↪ American Physical Therapy Association (2003). *Professionalism in Physical Therapy Core Values* [en línea]. Consultado el 31 de Agosto de 2011, en: <http://www.apta.org>.
- ↪ Anastasi, A. (1986). *Los tests psicológico*. Madrid: Aguilar.
- ↪ Antolí, P., González, N. (1981). Desarrollo histórico de la Fisioterapia en nuestro país. *Revista Fisioterapia*, 11,7-12.
- ↪ APTA. *Vision Sentence for Physical Therapy 2020 and APTA Vision Statement for Physical Therapy 2020*. Consultado el 2 de Septiembre de 2011, en: <http://www.apta.org>.
- ↪ Argandoña, A. (1999). La enseñanza de la ética por el método del caso. En: J. Flecha, *Europa: ¿mercado o comunidad? De la Escuela de Salamanca a la Europa del Futuro*, Salamanca: Publicaciones Universidad

Referencias bibliográficas

Pontificia.

- Atkinson, K., Coutts, F., Hassenkamp, A.M. (2007). *Fisioterapia en ortopedia: un enfoque basado en la resolución de problemas* (2ª ed.). Madrid: Elsevier.
- Ausubel, D., Novak, J., Hanesian, H. (1983). *Psicología educativa. Un punto de vista cognoscitivo* (2ª ed.). México: Trillas.
- Banja, J.D. (1985). Whistleblowing in Physical Therapy. *Physical Therapy*, 65 (11), 1683-1686.
- Barba, L., Alcántara, A. (2003). Los valores y la formación universitaria. *Reencuentro*, 38, *Análisis de Problemas Universitarios*, 38, 16-23.
- Barnitt, R. (1998). Ethical dilemmas in Occupational Therapy and Physical Therapy: a survey of practitioners in the UK National Health Service. *Journal of Medical Ethics* (24), 193-199.
- Barnitt, R., Partridge, C. (1997). Ethical reasoning in Physical Therapy and Occupational Therapy. *Physiotherapy Research International*, 2, 178-194.
- Barnitt, R., Roberts, L. (2000). Facilitating ethical reasoning in student physical therapists. *Journal of Physical Therapy Education*, 14 (3), 35-41.
- Beauchamp, T., Childress, J. (2001). *Principles of Biomedical Ethics* (5ª ed.). New York: Oxford University Press.
- Beauchamp, T., Childress, J. (2004). Does ethical theory have a future in bioethics?. *Journal of Law Medicine and Ethics*, 32, 209-217.
- Bebeau, M., Pimple, K., Muskavitch, K., Borden, S., Smith, D., Agnew, E. (1995). *Moral reasoning in scientific research: Cases for teaching and assessment*. Bloomington, Ind.: Indiana University.
- Bebeau, M., Rest, J., Narvaez, D. (1999). *Beyond the promise: a pers-*

Referencias bibliográficas

- pective on research in moral education. *Educational Researcher*, 28 (4), 18-26.
- ↪ Bermejo, F. (2002). *La ética del trabajo social*. Bilbao: Descleé de Brower.
 - ↪ Biggs, J. (2005). *Calidad del aprendizaje universitario*. Madrid: Narcea S.A. de Ediciones.
 - ↪ Bok, S. (1978). *Lying*. Hassocks: Harvester Press.
 - ↪ Bolívar, A. (1995). *La evaluación en valores y actitudes*. Madrid: Anaya.
 - ↪ Bolívar, A. (2008). *Ciudadanía y competencias básicas*. Sevilla: Fundación ECOEM.
 - ↪ Borich, G., Madden, S. (1977). *Evaluating Classroom Instruction. A Sourcebook of Instruments*. Reading, Massachussets: Addison-Wesley.
 - ↪ Brown, K. (1994). Using role plays to integrate ethics into the business curriculum: A financial management example. *Journal of Business Ethics*, 13 (2), 105-110.
 - ↪ Bruckner, J. (1986). Physical Therapists as double agents: ethical dilemmas of divided loyalties. *Physical Therapy*, 67 (3), 383-387.
 - ↪ Brummel, B., Gunsalus, C., Anderson, K., Loui, M. (2010). Development of Role-Play Scenarios for Teaching Responsible Conduct of Research. *Science and Engineering Ethics*, 16, 573-589.
 - ↪ Budd, S., Sharma, U. (1994). *The healing bond: the patient-practitioner relationship and therapeutic responsibility*. New York: Routledge.
 - ↪ Cain, P. (1998). The limits of confidentiality. *Nursing Ethics*, 5 (5), 158-165.
 - ↪ Callahan, M., Addoms, E., Schulz, B. (1961). Objectives of basic Physical Therapy education. *Physical Therapy*, 41, 795-797.

Referencias bibliográficas

- Campbel, D., Stanley, J. (1973). *Diseños experimentales y cuasi-experimentales en la investigación social*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Cano, E. (2005). *Cómo mejorar las competencias de los docentes. Guía para la autoevaluación y el desarrollo de las competencias del profesorado*. Barcelona: Graó.
- Cano, E. (2010). Els dissenys curriculars en els títols de grau i posgrau: possibilitats i limitacions. *Temps d'Educació*, 38: 35-42.
- Carpenter, C., Richardson, B. (2008). Ethics knowledge in Physical Therapy: a narrative review of the literature since 2000. *Physical Therapy Reviews*, 13, 366-374.
- Case, K., Harrison, K., Roskell, C. (2000). Differences in the Clinical Reasoning Process of Expert and Novice Cardiorespiratory physiotherapists. *Physiotherapy*, 86 (1), 14-21.
- Clawson, A. (1994). The relationship between clinical decision making and ethical decision making. *Physiotherapy*, 80, 10-14.
- Cobo, J. (2000). *Ética profesional en Ciencias Humanas y Sociales*. Madrid: Huerga Fierro Editores.
- Cobo, J. (2001). Educación ética y nueva sociedad mundial. *Revista de Educación*, (Nº especial), 289-315.
- Cobo J. (2003). Formación universitaria y educación para la ciudadanía. *Revista de Educación* (Nº extraordinario), 359-375.
- Colás, P., De Pablos, J. (Coord.) (2005). *La Universidad en la Unión Europea. El Espacio Europeo de Educación Superior y su impacto en la docencia*. Sevilla: Aljibe.
- Collado, S., Vázquez, M., Collado, F. (2003). Secreto profesional del fisioterapeuta. *Biociencias*, 1, 1-14.
- Collen, F. (1992). Bordeline. Por una ética de los límites, Isegoria. *Re-*

Referencias bibliográficas

vista de Filosofía Moral y Política (6), 83-95.

- ↪ Cooper, J. (1996). *Cooperative Learning and College Teaching Newsletter*. California State University: Dominguez Hills.
- ↪ Cortina, A. (2001). *Ética* (3ª ed.). Madrid: Akal.
- ↪ Cortina, A. (2009). *Las fronteras de la persona. El valor de los animales, la dignidad de los humanos*. Madrid: Tecnos.
- ↪ Cortina, A. (1996). *Ética mínima*. Madrid: Tecnos.
- ↪ Coy, J.A. (1989). Autonomy-based informed consent: ethical implications for patient non-compliance. *Physical Therapy*, 69 (10), 826-828.
- ↪ Cronbach, L. (1984). *Essentials of psychological testing*. New York: Harper.
- ↪ Cross, S., Sim, J. (2000). Confidentiality within Physiotherapy: perceptions and attitudes of clinical practitioners. *Journal of Medical Ethics*, 26, 447-453.
- ↪ Crowe, M., O'Malley, J. (2006). Teaching critical reflection skills for advanced mental health nursing practice: A deconstructive-reconstructive approach. *Journal of Advanced Nursing* 56(1): 79-87.
- ↪ Delany, C. (2005). Respecting patient autonomy and obtaining their informed consent: ethical theory—missing in action. *Physiotherapy*, 91, 197-203.
- ↪ Delany, C. (2007). In private practice, informed consent is interpreted as providing explanations rather than offering choices: a qualitative study. *Australian Journal of Physiotherapy*, 53, 171-177.
- ↪ Delany, C. (2008). Making a difference: incorporating theories of autonomy into models of informed consent. *Journal of Medical Ethics*, 34.
- ↪ Delany, C., Jensen, G., Skinner, E. (2010). Closing the gap between

Referencias bibliográficas

- ethics knowledge and practice through active engagement: an applied model of Physical Therapy ethics. *Physical Therapy*, 90, 1068-1078.
- Delgado, A. (coord.) (2005). *Competencias y diseño de la evaluación continua y final en el Espacio Europeo de Educación Superior*. Madrid: MEC, Programa de estudios y análisis.
 - Delors, J. (coord.) (1996). *La educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la educación para el siglo XXI*. Madrid: Santillana.
 - De Miguel, M. (2005). *Modalidades de enseñanza centradas en el desarrollo de competencias. Orientaciones para promover el cambio metodológico en el Espacio Europeo de Educación Superior*. Oviedo: Ediciones Universidad de Oviedo.
 - DeVellis, R. (1991). *Scale Development: Theory and Applications*. Newberry Park: Sage.
 - Dewey, J. (1916). *Democracy and education*. New York: Macmillan Co.
 - Díaz, F., Hernández, G. (2000). *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Serie Docente del siglo XXI*. México: McGraw-Hill.
 - Dieruf, K. (2004). Ethical decision-making by students in Physical and Occupational Therapy. *Journal of Allied Health*, 33, 24-30.
 - Domenech, M. (1998). El Problema de lo social en la Psicología Social. Algunas consideraciones desde la Sociología del conocimiento científico. *Revista Anthropos* (177), 34-38.
 - Doody, C., McAteer, M. (2002). Clinical reasoning of expert and novice physiotherapists in an outpatient orthopaedic setting. *Physiotherapy*, 88 (55), 258-268.
 - Doron, I. (2007). Court of ethics: Teaching ethics and aging by means of role playing. *Educational Gerontology*, 33 (9), 737-758.
 - Edwards, I. (2001). Clinical reasoning in the three different fields of

Referencias bibliográficas

Physiotherapy: a qualitative study. *Australian Digitized Theses program*.

- ↪ Edwards, I., Delany, C. (2008). Ethical reasoning. En: J. Higgs, M. Jones, S. Loftus, N. Christensen, *Clinical reasoning in the health professions*. (3ª ed.), (pp. 279-289), Boston: Elsevier.
- ↪ Edwards, I., Braunack-Mayer, A., Jones, M. (2005). Ethical reasoning as a clinical-reasoning strategy in Physiotherapy. *Physiotherapy*, 91 (4), 229-236.
- ↪ Edwards, I., Jones, M., Carr, J., Braunack-Mayer, A., Gensen, G. (2004). Clinical reasoning strategies in Physical Therapy. *Physical Therapy*, 84, 312-35.
- ↪ Elliott, J. (2000). *La investigación-acción en la educación*. Madrid: Moritz.
- ↪ Ellos, W. (1994). *Narrative Ethics*. Brookfield, Vt: Ashgate Publishing Co.
- ↪ Escámez, J. (1988). El marco teórico de las actitudes: I. El modelo de Fishbein y Ajzen. En J. Escámez, P. Ortega, *La enseñanza de actitudes y valores* (pp. 29-50), Valencia: La Nau Llibres.
- ↪ Escámez, J. (1991). Actitudes en educación. En F. Altarejos, J. Bouché, J. Escámez, O. Fullat, P. Hermoso, E. Gervilla, R. Gil, J.A. Ibáñez-Martín, R. Marín, P.M. Pérez y D. Sacristán. *Filosofía de la educación, hoy. Conceptos*. Madrid: Dykinson.
- ↪ Escámez, J. (2006). La ética profesional del mediador familiar. En A. Hirsch (coord.), *Educación, valores y desarrollo moral. Tomo I*. México: Ediciones Guernika.
- ↪ Escámez, J., Gil, R. (2001). *La educación en la responsabilidad*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A.
- ↪ Escámez, J., Ortega, R. (1986). *La enseñanza de valores y actitudes*. Va-

Referencias bibliográficas

lencia: Nau Llibres.

- Escámez, J., García López, R., Pérez, C., Llopis, A. (2007). *Aprendizaje de valores y actitudes. Teoría y práctica*. Barcelona: Octaedro OEI.
- Exeberria, X. (2002). *Temas básicos de ética*. Bilbao: Descleé de Brower, S.A.
- Faden, R., Beauchamp, T. (1986). *A History and Theory of Informed Consent*. New York: Oxford University Press.
- Fernández, J., Hortal, A. (1994). *Ética de las profesiones*. Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas.
- Fernández, R., Hueto, A., Rodríguez, L., Marcén, C. (2003). ¿Qué miden las escalas de actitudes?. Análisis de un ejemplo para conocer la actitud hacia los residuos urbanos. *Ecosistemas 2003/2*. [en línea]. Consultado el 24 de marzo de 2001 en: www.aeet.org/Ecosistemas/032/educativa1.htm
- Finch, E., Geddes, E., Larin, H. (2005). Ethically-based clinical decision-making in Physical Therapy: process and issues. *Physiotherapy Theory and Practice*, 21 (3), 147-162.
- Fishbein, M., Ajzen, I. (1975). *Belief, attitudes, intention and behavior. An introduction to theory and research*. Massachussets: Addison-Wesley.
- Fishbein, M., Ajzen, I. (1980). *Understanding attitudes and predicting behavior*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Fotion, N. (2007). A weak defense of weak theory in ethics. Paper presented at: Contemporary Reflections on Ethical Theory and Decision-Making; their implications for teaching Bioethic, June 1, 2007. Emory University. Center for Ethics.
- French, S., Sim, J. (2004). *Physiotherapy: a psychosocial approach* (3ª ed.). Philadelphia: Butterworth-Heinemann.

Referencias bibliográficas

- ↪ Fuentes, M. (1998). La formación en ética profesional: reflexión y diálogo. Relato de una experiencia compartida. *Cuadernos de Trabajo Social* (11), 233-249.
- ↪ Gabard, D., Martin, M. (2003). *Physical Therapy Ethics*. Philadelphia: F A Davis Co.
- ↪ Gallego, T. (1996). Principios teóricos de la Fisioterapia. En R. Hernández, A. Gómez, T. Quesada, *III Jornadas Nacionales y II Internacionales de Educación en Fisioterapia, 8 y 9 de noviembre de 1996*. (pp 23-34). Murcia: Servicio de Publicaciones Universidad de Murcia.
- ↪ García López, R., Jover, G., Escámez, J. (2010). *Ética profesional docente*. Madrid: Síntesis.
- ↪ García Sánchez, L. (2006). La relación terapeuta paciente en la práctica fisioterapéutica. *Revista de Ciencias de la Salud*, 4 (1), 33-39.
- ↪ Gargallo, B., Pérez, C., Serra, B., Sánchez i Peris, F., Ros, I. (2007). Actitudes ante el aprendizaje y rendimiento académico en los estudiantes universitarios. *Revista Iberoamericana de Educación*, 42, (1), 1-10.
- ↪ Geddes, E., Finch, E., Larin, H. (1999). *Ethical issues Relevant to Physical Therapy*. Ontario: School of Rehabilitation Science, McMaster University.
- ↪ Gert, B., Culver, C., Clouser, K. (1997). *Bioethics: A return to fundamentals*. New York: Oxford University Press.
- ↪ Gilligan. (1982). *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge: Harvard University Press.
- ↪ Glaser, J. (1994). *Three realms of Ethics: Individual Institutional Societal: Theoretical Model and Case Studies*. Lanham, MD: Rowman and Littlefield.
- ↪ Glaser, J. (2005). Three realms of ethics: an integrating map of ethics for the future. En R. Purtilo, G. Jensen, C. Royeen, *Educating for moral*

Referencias Bibliográficas

action: a sourcebook in health and rehabilitation Ethics (pp. 169-184), Philadelphia, PA: Davis Co.

- Goldie, P. (2003). Narrative and perspective: values and appropriate emotions. En A. Hatzimoyisis, *Phylosophy and the emotions*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- Gracia, D. (2001). La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Medicina Clínica*, 117, 18-23.
- Gracia, D. (2006). *Contribución de las Humanidades Médicas a la formación del médico*. Humanitas. Humanidades Médicas [en línea]. Consultado el 31 de Agosto de 2011 en: http://www.fundacionmhm.org/www_humanitas_es_numero1/articulo.pdf
- Greenfield, B. (2007). The role of the emotions in ethical decision making; implications for Physical Therapy education. *Journal of Physical Therapy Education*, 21, 14-21.
- Greenfield, B., Banja, J. (2009). The role of ethical theory in ethical education for physical therapists students. *Journal of Physycal Therapy Education*, 23 (2), 24-28.
- Gronlound, N. (1985). *Measurement and Evaluation in Teaching*. Nueva York: Macmillan.
- Grossman, P. (2005). Research on pedagogical approaches in teacher education. En M, Cochran-Smith.; Zeichner, KM (eds.). *Studying teacher education: The report of the AERA panel on research and teacher education* (págs. 425-476). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Guccione, A.A. (1980). Ethical Issues in Physical Therapy Practice. A survey of Physical Therapists in New England. *Physical Therapy*, 60 (10), 1264-72.
- Guerra, F. (1989). *Historia de la Medicina*. Madrid: Norma.
- Haddad, A. (2005). Applying the scholarship of teaching and learning

Referencias bibliográficas

to ethics education in occupational and Physical Therapy. En R. Purtilo, G. Jensen, C. Royeen, *Educating for moral action: A sourcebook in Health and rehabilitation Ethics*. Philadelphia, PA: FA Davis.

- ↪ Hardenberg, H. (1946). Ethics for the Physical Therapy from the point of view of the medical practitioner. *Physical Therapy Review*, 26, 231-233.
- ↪ Haskell, M. (1949). Essentials of professional ethics in physical therapy. *Physical Therapy Reviews*, 29, 295-296.
- ↪ Hayes, B., Adams, R. (2000). Parallels between clinical reasoning and categorization. En J. Higgs, M. Jones, *Clinical Reasoning in the Health Professions* (págs. 45-53). Oxford: Butterworth- Heinemann.
- ↪ Hayward, L., Blackmer, B., Markowski, A. (2006). Standardized Patients and Communities of Practice: A Realistic Strategy for Promoting Core Values in a Physical Therapist Curriculum. *Journal of Physical Therapy Education*, 20 (2), 29-37.
- ↪ Higgs, J., Jones, M. (2000). *Clinical reasoning in the health professions*. New York: Butterworth-Heinnermann.
- ↪ Hirsch, A. (2005). Construcción de una escala de actitudes sobre ética profesional. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 7 (1). Consultado el día 4 de enero de 2011, en: <http://redie.uabc.mx/vol7no1/contenido-hirsch.html>
- ↪ Homenko, D., Kohn, M., Rickel, T., Wilkinson, M. (1997). Student identification of ethical issues in a primary care setting. *Medical Education*, 31, 41-44.
- ↪ Hortal, A. (2002). *Ética general de las profesiones*. Bilbao: Desclée de Brower.
- ↪ Hudson, J., Buckley, P. (2004). An evaluation of case-based teaching:evidence for continuing benefit and realization of aims. *Advances in Physiology Education*, 28, 15-22.

Referencias bibliográficas

- ↪ Imbernon, F. (2010). La innovació docent abans i en l'espai Europeu d'Educació Superior. Què hi ha de nou?. *Tems d'Educació*, 38: 43-50.
- ↪ Irigorin, M.E. (2005). Desafíos de la Formación por Competencias en la Educación Superior. Primer Encuentro Internacional de Educación Superior: Formación por competencias. Medellín: Ministerio de Educación Nacional de Colombia, SENA, Universidad de Antioquia, Universidad Nacional de Colombia y ACIET.
- ↪ Hugges, M., Laubscher, K., Black, L., Jensen, G. (2009). En: M.C. Huges, K.M. Laubscher, L. Black, G.M. Jensen, Use of deconstructed cases in physical therapy ethics education: an assessment of student learning. *Journal of Physical Therapy Education*, 23 (1), 22-28.
- ↪ Jensen, G. (2005). Mindfulness: applications for teaching and learning in ethics education. En R. Purtilo, G. Jensen, C. Royeen, *Educating for Moral Action: A sourcebook in health and rehabilitation Ethics* (págs. 191-202). Philadelphia, PA: FA Davis Co.
- ↪ Jensen, G., Paschal, K. (2000). Habits of mind: student transition toward virtuous practice. *Journal of Physical Therapy Education*, 14, 35-41.
- ↪ Jensen, G., Richert, A. (2005). Reflection on Teaching of ethics in Physical Therapist education: integrating cases, theory and learning. *Journal of Physical Therapy Education*, 19 (3).
- ↪ Jensen, G., Gwyer, J., Hack, L., Shepard, K. (2007). *Expertise in Physical Therapy Practice*. (2ª ed.). St. Louis: Saunders/Elsevier.
- ↪ Jensen, G., Resnik, L., Haddad, A. (2008). Expertise and clinical reasoning. En J. Higgs, M. Jones, S. Loftus, N. Chritensen, *Clinical reasoning in the health professions* (3ª ed.). Oxford, London: Butterworth-Hainemann/Elsevier.
- ↪ Joan, P. (1996). Evaluación de la unidimensionalidad de los ítems mediante análisis factorial. *Psicothema*, 8 (2), 397-410.

Referencias bibliográficas

- ↪ Jonassen, D., Hernández-Serrano, J. (2002). Case-based reasoning and instructional design: using stories to support problema solving. *Education Technology Research and Development*, 50 (2), 65-77.
- ↪ Jones, M. (1997). Clinical reasoning: the foundation of clinical practice. Part 1. : *Australian Journal of Physiotherapy*, 43, 167-170.
- ↪ Jones, M., Rivett, D. (2004). *Clinical reasoning for manual therapist*. Philadelphia: Elsevier.
- ↪ Jonson, G. (1985). Twentieth Mary McMillan Lecture. Great expectations: a force in growth and change. *Physycal Therapy*, 65, 1690-1695.
- ↪ Juergens, A., McCaffrey, A. (2008). Roleplays as rehearsals for “doing the right thing”—adding practice in professional values to Moldovan and United States legal education. *Washington University Journal of Law and Policy*, 28, 141-193.
- ↪ Kaplan, S., Greenfield, S., Ware, J. E. (1989). Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcome of chronic disease. *Medical Care*, 27 (suppl.), 312.
- ↪ Keefer, M., Ashley, K. (2001). Case-based approaches to profesional ethics: a systematic comparison of students’s and ethicists’ moral reasoning. *Journal of moral educaction*, 30 (4), 377-398.
- ↪ Kerlinger, F., Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en Ciencias Sociales*. (4ª ed.). México: McGraw-Hill.
- ↪ Kidder, R. (1995). *How good people make tough choices*. New York: Simon Schuster.
- ↪ King, C.A., Bitchell, C. (1998). Expertise in diagnostic reasoning: a comparative study. *British Journal of Therapy and rehabilitation*, 5, 78-88.
- ↪ Kirsch, N. (2008). Ethical Issues and students: Analysis. *PT Magazine of Physical Therapy*, 16, 58-65.

Referencias bibliográficas

- Kohlberg, K. (1992). *Psicología del desarrollo moral*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Kornblau, B., Starling, S. (2000). *Ethics in Rehabilitation: A Clinical Perspective*. Thorofare, NJ: Slack.
- Kyler-Hutchinson, P. (1988). Ethical reasoning and informed consent in Occupational Therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 42 (5), 283-7.
- Laín, P. (2001). *Historia de la Medicina*. Barcelona: Masson.
- Lendoiro, J. (2008). Introducción a la fisioterapia acuática (hidroterapia) en la Edad Moderna. *Fisioterapia al día*, 4 (3), 31-45.
- Li-Ling, H. (2011). Blended Learning in ethics education: a survey of nursing students. *Nursing Ethics*, 18 (418).
- Likert, R. (1932). A Technique for the Measurement of Attitudes. *Archives of Psychology*, 140, 44-53.
- Limbach, B., Waugh, W. (2005). Questioning the lecture format. *Thought and action*, 21, 47-56.
- Lucas, R. (2003). *Bioética para todos*. México, DF: Trillas.
- Luengo, J.J., Luzón, A., Torres, M. (2008). Las reformas educativas basadas en el enfoque por competencias: una visión comparada. *Profesorado. Revista del Currículum y Formación del Profesorado*, 12, 3:1-10.
- Magistro, C. (1989). Clinical decision-making in Physical Therapy: a practitioner's perspective. *Physical Therapy*, 69, 525-534.
- Mansbach, A., Bachner, Y.G., Melzer, I. (2010). Physical Therapy students' willingness to report misconduct to protect the patient's interest. *Journal of Medical Ethics*, 36, 802-805.
- Martínez, M., Pastor, J.M., Sendra, F. (2000). *Manual de Medicina Fisi-*

Referencias bibliográficas

ca. Madrid: Harcourt.

- ↪ Martínez, M., Buxarrais, R., Esteban, F. (2002). La universidad como espacio de aprendizaje ético. *Revista Iberoamericana de Educación*, Nº 29:17-43 [en línea]. Consultado el 10 de octubre de 2011 en: [http://www.campus.oei.org/revista\(rie29.htm](http://www.campus.oei.org/revista(rie29.htm)
- ↪ Martínez Usarralde, M., García López, R. (2009). *Análisis y práctica de la mediación intercultural desde criterios éticos*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- ↪ Marton, T. (1950). Ethics. *Physical Therapy Review*, 30, 178.
- ↪ McGinty, S. (2000). Case-method teaching: An overview of the pedagogy and rationale for its use in Physical Therapy education. *Journal of Physical Therapy Education*; 14 (1), 48-51.
- ↪ McLoughlin, C. (1941). Ethics and the Physical Therapy technician. *Physiotherapy Reviews*, 21, 203-205.
- ↪ Medina, J. (2010). Dimensions pedagògiques, curriculars i organitzatives de l'Espai Europeu d'Educació Superior. *Temps d'Educació*, 38:7-9.
- ↪ Ministerio de Educación y Ciencia (2006). *Borrador de propuesta de Directrices para la Elaboración de Titulos Universitarios de Grado y Máster*. Madrid: MEC .
- ↪ Meliá, J. (2008). *Historia de la Fisioterapia* . Valencia: Il.lustre Col.legi Oficial Fisioterapeutes Comunitat Valenciana.
- ↪ Mills, G. (2003). *Action research: a guide for the teacher researcher* (2ª ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill/Prentice Hall.
- ↪ Molina, A. (1990). *Rehabilitación. Fundamentos, técnicas y aplicación*. Valladolid: Editorial Médica Europea.
- ↪ Montoya, G. (2007). La ética del cuidado en el contexto de la salud sexual y reproductiva. *Acta Bioethica*, 13 (2), 168-175. [en línea]. Consultado el 22 de mayo de 2011 en : <http://redalyc.uaemex.mx/>

Referencias bibliográficas

pdf/554/55413203.pdf

- Morales, S., Escámez, J. (2007). Competencias para la convivencia en una sociedad plural. *Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 65, 126:481-509.
- Morales, P. (2009). *Ser profesor. Una mirada al alumno*. Guatemala: Universidad Rafael Landívar.
- Morales Vallejo, P. (2006). *Medición de actitudes en psicología y educación* (3ª ed.). Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas.
- Morales Vallejo, P. (2011). *El análisis factorial en la construcción e interpretación de tests, escalas y cuestionarios*. Universidad Pontificia de Comillas. [en línea]. Consultado el 20 de Julio de 2011, en: [http://upcomillas.es/personal/peter/investigación/Análisis Factorial.pdf](http://upcomillas.es/personal/peter/investigación/Análisis_Factorial.pdf).
- Morales, P. (2000). *Evaluación y aprendizaje de calidad*. Ciudad de Guatemala: Universidad Rafael Landívar.
- Mostrum, E. (2005). Teaching and learning about the ethical and human dimensions of care in clinical education: exploring student and clinical instructor experiences in Physical Therapy. En R. Purtilo, G. Jensen, C. Royeen, *Educating for moral action: a sourcebook in health and rehabilitation ethics* (pp. 265-284). Philadelphia, PA: FA Davis Co.
- Mostrum, E. (1999). Wisdom of practice in a transdisciplinary rehabilitation clinic: situated expertise and client centering. En G. Jensen, J. Gwyer, L. Hack, K. Shepard, *Expertise in Physical Therapy practice* (pp. 242-264). Boston: Butterworth-Heineman.
- Mostrum, E. (2000). Moral and ethical development in Physical Therapy practice and education: crossing the threshold. *Physical Therapy Education*, 14 (3), 2-3.

Referencias bibliográficas

- ↪ Nelson, M., Eliastam, M. (1991). Role-playing for teaching ethics in emergency medicine. *American Journal of Emergency Medicine*, 9 (4), 370-374.
- ↪ Noddings, N. (1984). *Caring, a feminine approach to ethics moral education*. Berkeley: University of California Press.
- ↪ Noddings, N., Witherell, C. (1991). *Stories Lives Tell: Narrative and Dialog in Education*. Ney York, NY: Teachers College Press.
- ↪ Nolen, A., Putten, J. (2007). Action research in education: adressing gaps in ethical principles and practices. *Educational Researcher*, 36 (7), 401-407.
- ↪ Noll, E., Key, A., Jensen, G. (2001). Clinical reasoning of an experienced physiotherapist: insight into clinician decision-making regarding low back pain. *Physiotherapy Research International* , 6 (1), 40-51.
- ↪ Nunnally, J.C., Bernstein, I. (1994). *Psychometric Theory* (3rd. ed.). New York: McGraw-Hill.
- ↪ Pellegrino, E. (1983). What's a profession?, *Journal of Allied Health*, 12, 168-176.
- ↪ Pellegrino, E. (1985). The caring Ethics. The Relation of Physician to patient. En A. Bishop, J. Scuder, *Caring, curing, coping*. Alabama: University of Alabama Press.
- ↪ Pellicer, C., Ortega, M. (2010). *La evaluación de las copetencias básicas. Propuesta para evaluar el aprendizaje*. Madrid: PPC.
- ↪ Pérez, M., Novoa, B. (2002). La historia del agua como agente terapéutico. *Fisioterapia*, 24 (2), 3-13.
- ↪ Pérez Gómez, A. (2007). *La naturaleza de las competencias básicas y sus aplicaciones pedagógicas*. Cantabria: Cuadernos de Educación de Cantabria. Consejería de Educación de Cantabria.

Referencias bibliográficas

- ↪ Pimienta, J.H. (2008). *Evaluación de los aprendizajes. Un enfoque basado en competencias*. México: Pearson.
- ↪ Poulis, I. (2007). Bioethics and Physiotherapy. *Journal of Medical Ethics* (33), 435-436.
- ↪ Pozo, J. (1989). *Teorías cognitivas del aprendizaje*. Madrid: Morata.
- ↪ Praestagaard, J., Oresund, C. (2003). Physiotherapists' perceptions of ethics. *Abstracts of the 14th International WCPT Congress*. London: WCPT.
- ↪ Price, J., Price, D., Wilkins, G., Hoffenberg, R. (1998). Changes in medical students attitudes as they progree through a medical course. *Journal of Medical Ethics*, 24, 93-97.
- ↪ Prieto, L. (2004). La alineación constructiva en el aprendizaje universitario. En J. Torre, E. Gil, (editores), *Hacia una enseñanza universitaria centrada en el aprendizaje. Libro homenaje a Pedro Morales Vallejo*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- ↪ Purtilo, R. (1974). Understanding ethical issues: the physical therapist as ethicist. *Physical Therapy*, 54, 239-243.
- ↪ Purtilo, R. (1977). The American Physical Therapy Association's Code of Ethics: its historical foundation. *Physical Therapy*, 57, 1001-1006.
- ↪ Purtilo, R. (1978). Ethics teaching in allied health fields. *Hastings Center Report*, 8 (2), 14-16.
- ↪ Purtilo, R. (1984). Applying the principles of informed consent to patient care. Legal and ethical considerations for Physical Therapy. *Physical Therapy*, 64 (6), 934-937.
- ↪ Purtilo, R. (2000). Moral courage in times of change: Visions for the future. *Journal of Physical Therapy Education*, 14 (3), 4-6.
- ↪ Purtilo, R. (2000). Thirty-first Mary McMillan Lecture: a time to har-

Referencias bibliográficas

vest, a time to sow: ethics for a shifting landscape. *Physical Therapy*, 80 (11), 1112-1119 (bis).

- ↪ Purtilo, R. (2005). *Ethical Dimensions in the health profession* (4ª ed.). Philadelphia: Elsevier.
- ↪ Purtilo, R., Jensen, G., Royeen, C. (2005). *Educating for moral action: A sourcebook for health and rehabilitation ethics*. Philadelphia, PA: Davis.
- ↪ Raposo, I., Fernández, R., Martínez, A., Sáez, J., Chouza, M., Barcia, M. (2001). La Fisioterapia en España durante los siglos XIX y XX hasta la integración en escuelas universitarias de Fisioterapia, *Fisioterapia*, 23 (4), 206-217.
- ↪ Rest, J. (1988). Why does college promote development in moral judgment? *Journal of moral education*, 17 (3), 183-194.
- ↪ Rest, J., Narvaez, D., Bebeau, M., Thoma, S. (1999). *Postconventional Moral Thinking: A Neo-Kohlbergian Approach*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- ↪ Schön, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Barcelona: Paidós.
- ↪ Seedhouse, D. (1986). *Health: the foundations for achievement*. Chichester: John Wiley Sons.
- ↪ Sentís, J., Pardell, H., Cobo, E., Canela, J. (2003). *Manual de bioestadística* (3ª ed.). Barcelona: Masson.
- ↪ Servei de Formació Permanent. (2007). *La evaluación de los estudiantes en la Educación Superior. Apuntes de buenas prácticas*. Valencia: Servei de Formació Permanent Universitat de València.
- ↪ Shulman, L. (2002). Making Differences: A Table of Learning. *Change*, 34 (6), 36-44.

Referencias bibliográficas

- Siegel, S. (1972). *Estadística no paramétrica aplicada a las Ciencias Sociales*. México: Trillas.
- Sim, J. (1986). Informed Consent: ethical implications for physiotherapy. *Physiotherapy*, 72, 584-587.
- Sim, J. (1989). Methodology and morality in physiotherapy research. *Physiotherapy*, 75, 237-243.
- Sim, J. (1997). *Ethical Decision Making in Therapy Practice*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Sim, J. (2004). Fundamentals of moral decision-making. En S. French, J. Sim, *Physiotherapy: a psychosocial approach* (3ª ed.). Edinburgh: Elsevier.
- Sim, J., Purtilo, R. (1991). An ethical Analysis of Physical Therapists' duty to treat persons who have AIDS: homosexual patients as a test case. *Physical Therapy*, 71 (9), 650-655.
- Sisola, S. (2000). Moral reasoning as a predictor of clinical practice: the development of Physical Therapy students across the professional curriculum. *Journal of Physical Therapy Education*, 14 (3), 26-34.
- Sudman, S., Bradburn, N.M. (1989). Measuring attitudes: recording responses. En S. Sudman, Bradburn, N.M., *Asking questions: a practical guide to questionnaire design*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Sullivan, W. (2004). *Preparing professionals as moral agents*. [en línea]. Consultado el 31 de Agosto de 2011, en: Carnegie Perspectives for the advancement for teaching: <http://www.carnegiefoundation.org/perspectives/preparing-professionals-moral-agents>.
- Suter, W. (2006). *Introduction to educational research: a critical thinking approach*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Swisher, L. (2002). A retrospective analysis of ethics knowledge in Phy-

Referencias bibliográficas

sical Therapy. *Physical Therapy*, 2 (82), 692-706.

- ↪ Swisher, L. (2005). Environment, professional identity and roles of the ethics educator: an agenda for development of a professional ethics curriculum. En R. Purtilo, G. Jensen, C. Royeen, *Educating for moral action: a sourcebook in health and rehabilitation ethics*. Philadelphia, PA: Davis.
- ↪ Swisher, L., Krueger Brophy, C. (1988). *Legal and Ethical Issues in Physical Therapy*. Boston: Butterworth-Heinemann.
- ↪ Swisher, L., Page, C. (2005). *Professionalism in Physical Therapy: History, Practice, and Development*. Missouri: Elsevier Health Science.
- ↪ Swisher, L., Arslanian, L., Davis, C. (2005). The Realm-Individual Process-Situation (RIPS) Model of Ethical Decision-Making. *HPA Resource*, 5 (3), 3-8.
- ↪ Tébar, L. (2003). *El perfil del profesor mediador*. Madrid: Aula XXI/Santillana.
- ↪ Tekian, A., McGuire, C., McGaghie, W. (1999). *Innovative Simulations for assessing professional competence*. Chicago: Department of Medical Education, University of Illinois.
- ↪ Thompson, I. (1976). The implications of medical ethics. *Journal of Medical Ethics*, 2, 74-82.
- ↪ Threlked, A., Jensen, G., Royeen, C. (1999). The clinical doctorate: a framework for analysis of Physical Therapy education. *Physical Therapy*, 79, 567-581.
- ↪ Traver, J., García López, R. (2007). Construcción de un cuestionario-escala sobre actitud del profesorado frente a la innovación educativa mediante técnicas de trabajo cooperativo (CAPIC). *Revista Electrónica de Investigación educativa*, 9 (1), [en línea]. Recuperado el 6 de octubre de 2010 en: <http://redie.uabc.mx/vol9no1/contenido-traver.html>.

Referencias bibliográficas

- ↪ Triesenberg, H. (1996). The identification of ethical issues in Physical Therapy practice. *Physical Therapy*, 76, 1097-1107.
- ↪ Triesenberg, H. (1997). Teaching ethics in Physiotherapy education: a Delphi study. *Journal of Physical Therapy Education*, 59, 1102-1106.
- ↪ Triesenberg, H., Davis, C. (2000). Beyond the Code of Ethics:educating physical therapists for their rile as moral agents. *Journal of Physical Therapy Education*, 14 (3), 48-58.
- ↪ Triesenberg, H., McGrath, J. (2001). The use of narrative in an applied ethics course for physical therapist students. *Journal of Physical Therapy Education*, 15 (3), 49-56.
- ↪ Tschudin. (2003). *Ethics in Nursing* (3ª ed.). Philadelphia: Elsevier Health Sciences.
- ↪ Tuning Educational Structures in Europe. *Informe final fase I*. (2003). Bilbao: Universidad de Deusto.
- ↪ Vázquez, J.A. (2008). La organización de las enseñanzas de grado y postgrado. *Revista de Educación (número extraordinario: Tiempos de cambio universitario en Europa)*, p. 23-39.
- ↪ Vázquez, V., Escámez, J. (2010). La profesión docente y la ética del cuidado. *Revista Electrónica de Investigación Educativa* [Nº especial], [en línea] Consultado el 12 de julio de 2011, en: <http://redie.uabc.mx/contenido/NumEsp2/contenido-verdera.html>
- ↪ Veatch, R. (1981). *A theory of Medical Ethics*. New York: Basic Books.
- ↪ Venglar, M., Theall, M. (2007). Case-based ethics in Physical therapy. *The Journal of Scholarship of Teaching and Learning*, 7 (1), 64-76.
- ↪ Vielva, J. (2002). *Ética profesional de la Enfermería* (2ª ed.). Bilbao, España: Descleé de Brower.
- ↪ Villa, A., Poblete, M. (2008). *Aprendizaje basado en competencias. Una*

Referencias bibliográficas

propuesta para la evaluación de las competencias genéricas. Bilbao: Mensajero.

- ↪ Vines, P. (1996). Autonomy-based informed consent: ethical implications for patient non-compliance. *Australian Journal of Physiotherapy*, 42, 245-246.
- ↪ Viso, J.R. (2010). *Enseñar y aprender por competencias. Vol I: Qué son las competencias*. Madrid: EOS.
- ↪ Welie, J. (1999). Doctor, I really need whiter teeth! A report on the use of deconstructed cases in dental ethics education. *Medical Health Care Phylosophy*, 2, 195-203.
- ↪ William, B. (2009). Do undergraduate paramedic students embrace case based learning using a blended teaching approach? A 3-year review. *Australian Journal of Educational Technology*, 25 (3), 421-439.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Dimensiones de la ética profesional (Bermejo, 2002)	10
Figura 2. Fuentes de conflicto en las profesiones sanitarias (Thompson, 1976)	20
Figura 3. Elementos del consentimiento informado	25
Figura 4. Modelo del proceso de enseñanza-aprendizaje	73
Figura 5. Proceso cíclico de la investigación-acción	98
Figura 6. Modelo teórico de Fishbein y Ajzen	135
Figura 7. Fisioterapia hospitalaria a mediados del siglo XX.....	143
Figura 8. Diseño general de la investigación	176
Figura 9. Esquema del procedimiento general de la investigación	179
Figura 10. Interface del Aula Virtual de la Universitat de València	201
Figura 11. Interface del apartado “Tareas con evaluación” del Aula Virtual de la Universitat de València, para la asignatura Estancias Clínicas III, en el grupo experimental.....	229
Figura 12. Interface del apartado “Tareas con evaluación” del Aula Virtual de la Universitat de València, para la asignatura Estancias Clínicas III, en el grupo control	230
Figura 13. Aspecto de la ficha de evaluación de un estudiante del grupo experimental en el Aula Virtual de la Universitat de València	231
Figura 14. Representación gráfica de los valores obtenidos por el GE y el GC en el continuo de la actitud, antes de la intervención.....	239
Figura 15. Porcentaje de respuestas favorables (4 y 5), indiferentes (3) y desfavorables (1 y 2), en el GE y el GC antes de la intervención... ..	240
Figura 16. Puntuaciones medias en cada una de las subcategorías del CAEPFIS en el GE, antes de la intervención	242

Índice de Figuras

Figura 17. Puntuaciones medias en cada una de las subcategorías del CAEPFIS en el GC, antes de la intervención	243
Figura 18. Representación gráfica de los valores obtenidos por el GE y el GC en el continuo de la actitud, después de la intervención	245
Figura 19. Diferencias pre test-pos test 2 en el porcentaje de respuestas favorables, indiferentes y desfavorables hacia la actitud, en el GE	246
Figura 20. Diferencias pre test-pos test 2 en el porcentaje de respuestas favorables, indiferentes y desfavorables hacia la actitud, en el GC.....	246
Figura 21. Puntuaciones medias en cada una de las subcategorías del CAEPFIS en el GE y el GC, tras la intervención.....	248
Figura 22. Valores medios del CCEPFIS a lo largo del estudio	252
Figura 23. Porcentaje de respuestas afirmativas y negativas a los ítems del cuestionario de opinión administrado tras el primer cuatrimestre	255
Figura 24. Porcentaje de respuestas: mucho, bastante, poco y nada, en los ítems 1 al 4 del cuestionario de opinión administrado tras el segundo cuatrimestre	258
Figura 25. Puntuaciones otorgadas por los estudiantes a cada uno de los elementos del modelo formativo.....	259
Figura 26. Número y tipo de casos éticos relatados por los estudiantes	264
Figura 27. Porcentaje de casos éticos distribuidos por el principio ético o valor con el que se relaciona	266

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estudios relacionados con la identificación de cuestiones éticas en Fisioterapia	21
Tabla 2. Otras cuestiones éticas en Fisioterapia, presentes en la literatura.....	31
Tabla 3. Aportaciones al modelo RIPS de Swisher et al. (2005)	57
Tabla 4. Paralelismo entre el razonamiento clínico y el razonamiento ético.....	64
Tabla 5. Características del modelo educativo tradicional frente al propuesto en el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES)....	71
Tabla 6. Clasificación de las competencias (Proyecto Tuning, 2003)	80
Tabla 7. Diferencias entre la evaluación sumativa y formativa	86
Tabla 8. Cambios en el perfil docente	91
Tabla 9. Modalidades organizativas, descripción y finalidad	94
Tabla 10. Autores que se manifiestan a favor y en contra de incluir las teorías éticas en el currículo del fisioterapeuta	119
Tabla 11. Objetivos, ventajas e inconvenientes del análisis de casos	124
Tabla 12. Distribución de las asignaturas prácticas por cursos, en la Diplomatura y el Grado en Fisioterapia.....	164
Tabla 13. Estudios sobre la utilización de metodologías docentes para la enseñanza de ética, en los estudios de Fisioterapia.....	171
Tabla 14. Esquema del modelo semi-presencial para el seguimiento de la asignatura Estancias Clínicas III piloto, por el grupo experimental	182
Tabla 15. Seguimiento de la asignatura Estancias Clínicas III, del modo tradicional, por el grupo control	182
Tabla 16. Muestra del estudio.....	183

Índice de tablas

Tabla 17. Instrumentos utilizados en la investigación.....	184
Tabla 18. Relación de ítems actitudinales elaborados a partir de las categorías predefinidos.....	187
Tabla 19. Análisis de los ítems y confiabilidad de la escala CAEPFIS definitiva.....	192
Tabla 20. Análisis de los ítems y confiabilidad de la escala CCEPFIS definitiva.....	196
Tabla 21. Temporización de los temas teóricos del primer cuatrimestre ...	217
Tabla 22. Temporización de las sesiones prácticas del segundo cuatrimestre	219
Tabla 23. Valoración de los resultados de aprendizaje	221
Tabla 24. Rúbrica para la evaluación de la competencia ética.....	223
Tabla 25. Ficha para el registro de notas durante las sesiones en grupo....	225
Tabla 26. Cuadro resumen de las actividades de aprendizaje y los indicadores de la rúbrica con los que se evaluaron	226
Tabla 27. Sistema de evaluación de la asignatura Estancias Clínicas III, en el grupo experimental y control	227
Tabla 28. Estudio de las variables.....	233
Tabla 29. Esquema del análisis estadístico del cuestionario de actitudes y conocimientos	235
Tabla 30. Descriptivos de la muestra.....	238
Tabla 31. Puntuaciones medias de los sujetos en el CAEPFIS antes de la intervención	239
Tabla 32. Clasificación de los ítems del CAEPFIS en subcategorías	241
Tabla 33. Puntuaciones medias obtenidas en cada una de las subcategorías del CAEPFIS.....	241

Índice de tablas

Tabla 34. Diferencias pre test-post test 2, en la puntuación media de los ítems del CAEPFIS	244
Tabla 35. Diferencias en la puntuación media de los ítems de cada subcategoría	247
Tabla 36. Análisis descriptivo y comparativo pre test-post test 2, de los ítems del CAEPFIS	249
Tabla 37. Puntuaciones medias en el CCEPIS antes de la intervención	251
Tabla 38. Puntuaciones en el cuestionario CCEPFIS a lo largo del estudio..	252
Tabla 39. Estudio comparativo de los ítems del CCEPFIS	253
Tabla 40. Calificaciones medias, mínimas y máximas de los estudiantes del grupo experimental, en el módulo de ética profesional.	263

ANEXOS

Unitat Innovació educativa



UNIVERSITAT
DE VALÈNCIA

Vicerektorat de Planificació i Igualtat

R/S: 29493 / 198

Data: València, 30 de juny de 2010

Assumpte: Resolució convocatòria projectes
innovació educativa 2010/2011

Estimada professora.

Segons allò establert en la Resolució de 9 de juny de 2010 del Vicerektorat de Planificació i Igualtat de la Universitat de València, li comuniquem que el projecte que vostè dirigeix, les dades del qual es mostren a continuació, ha estat informat positivament pel comitè avaluador:

PDI Responsable: Marta Aguilar Rodríguez
Nom del Grup: GID28/2010 - GIEFIS
Codi del projecte: 45/FO/18/2010
Títol del projecte: Modelo formativo para el desarrollo de la competencia ética en fisioterapia asociada a las prácticas clínicas
Tipus de projecte: Finestra Oberta
Persones que formen part del projecte: Marta Aguilar Rodríguez, Gemma Espi López, Lirios Dueñas Moscardó, Beatriz Gisbert Morant, Luis Antonio Villaplana i Dolça Fuentes Morell

Així doncs li demanem que, abans del 15 de juliol de 2010, ens faça arribar la seua manifestació expressa (enviant-nos la còpia d'aquesta comunicació signada) de realitzar el projecte presentat amb les condicions econòmiques referides en aquesta proposta, així com el seu compromís de participar activament en aquelles accions de seguiment del projecte que es puguem sol·licitar des de la Unitat d'Innovació Educativa. En cas que vostè no presente aquest document en la data prevista entendrem que renuncia a l'oferta de finançament proposada.

Proposta de finançament per partides:

Personal	0,00 €
Software específic	0,00 €
Formació en Innovació Docent (desplaçament i/o assistència a congressos, cursos, etc.)	0,00 €
TOTAL	0,00 €

Observacions relatives als resultats:

- Compromís de dipositar els Objectes d'Aprenentatge resultants al repositori RODERIC.
- Presentació d'informe de seguiment del projecte i de memòria final (publicables a la web de la Unitat d'Innovació Educativa).
- Indicació expressa en les webs, objectes o resultats del projecte del finançament per part del Vicerektorat de Planificació i Igualtat de la Universitat de València.

Moltes gràcies per la seua participació

Atentament,

Antonio ARIÑO VILLARROYA,
Vicerektor de Planificació i Igualtat de la Universitat de València.

Acceptació:
 MARTA AGUILAR RODRÍGUEZ....., com a director/a del projecte esmentat,
 accepta la proposta de finançament en els termes presentats, així com les observacions relatives als resultats del projecte.

València, 5 de juliol de 2010

Signatura

Cuestionario CAEPFIS definitivo

Estimado/a estudiante de Fisioterapia; nos dirigimos a ti para pedir tu colaboración en una investigación sobre ética profesional en Fisioterapia que se está llevando a cabo en la Universitat de València. Tu colaboración es imprescindible para llevarla a cabo y te agradeceríamos tu participación en la misma. Te garantizamos que los datos, además de ser totalmente anónimos, se tratarán con total confidencialidad.

Datos personales: Edad: Sexo:

Con respecto a cada ítem, te rogamos que valores y marques con una X, según la siguiente escala de valoración:

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indeciso
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

	1. Muy en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Indeciso	4. De acuerdo	5. Muy de acuerdo
1. Comprender el sentido de la profesión me ayudará a ejercer la Fisioterapia con mayor responsabilidad.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2. Es importante para mi formación, conocer cuales son los principales valores profesionales de los fisioterapeutas.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3. En las prácticas clínicas hospitalarias, además de enseñarme habilidades prácticas propias de la profesión, deberían enseñarme a detectar situaciones éticas que van surgiendo con los pacientes, los compañeros, etc.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4. Le doy tanta importancia al aprendizaje de ética profesional durante la carrera, como al aprendizaje de métodos y técnicas terapéuticas específicas.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5. Para ejercer con honestidad mi profesión, es importante aprender, durante la carrera, los principios éticos que regulan el ejercicio de la Fisioterapia.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6. Los profesores de Fisioterapia, además de transmitirme conocimientos específicos, deberían enseñarme también valores y actitudes para ser un buen profesional en el futuro.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7. Las prácticas clínicas son un entorno adecuado para acercarme a los problemas éticos de la profesión.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Anexos

8. Estoy dispuesto/a a aprender, durante la carrera, cómo manejar un conflicto ético en el entorno clínico.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9. Es necesaria una asignatura sobre ética profesional en Fisioterapia dentro del currículo formativo del fisioterapeuta.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
10. Aprender a resolver problemas éticos durante la carrera, me ayudará a que mis actuaciones sean de mayor calidad.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11. Creo conveniente practicar, durante la carrera, la resolución de posibles problemas éticos que se me podrían presentar en el ejercicio de mi profesión.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
12. No estoy dispuesto/a a conocer las teorías éticas que dan soporte a la toma de decisiones éticas, ya que me parece una pérdida de tiempo.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
13. Creo que no es necesaria una formación en ética profesional durante la carrera para desarrollar una profesión de calidad.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
14. La ética profesional se aprende en el entorno laboral y por lo tanto no es necesario estudiarla durante la carrera.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
15. No tendré una buena formación como fisioterapeuta si no conozco los principios éticos básicos.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
16. Es importante para mi formación como fisioterapeuta, aprender a reflexionar sobre el papel profesional que desempeñaré en la sociedad cuando finalice mis estudios.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
17. No considero importante para mi formación aprender el código deontológico de los fisioterapeutas.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
18. Estoy dispuesto/a a esforzarme en aprender contenidos sobre ética profesional en otras asignaturas de la carrera.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
19. Estoy dispuesto/a a aprender cómo actuar éticamente ante casos simulados, durante la carrera.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
20. Dedicar tiempo a la formación en ética profesional está lejos de mis objetivos formativos.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
21. Es tan importante el aprendizaje de ética profesional durante la carrera, como al aprendizaje de métodos de valoración específicos de la profesión.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
22. Estoy dispuesto a aprender, dentro de mi formación, a anteponer los valores morales para la resolución de conflictos éticos.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
23. El reconocimiento social de la Fisioterapia aumenta cuando se ejerce la profesión respetando los principios éticos que he aprendido durante la carrera.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
24. Estoy dispuesto a trabajar en el aula valores y actitudes personales.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
25. A la asignatura de ética profesional le dedicaría menos	1	2	3	4	5

tiempo que a otras asignaturas de la carrera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. La ética profesional en Fisioterapia es tan importante, que debería estudiarse como parte de la mayoría de asignaturas de la carrera.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
27. Considero que el contacto real con los pacientes y los fisioterapeutas durante las prácticas clínicas hospitalarias, me facilitaría el aprendizaje de ética profesional.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
28. Estoy dispuesto/a a aprender durante la carrera la diferencia entre un comportamiento ético y legal.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
29. Es más probable que ejerza honestamente la profesión, si he recibido formación en ética profesional durante la carrera.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
30. Estoy convencido/a de que recibir una buena formación en ética profesional durante la carrera, contribuirá a que sea mejor fisioterapeuta en el futuro.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
31. Estoy dispuesto/a a aprender lo necesario para asegurar un trato justo y respetuoso a los pacientes atendidos en las prácticas clínicas.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
32. Considero que las nociones sobre deontología aprendidas en cursos anteriores, son suficientes para mi formación en ética profesional.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
33. Aprender el código deontológico de Fisioterapia durante la carrera, no va a tener ninguna repercusión en el ejercicio responsable de la profesión.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Análisis factorial del CAEPFIS**KMO y prueba de Bartlett**

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,762
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	1871,874
	gl	528
	Sig.	,000

Varianza total explicada

Componente	Auto valores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación ^a
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total
1	8,520	25,818	25,818	8,520	25,818	25,818	5,195
2	3,998	12,114	37,932	3,998	12,114	37,932	4,329
3	2,717	8,234	46,166	2,717	8,234	46,166	3,679
4	1,890	5,727	51,893	1,890	5,727	51,893	2,648
5	1,806	5,473	57,366	1,806	5,473	57,366	3,697
6	1,442	4,368	61,734	1,442	4,368	61,734	3,018
7	1,163	3,526	65,260	1,163	3,526	65,260	2,324
8	1,098	3,327	68,587	1,098	3,327	68,587	3,779
9	1,057	3,204	71,791	1,057	3,204	71,791	2,615
10	,958	2,902	74,693				
11	,878	2,660	77,353				
12	,732	2,217	79,570				
13	,692	2,097	81,667				
14	,609	1,847	83,514				
15	,589	1,784	85,298				
16	,513	1,554	86,852				
17	,507	1,536	88,388				
18	,422	1,280	89,668				

Anexos

19	,403	1,222	90,890					
20	,354	1,071	91,962					
21	,335	1,014	92,976					
22	,331	1,002	93,978					
23	,299	,906	94,885					
24	,295	,894	95,779					
25	,230	,698	96,477					
26	,221	,671	97,148					
27	,180	,547	97,695					
28	,172	,522	98,217					
29	,155	,470	98,686					
30	,127	,384	99,070					
31	,116	,352	99,423					
32	,098	,298	99,721					
33	,092	,279	100,000					

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

a. Cuando los componentes están correlacionados, las sumas de los cuadrados de las saturaciones no se pueden añadir para obtener una varianza total.

Matriz sin rotar**Matriz de componentes^a**

	Componente								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
a13	,830								
a33	,769								
a9	,729	-,333							
a11	,659								
a30	,647	-,394							
a29	,640								
a2	,619								
a14	,611				-,375				

a8	,609	,403							
a23	,581		-,425					-,365	
a32	,563	,377							
a5	,555	-,399					-,368		
a15	,551		-,387		,304				
a4	,550	-,416		,398					-,346
a10	,532	,346	-,327						-,369
a28	,512	-,343			-,467				
a25	,466		,429						-,301
a21	,452	-,323		,387					
a3	,422	,293		,366				-,315	
a27		,589		,433					
a24	,452	,550							
a18		-,510	,300	,326		,460			
a31		,484		,450					
a22	,342	-,306	,629		,371				
a26	,449	-,305	-,565						
a17		,352	,473	-,378				,322	
a19	,392		,419						,416
a1	,319				,512			-,313	
a6	,449				-,456			,365	-,440
a12	,528		-,369			,508			
a20			,416	-,406		,453			
a7		,380	-,327	,341	,393			,428	
a16	,415	,381							,405

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a. 9 componentes extraídos

Cuestionario CCEPFIS definitivo

Estimado/a estudiante, te pedimos que respondas con total sinceridad a este cuestionario. Te recordamos que la información obtenida es completamente anónima y por tanto no tiene repercusión sobre la nota de la asignatura. Valora cada ítem del 0 (Nada) al 3 (Mucho), según la percepción que tengas del conocimiento en cada uno de los temas expuestos en cada uno de ellos:

	3. Mucho	2. Bastante	1. Poco	0. Nada
1. Conozco cuáles son los valores morales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Conozco la diferencia entre valores morales y valores no morales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Conozco la diferencia entre ética y moral.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Conozco los campos que estudia la bioética.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Comprendo la diferencia entre la bioética y la ética profesional en Fisioterapia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Conozco las dimensiones inseparables de la ética profesional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Entiendo que pueda existir diferencia entre una actuación profesional ética y una actuación profesional legal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Conozco los principios éticos profesionales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Conozco el código deontológico de los fisioterapeutas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Conozco las consecuencias del incumplimiento de los principios éticos profesionales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sé distinguir entre un problema ético, un dilema ético, una situación de estrés moral, una situación de tentación moral y una situación de silencio, en Fisioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Conozco las competencias que caracterizan a un buen profesional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Conozco los principales valores profesionales de la Fisioterapia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sé que otras cosas, además del código deontológico, implica el aprender ética profesional en Fisioterapia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Comprendo el significado de los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Conozco los problemas éticos a los que se enfrentan los fisioterapeutas en el ejercicio de su	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexos

profesión.				
17. Conozco los principios éticos de la ética profesional aplicados a la Fisioterapia y enunciados por la WCPT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Comprendo la diferencia entre principios éticos y normas de comportamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Conozco métodos para analizar los problemas y dilemas éticos de la profesión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cuestionario de opinión administrado tras el primer cuatrimestre

1. ¿La extensión de los temas ha sido suficiente para comprender los conceptos?
 Sí, ha sido suficiente para comprender los conceptos.
 No, ha sido insuficiente; debían haber sido más extensos.
2. ¿Te ha resultado suficiente el tiempo establecido entre tema y tema para poder leerlos y realizar las actividades?
 Sí, ha sido suficiente
 No, hubiera necesitado más tiempo.
3. ¿El temario te ha parecido, en general, suficientemente específico para estudiantes de Fisioterapia?
 Sí, me ha parecido suficientemente específico para estudiantes de Fisioterapia.
 No, me ha parecido poco específico.
4. El lenguaje utilizado en los temas ¿te ha parecido comprensible?
 Sí, se ha utilizado un lenguaje mayoritariamente comprensible.
 No, el lenguaje utilizado ha sido mayoritariamente incomprensible.
5. ¿Las actividades te han ayudado a comprender mejor los conceptos?
 Sí
 No
6. ¿Te ha parecido útil el compaginar estos temas y la resolución de las actividades correspondientes, con la realización de las prácticas clínicas?
 Sí, combinar ambas cosas me ha ayudado a comprender mejor la ética profesional en Fisioterapia.
 No, prefiero que la ética profesional se estudie en una asignatura aparte porque el compaginar ambas cosas no me ha servido de nada.
7. ¿Te ha parecido este método on-line, a través del aula virtual, un método adecuado para el estudio de ética profesional?
 Sí, me ha parecido adecuado
 No, hubiera preferido que las clases fueran presenciales en el aula
8. ¿Recomendarías el estudio de estos temas a tus compañeros?
 Sí
 No
9. ¿Quieres añadir algún comentario?

Cuestionario de opinión administrado tras el segundo cuatrimestre

1. Los temas que se han tratado en las sesiones de grupo de este segundo cuatrimestre han sido:
 - Muy interesantes
 - Bastante interesantes
 - Poco interesantes
 - Nada interesantes
2. En general, las sesiones de grupo de este segundo cuatrimestre han sido:
 - Muy útiles para comprender mejor la ética profesional
 - Bastante útiles para comprender mejor la ética profesional
 - Poco útiles para comprender mejor la ética profesional
 - Nada útiles para comprender mejor la ética profesional
3. En general, la combinación del temario online del primer cuatrimestre (y las actividades relacionadas) junto a las sesiones de grupo del segundo cuatrimestre, me ha resultado:
 - Un método muy apropiado para aprender ética profesional
 - Un método bastante apropiado para aprender ética profesional
 - Un método poco apropiado para aprender ética profesional
 - Un método nada apropiado para aprender ética profesional
4. Realizar las prácticas clínicas hospitalarias y extra hospitalarias durante el mismo periodo en el que se ha desarrollado el estudio de la ética profesional:
 - Me ha ayudado mucho a entender la importancia de la ética profesional
 - Me ha ayudado bastante a entender la importancia de la ética profesional
 - Me ha ayudado poco a entender la importancia de la ética profesional
 - No me ha ayudado nada a entender la importancia de la ética profesional
5. Puntúa del 1 (mínimo) al 10 (máximo) cada uno de los siguientes ítems, según la utilidad que han tenido para ti, a la hora de comprender la ética profesional:
 - _____ Lectura de temas teóricos
 - _____ Resolución de actividades asociadas a los temas teóricos y comentarios personalizados
 - _____ Juegos de rol
 - _____ Resolución de casos en grupos, con el método de resolución de casos éticos
 - _____ Exposición por grupos de un caso real y su resolución
 - _____ Elaboración de la memoria final.
6. En tu opinión, ¿Cómo podríamos mejorar la enseñanza de ética profesional en la carrera de Fisioterapia?

Primer juego de rol

Contexto:

- Clínica privada de fisioterapia: FISIOROL
- Trabaja un Médico rehabilitador, dos fisioterapeutas y un/a auxiliar que recibe a los pacientes y coge el teléfono.
- Se atienden pacientes procedentes de seguros de salud por los que las compañías pagan 6 € la sesión.
- También se atiende a pacientes privados a los que se les cobra 50 euros la sesión y se les dedica casi una hora.
- El gerente de la clínica es médico/a rehabilitador/a.
- Lleva abierta cinco años.

PERSONAJES	ESCENA 1	ESCENA 2	ESCENA 3	ESCENA 4
Auxiliar -Tienes 25 años. -Estás contratada/o en la clínica desde que se abrió hace cinco años. - Te encargas de preparar las camillas y de tener a punto el material. -También recibes a los pacientes. - Pones los aparatos de electroterapia y de mecanoterapia cuando te lo pide el fisioterapeuta (Julio/a), y eso te gusta y te hace sentir más útil e importante.	- Recibes al fisioterapeuta nuevo (Mario/a), y se lo presentas al médico RHB.	- Recibes a los dos pacientes, uno del seguro y otro privado. - Uno se espera y llevas al otro con el médico RHB.	- El fisioterapeuta Julio/a te pide que le ponga US al paciente del seguro y que te pongas una tracción cervical mientras él lee el periódico. Tú lo haces con total normalidad.	- No participas.
Médico Rehabilitador -Tienes 59 años. Trabajas también en un hospital público por las mañanas. Por las	- La auxiliar te presenta al fisioterapeuta nuevo (Mario/a). - Le entrevistas: le preguntas la	- Acuden a la clínica dos pacientes con Whiplash, a quien les haces una primera visita: Antonio/a,	- No participas.	- No participas.

Anexos

<p>tardes atiendes la clínica privada, que es tuya.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le explicas al fisioterapeuta (Mario/María) que la política de la clínica es dedicar no más de 20 minutos a los pacientes de los "seguros" y 50 minutos a los pacientes "privados". - Estás convencido/a de que las cosas así son como deben de ser. - Infravaloras la labor del fisioterapeuta, a quien consideras un profesional a tu servicio. 	<p>edad, cuándo acabó la carrera, si vive en Valencia, cómo vive, su currículo, si está motivado, si le gusta su trabajo...</p> <ul style="list-style-type: none"> - Te parece muy adecuado para el puesto y le contratas con un buen sueldo. - Le explicas el funcionamiento : a los pacientes de "los seguros" les pautas electroterapia, y mecanoterapia ya que el seguro paga muy poco. Tratamientos de 20 minutos y nada de tratamientos manuales. A esos pacientes los trata el otro fisioterapeuta. que es familiar suyo. - Y a los pacientes privados, hay que tratarles "bien" (50 minutos) y se les hace "masaje" siempre que lo pidan. A esos los ha de llevar él/ella. - Le explicas que no debe perder el tiempo explorando 	<p>de un seguro y Luís/a, privado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les haces la anamnesis a cada uno y les pautas el tratamiento correspondiente según su procedencia. Les haces la ficha de tratamiento a cada uno. - Al privado le dices el precio de la sesión. - Les dices a qué fisioterapeuta deben dirigirse y se los presentas. 		
---	--	---	--	--

	<p>al paciente ya que si no, no le dará tiempo a hacerles el tratamiento y que las exploraciones las haces tú que para eso eres el/la médico/a.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le explicas también que esto siempre ha funcionado así y que siempre te ha ido bien y que verá cuánto dinero va a ganar. - Le dices que los tratamientos los pones tú y él ha de obedecer. - Le presentas al otro fisioterapeuta. (Julio/a), (familiar tuyo), - Le dices a Mario con total normalidad, que la auxiliar pone los aparatos de electroterapia y los de mecano-terapia cuando es necesario. 			
<p>Fisioterapeuta nuevo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tienes 26 años. Acabaste la diplomatura hace cuatro años. - Tienes muchos gastos porque te has independizado y vives en un piso 	<ul style="list-style-type: none"> - Te recibe la /el auxiliar y te lleva con el médico RHB. - El médico RHB te hace una entrevista (te pregunta la edad, cuándo acabaste la 	<ul style="list-style-type: none"> - Estás algo quemado y se te nota, porque no es el tipo de trabajo que esperabas, estás harto /a de dar "masajes" y de no tener tiempo de hacer explo- 	<ul style="list-style-type: none"> - Has de dar el masaje al paciente "privado", mientras el otro paciente recibe otro tratamiento diferente por el otro fisioterapeuta, 	<ul style="list-style-type: none"> - El paciente del seguro, el que atiende el otro fisioterapeuta, te pregunta por qué se le está tratando a él de manera diferente que

Anexos

<p>alquilado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Después de cuatro años buscando un trabajo decente, lo encuentras en FISIROL. Estás contratado/a por fin! - Tienes un buen sueldo y un horario compatible con la práctica de tu deporte preferido. - Has hecho un master en terapia manual y otros cursos de osteopatía y terapia miofascial durante la carrera. - Estás muy motivado/a y con ganas de hacer las cosas bien. Te ves preparado/a para el trabajo. Quieres hacerlo lo mejor posible. - Tienes un gran sentido de la responsabilidad profesional. Alguien en su día, durante la carrera te explicó la importancia de la práctica profesional éticamente responsable. 	<p>carrera, si vives en Valencia, cómo vives, tu currículum, si estás motivado/a, si te gusta tu trabajo...) tú respondes a todo con ilusión y con muchas ganas de que te den el trabajo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Te contratan. - Te presenta al otro fisioterapeuta (Julia/o), que es familiar suyo. 	<p>raciones iniciales a los pacientes ni de aplicarle las técnicas que conoces.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acuden a la clínica dos pacientes con Whiplash. Los visita el médico RHB, les hace la anamnesis y les pauta el tratamiento correspondiente según si es del seguro o privado. - El médico RHB te asigna a ti, como siempre, al paciente privado, - Lees la ficha de tratamiento en alto: le tienes que hacer masaje. Te muestras enfadado/a y harto de tanto masaje. - Además, el reparto te parece algo injusto porque los otros pacientes del seguro los atiende el otro fisioterapeuta y no les hace nada, ni los toca. 	<p>familiar del RHB, que ni les toca y, a veces, ni los mira porque delega en la auxiliar la colocación de la electroterapia y los aparatos mientras él lee el periódico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esto te quema mucho y haces ver la tensión que esto te provoca. Estás enfadado/a y poco motivado/a. - Encima oyes como el otro fisioterapeuta le dice a la /el auxiliar que no está colegiado ni piensa estarlo. Esto también te preocupa mucho. 	<p>al otro paciente privado. No le parece justo, quiere que le trates tú y que le hagas lo mismo que al privado y has de responderle...</p> <ul style="list-style-type: none"> - Te contará que el otro fisioterapeuta no está colegiado...
<p>Paciente del seguro</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tienes 36 años. Administrativo/a en paro. Tu situación económica es bastante precaria. 	<ul style="list-style-type: none"> - No participas 	<ul style="list-style-type: none"> - Vas a la clínica y el médico RHB te visita. - El RHB te hace una anamnesis. Le dices la edad, que eres admi- 	<ul style="list-style-type: none"> - La/el auxiliar te pone US y después una tracción cervical mecánica con ½ kg. - El fisiotera- 	<ul style="list-style-type: none"> - Te das cuenta de que el tratamiento que te están haciendo no te mejora y le preguntas al

<ul style="list-style-type: none"> - Has sufrido un Whiplash por un accidente con el coche. - Vas a la clínica con mucho dolor y collarín. Te envía el médico de la compañía de seguros para hacer 20 sesiones de fisioterapia. - Necesitas recuperarte cuanto antes porque has pasado una entrevista de trabajo donde te han dicho que puede que te llamen para trabajar, en un mes. Necesitas el trabajo. 		<p>nistrativa/o, y le cuentas que has sufrido un accidente de coche y llevas un collarín.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le dices que el médico de la compañía te ha dicho que vayas allí y que te hagan 20 sesiones de fisioterapia. - Le dices lo importante que es para ti recuperarte cuanto antes, necesitas trabajar, no tienes dinero... - El médico te pauta un tratamiento y te presenta a tu fisioterapeuta (Julio/a). 	<p>peuta que te habían asignado no hace nada. Lee el periódico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ves cómo a otros pacientes con la misma patología, les dan masaje y están más tiempo con ellos. - Te parece muy injusto. 	<p>fisioterapeuta (Mario/María) por qué no te hace masaje o cualquier otra cosa que sabes que se les está haciendo a otros pacientes que van a la misma clínica y que sabe que les está yendo bien...</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le cuentas que el otro fisioterapeuta ni te mira y que te has enterado de que no está colegiado.
<p>Paciente privado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tienes 45 años. Empresario/a. Buena situación económica. - Has sufrido un Whiplash al caer de una escalera. - Quieres ir a la clínica de fisioterapia porque está cerca de tu casa. - Tú lo que quieres es que te traten bien que para eso pagas. - Si no, amenazas con irte a un "masajista" que conoces. 	<ul style="list-style-type: none"> - No participas 	<ul style="list-style-type: none"> - Acudes a la clínica - El RHB te hace una anamnesis y le cuentas tu edad, tu profesión y que te caíste de una escalera. - Le dices que vas allí porque vives cerca y que quieres que te hagan un buen masaje. - Amenazas con ir a un masajista si no te lo hacen allí porque solo quieres un masaje. - El RHB te dice 	<ul style="list-style-type: none"> - Mario/a te da el masaje. 	<ul style="list-style-type: none"> - No participas.

Anexos

		<p>el precio de la sesión (o se lo preguntas tú).</p> <ul style="list-style-type: none"> - El RHB te presenta a tu fisioterapeuta (Mario/a). 		
<p>Fisioterapeuta familiar (55 años) Eres la mujer/hermano del gerente. Estás muy contenta/o y muy tranquilo/a en el trabajo. Totalmente de acuerdo con el funcionamiento de la clínica.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sin aspiraciones, ni interés por el trabajo, sino solamente por el sueldo. - No te reciclas, ni estás al día en cuanto a los tratamientos. - Atiendes a los pacientes de los seguros a los que solo les pones aparatos o se los haces poner a la auxiliar. - Crees que no vale para nada estar colegiado y por eso no lo estás. 	<ul style="list-style-type: none"> - No participas. 	<ul style="list-style-type: none"> - El médico RHB te presenta a tu paciente: Antonio/a (del seguro). 	<ul style="list-style-type: none"> - Lees la ficha de tratamiento y le pides a la/el auxiliar que le ponga US y tracción mecánica cervical a Antonia/o mientras él lee el periódico. En el periódico lees que es necesario estar colegiado para ejercer la profesión, se lo comentas en plan chulo a la/el auxiliar (en voz alta para que lo oiga Mario/a), y le dices que lo ves una tontería y que tú no lo estás ni piensas estarlo. 	<ul style="list-style-type: none"> - No participas.

Segundo juego de rol

Contexto:

- Hospital público de Valencia, **HOSPIROL**
- Gimnasio de Fisioterapia.
- Cada fisioterapeuta debe tratar a 20 pacientes al día.
- Los tratamientos los pauta el médico RHB.
- Los pacientes los asigna el supervisor a los fisioterapeutas según las altas que se van dando.
- El horario debe ser de 8.00 a 15.00h. con un descanso para el almuerzo.

PERSONAJES	ESCENA 1	ESCENA 2	ESCENA 3	ESCENA 4
<p>Fisioterapeuta nuevo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Te acaban de contratar para cubrir una baja larga. - Tienes muchas ganas de hacer las cosas bien aunque poca experiencia. - Muy preparado, te preocupa estar actualizado en las técnicas que aplicas. - Cumples con tu horario de trabajo. - Tienes un gran sentido de la responsabilidad profesional. Alguien en su día, durante la carrera te explicó la importancia de la práctica profesional éticamente responsable. 	<ul style="list-style-type: none"> - Acudes al gimnasio después de firmar el contrato en personal y te diriges al supervisor/a para que te diga lo que has de hacer. - Te dan una ficha nueva para que le busques hora y la lees en alto: "fractura diáfisis humero reducida con placa atornillada. Mejorar la movilidad articular y la fuerza muscular". Revisión en un mes. - Estás muy contento/a porque tenías muchas ganas de trabajar y tratar a un paciente con un hombro 	<ul style="list-style-type: none"> - Se presenta el paciente a su hora y, como tienes a tres más a la vez, te sientes angustiado porque no puedes atenderle como te gustaría y además nunca has tratado un hombro como ese! - El paciente te pregunta si tienes experiencia en casos como ese y le dices que sí, que no se preocupe y que se recuperará al 100%!! - Aún así, le dices que vaya haciendo pendulares que ahora vuelves, que vas a ver a los demás. - Vas a los demás y cuando vuelves, le preguntas cómo se rompió el brazo. - Lo llevas a una camilla y le haces terapia manual, pero, a la vez, estás pendiente de los otros tres pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> - Es la media hora del almuerzo y coincides con el otro fisioterapeuta. - Le comentas que estás estresado, que no llegas a hacer todo lo que quisieras por tus pacientes. - No estás de acuerdo con la reflexión de tu compañero, ni con su modo de trabajar. - Le dices que irías a hablar con el supervisor pero que temes que no te vuelvan a llamar cuando haya otra baja. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ha pasado un mes, sigues estresado. - El fisioterapeuta veterano se acerca a ti, cuando estás tratando a tu paciente y te dice en voz alta que su paciente le ha dicho que lo de la caída esquiando no era cierto, sino que su pareja le había tirado por las escaleras y que no se atrevió a decirselo al principio.

Anexos

	<p>complicado, aunque no lo habías hecho nunca. (dí algo como : nunca he tratado un hombro pero cuando veas que no te oye nadie) - Le dices al supervisor que le avisen para que venga al día siguiente a las 10.00h</p>	<p>para que hagan bien los ejercicios y has de interrumpir la terapia manual en varias ocasiones para acudir a los demás pacientes. - Se te ve bastante estresado/a. - Después de la terapia manual, le quieres enseñar ejercicios de propiocepción, pero te aparecen otros dos pacientes más y entonces le dices que haga escalerita de dedos y que después vaya a que le pongan hielo.</p>		
<p>Supervisor - Se encarga entre otras cosas de asignar los pacientes a los fisioterapeutas.</p>	<p>- Recibes al fisioterapeuta nuevo y le dices que debe cubrir la baja de un compañero. - Le das su carpeta de pacientes y le dices que tiene que atender como media a 20 pacientes al día, como los demás compañeros. - Además, aprovechando que está ahí le das una ficha nueva. - También vas al gimnasio y le llevas una ficha nueva al otro fisiotera-</p>	<p>- No participas</p>	<p>- No participas</p>	<p>- No participas</p>

	peuta veterano.			
<p>Fisioterapeuta veterano</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tienes 58 años - Llevas en el hospital trabajando más de 30 años. - Trabajas por la tarde en una clínica privada. - No te reciclas, aplicas las técnicas de siempre. - Llegas tarde casi todos los días y te vas antes de la hora. - No tocas a los pacientes, solamente les haces mecano-terapia y les enseñas ejercicios. - No se te ve estresado, sino tranquilo y seguro de que la única manera de funcionar es no tocando a ninguno (a no ser que sea un "enchufado".) 	<ul style="list-style-type: none"> - El supervisor/a te da una ficha nueva y la lees en alto: "<u>fractura diáfisis humero reducida con placa atornillada. Mejorar la movilidad articular y la fuerza muscular</u>". <u>Revisión en un mes.</u> - Estás aburrida/o de tu trabajo y exclamas algo como "otro hombro!" Le dices que te lo citen a las 10.00h. 	<ul style="list-style-type: none"> - Te presentas al paciente, y le preguntas cómo se ha hecho la fractura. - Le pones en una camilla y le dices todo lo que tiene que hacer: primero 10 minutos levantando un palo, después 10 minutos de auto pasivos, 10 minutos de rueda de hombro y 10 minutos de escalera de dedos. Y que cuando acabe que le diga a la auxiliar que le ponga hielo en el hombro. - Le dices que como te tendrás que ir a almorzar, que haga lo que le has dicho y que cuando acabe que se vaya. 	<ul style="list-style-type: none"> - Es la media hora del almuerzo y coincides con el otro fisioterapeuta. - Te dice que está estresado porque no puede dedicar a sus pacientes el tiempo que quisiera. - Le dices que haga como tú, que no los toque, que al final se van a recuperar igual. Que toque solamente a los "enchufados" para quedar bien con los jefes y ya está. - También le dices que si no, acabará mal y no vale la pena. 	<ul style="list-style-type: none"> - El paciente se te queja de que no avanza como su amigo. - Le dices que es que no tienes más tiempo para dedicarle, que tienes a muchos pacientes. - Le dices que lo mejor es que vaya por la tarde a su clínica privada donde le podrá atender con más tiempo y unos aparatos más modernos. - Seguro que si va a tu clínica por la tarde, se recupera más pronto. - El paciente se lo cree y te lo agradece y te confiesa que no cayó esquiando sino que su pareja le tiró por la escalera, pero que es un secreto. - Tú vas rápidamente a decírselo al otro paciente sin importarte de que sea un

Anexos

				secreto y que está el otro paciente delante.
<p><u>Paciente para el fisioterapeuta joven</u> Fractura de húmero con reducción quirúrgica. - Tiene mucho miedo de que le hagan daño.</p>	- No participas	<p>- Vienes al hospital y te diriges al fisioterapeuta joven. - Le dices que tienes mucho miedo y le preguntas si tiene experiencia en casos como el suyo. Si te vas a recuperar al 100%. - Empiezas con los pendulares. - Le dices a tu fisioterapeuta, cuando te pregunte, que caíste por las escaleras. - Luego haces escalera de dedos cuando te lo diga el fisioterapeuta y luego vas a ponerte el hielo.</p>	- No participas	- Ves como vas mejorando día a día y estás muy contento y se lo dices al otro paciente.
<p><u>Paciente para el fisioterapeuta veterano</u> - Fractura de húmero con reducción quirúrgica. Muchos problemas personales, actitud triste y decaída. - Poco colaborador.</p>	- No participas	<p>- Vienes al hospital y te diriges al fisioterapeuta veterano. Le dices, cuando te pregunte, que te caíste esquiando. Empiezas con el tratamiento, y pones caras de que te está doliendo mucho el hombro</p>	- No participas	<p>- Comentas con el otro paciente que tú no vas evolucionando y que tienes mucho dolor en el hombro. - Se lo dices también a tu fisioterapeuta.</p>

Casos

Adolescente embarazada

María, de 15 años de edad, sufre episodios frecuentes de lumbalgia desde que, hace tres años, cayó de la bicicleta. En este último episodio, el médico le ha pautado tratamiento fisioterápico consistente en electroterapia (15 sesiones de radar) y cinesiterapia (tabla de ejercicios), en el gimnasio del centro de salud donde trabaja. Durante la anamnesis fisioterápica, María te confía que cree estar embarazada y que no quiere que lo sepa nadie, ni siquiera su madre. Además, te das cuenta inmediatamente de que María no tiene claro qué es lo que va a hacer respecto a continuar o no, su probable embarazo. Antes de que puedas aconsejar a María a pensar en ello, entra la madre de la niña, quien aprovecha para preguntarte a qué son debidos las náuseas y el cansancio que siente su hija últimamente. Mientras piensas la respuesta, ves cómo María te observa fijamente y en silencio. ¿Que debes hacer? ¿Cuál es el modo más ético de actuar?

Reclamación injusta

Clara es una chica de 25 años, que reside en Gandía. Está diagnosticada de displasia de la cadera derecha desde los 16. Además, hace dos meses, mientras cruzaba la calle, fue atropellada por un coche, y como consecuencia, sufre una fractura del fémur derecho, teniendo que ser intervenida de urgencia en un hospital público de Valencia, donde actualmente acude a diario en ambulancia, para

realizar el tratamiento fisioterápico contigo (que estás contratado, cubriendo una baja).

El médico rehabilitador le ha pautado ejercicios diarios en piscina y en el gimnasio y tú cumples con el tratamiento de la manera más correcta, como es tu costumbre, aunque notas que no hay demasiado *feeling* con ella.

A los tres días de tratamiento, la paciente empieza a manifestar desacuerdo con tu modo de trabajar y te enteras de que ha ido a solicitar que le cambien de fisioterapeuta e incluso ha ido a hablar con su médico rehabilitador, utilizando un comportamiento incomprensiblemente extraño y excesivamente irascible, que no ha dejado indiferente al personal allí presente.

Al día siguiente, el supervisor de fisioterapia te informa de que la paciente te ha puesto una larga e injustificada reclamación en el SAIP, alegando que no le prestas la atención que necesita, y otras mentiras e historias sacadas de contexto y rebuscadas, que te ponen en una situación muy comprometida. Por ejemplo, que tú le recomendaste ir a tu clínica privada, donde podrías atenderle mejor.

Tienes muchas dudas respecto a lo que debes hacer, pero decides ir a buscar al supervisor de Fisioterapia para comentarle el tema; sin embargo, no obtienes el apoyo que esperabas por su parte; es más, te das cuenta de que va a hacer todo lo posible por contentar a la paciente y que se sienta bien en el hospital (tal y como le han pedido sus superiores) y, en lugar de asignarle otro fisioterapeuta como le solicitaste, te pide que te esfuerces en tratarla mejor.

Tienes que seguir tratando a la paciente. ¿Qué haces?

TEMA 1
INTRODUCCIÓN A LA ÉTICA PROFESIONAL.
CONCEPTOS BÁSICOS

- 1. Introducción
 - 2. Ética y valores
 - 3. Los valores morales
 - 4. ¿En qué consiste un comportamiento ético
 - 5. Ética y moral
 - 6. Ramas de la ética
 - 7. Bioética
 - 7.1 Antecedentes
 - 7.2 Definición
 - 7.3 Alcance de la bioética
- Bibliografía
Mapa conceptual
Actividad 1

1. Introducción

Mucha gente mira para otro lado y cambia de asunto cuando oye hablar de ética, al pensar que se trata de un tema demasiado controvertido o demasiado complejo sobre el que debatir libremente. Sin embargo, la ética es una cuestión importante, especialmente para los profesionales de la salud, como los fisioterapeutas.

Como muchas profesiones, la Fisioterapia busca su propia identidad profesional dentro del ámbito de la salud. Para lograr este objetivo, así como para alcanzar un mayor reconocimiento social, revalorizarse y reforzarse como profesión, la Fisioterapia debe prestar sus servicios desde la excelencia profesional de quienes están capacitados para ejercerla. Porque, aunque las buenas conductas profesionales de los fisioterapeutas se encuentran reguladas en el Código Deontológico, ser un buen fisioterapeuta es algo más que acatar estas normas: además de demostrar sus conocimientos y habilidades en el desempeño de sus funciones y manifestar competencias sociales, debe “saber ser profesional”, o lo que es lo mismo, comportarse con responsabilidad ética, respetando los principios éticos. Solamente una profesión que abarque el desarrollo de competencias

Anexos

cognitivas (conocimientos), técnicas (habilidades prácticas), sociales y éticas, puede alcanzar la citada excelencia.

La independencia profesional y académica que ha alcanzado la Fisioterapia y la función notablemente social que desempeña en el área sanitaria, donde el paciente es abordado desde un punto de vista integral, requiere una conducta profesional ética por parte de los fisioterapeutas, de quienes se espera, no solamente que sean competentes en el ejercicio de su labor sino que, al mismo tiempo la desempeñen con responsabilidad, honestidad y justicia.

La Fisioterapia es una profesión al servicio de la sociedad, y, como tal, debe representar una plataforma de actuaciones éticas para todos los fisioterapeutas. Gracias a este tipo de actuaciones, la Fisioterapia encontrará su propia identidad, ya que la ética contribuye decisivamente a la consolidación de una profesión, y es la mayor y más fiable fuente de reconocimiento y estima social de las personas en general y de los profesionales en particular (Hortal, 2002: 25).

El presente tema trata de aclarar algunos de los principales conceptos relacionados con la ética.

2. Ética y valores

Seguramente, más de una vez hemos escuchado hablar de ética o de valores y, aunque ambos términos poseen diferentes significados, de alguna forma podemos encontrar relación entre ellos.

La ética es, sin lugar a dudas, lo que define gran parte de la personalidad⁴⁴ de un ser humano, y en ella se involucran los valores, es decir, su escala de parámetros importantes, a los cuales, se supone, nunca renunciaría y en función de los cuales, dirige sus actuaciones (Figura 1).

⁴⁴ La personalidad es el conjunto de características psicológicas propias de un individuo que lo diferencian de los demás. La forman: a) el propio concepto de sí mismo o autoconcepto, b) sus valores c) sus actitudes d) las intenciones de sus acciones e) sus acciones. Nuestras actitudes, valores, opiniones y emociones configuran nuestra individualidad, nuestra personalidad propia, e influyen en nuestra manera de actuar.

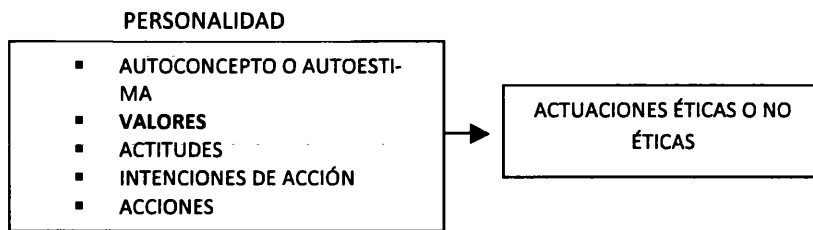


Fig. 1. Relación entre ética y valores

Pero, ¿cómo establece el hombre esa escala de valores que forman su ética?, Sencillamente, a través del juicio y el discernimiento; desde pequeños, nuestros padres son los encargados de formarnos como personas, de enseñarnos aquello que está “bien” o “mal”, y crecemos a partir de aquí aplicando nuestro juicio con respecto a actitudes y acciones. De modo que actuamos en cada momento, guiados por nuestros valores, que hemos construido con la ayuda de nuestros referentes y nuestro entorno a lo largo de la vida. Este hecho nos permite saber cuándo una actuación es correcta a nuestro juicio y cuándo no lo es; cuándo considero según mi conciencia que me comporto correctamente y cuándo no.

Sin embargo, nuestra conciencia es muy subjetiva y lo correcto puede significar cosas totalmente contrarias para unos y para otros. Por eso, por encima de nuestros propios valores y de nuestra propia conciencia para actuar, se encuentra una escala de medida más objetiva, los valores morales, los cuales deben anteponerse y exigirse a todas las personas.

Respetar estos valores morales para preservar la vida de los individuos, constituye la base de los comportamientos éticos.

3. Los valores morales

Los valores son cualidades que los humanos hemos descubierto o construido en las personas, acontecimientos, situaciones o cosas y que merecen nuestro aprecio o estima. Podemos clasificarlos en dos grandes grupos:

Podemos clasificarlos en dos grandes grupos:

Por un lado, valores que no podemos exigir a las personas. Por ejemplo:

Anexos

- Valores vitales: la salud
- Valores de convivencia: la cortesía
- Valores económicos: la riqueza
- Valores políticos: tener una ideología
- Valores intelectuales: la inteligencia
- Valores estéticos: la belleza
- sentido de la vida: la felicidad
- Valores religiosos: tener fe

Y por otro lado, valores que debemos exigir a todas las personas por el hecho de serlo. Estos valores morales de la ética civil como la dignidad de la persona, la justicia, la libertad, la igualdad, la solidaridad, la tolerancia o el respeto activo, la participación en los asuntos públicos, la paz y la responsabilidad, son los valores básicos que toda persona debe poseer para que no se manifieste en ella una deficiencia de humanidad. Son los valores que tienen que estar presentes en las relaciones humanas para que pueda decirse que hay un clima ético en las mismas. Son los valores que están en la base de los Derechos Humanos⁴⁵(Escámez, 2004; Vázquez y Escámez, 2010).

Lo que caracteriza los valores éticos o morales es el imperativo de acción que comportan, es decir, son unos valores que se nos imponen como pautas de nuestra acción. Los valores morales, pueden no coincidir con nuestros deseos, pero sentimos que debemos intentar realizarlos si no queremos perder categoría como personas que somos.

Nadie está obligado a ser una persona bella, ágil o simpática, pero toda persona está moralmente obligada a ser justa, tolerante o solidaria.

Los valores éticos, a diferencia de los que no lo son, dependen de la libertad humana: una persona puede no ser justa, negando la exigencia universal de justicia. Y porque dependen de la libertad, los valores éticos sólo pueden atribuirse a las personas, no a las

⁴⁵ Sin embargo, no hay que confundir lo que es moral ("lo que debe ser") con lo que es legal ("lo que la normativa obliga"), aunque ambos tipos de comportamiento (éticos y legales) son necesarios para la vida en sociedad.

cosas: un paisaje puede ser bello pero no justo, unas deportivas pueden ser cómodas pero no buenas en sentido moral.

Los valores morales son manifestaciones de la dignidad de la persona y tienen la pretensión de ser reconocidos universalmente. A pesar de las diferencias culturales, todas las personas son seres humanos, y por lo tanto se debe exigir que estos valores fundamentales se cumplan.

Los valores morales son los cimientos sobre los que se construyen los principios que regulan la conducta humana y, por extensión, las actuaciones profesionales. Por lo tanto, las actuaciones personales y profesionales son éticas, si cumplen con los valores morales.



Fig. 2: Los valores

Los valores morales son los más importantes, ya que le dan significado a nuestra vida. Llevan a la persona a valorarse a sí misma y a los demás, a crecer en dignidad y a tener una cultura humanista y trascendente. Los valores morales son los que deberían orientar nuestra conducta, y con base en ellos decidir cómo actuar y afrontar las diferentes situaciones que enfrentamos en la vida. Quien respeta esos valores y los principios que de ellos derivan, actúa éticamente.

Según la filósofa Adela Cortina: "Cualquier ser humano, para serlo plenamente, debería ser libre y aspirar a la igualdad entre los hombres, ser solidario y respetar activamente

Anexos

su propia persona y las demás personas, trabajar por la paz y por el desarrollo de la humanidad, conservar el medio ambiente y entregarlo a las generaciones futuras no peor de lo que lo hemos recibido, hacerse responsable de aquellos que le han sido encomendados y estar dispuesto a resolver, mediante el diálogo, los problemas que puedan surgir con aquellos que comparten con él el mundo y la vida".

Pero, desgraciadamente, todos somos conscientes de que la realidad es otra. En la sociedad actual, los valores se han ido perdiendo y, como consecuencia, existen personas con una laxa, distorsionada o nula asimilación de la escala de valores y normas. Sabemos que el aprendizaje de los valores morales comienza primordialmente en el seno familiar; estos valores morales adquiridos de este modo, ayudan a insertarnos eficaz y armónicamente en la vida social. Pero cuando se nace en un núcleo familiar incompleto, desintegrado o disfuncional, se aprenden valores negativos, distorsionados o simplemente no se llegan a conocer.

Además, desgraciadamente, la sociedad de nuestros tiempos vive sumergida en una cultura donde las apariencias cuentan mucho, asignándole más valor y significado a los bienes materiales y superficiales.

Nos encontramos, pues, en un momento en el que la sociedad ha perdido o no se ha educado en valores morales, entrando en una situación de indiferencia moral (Cortina y Conill, 2000).

4. ¿En qué consiste un comportamiento ético?

Todos, en algún momento y en diferentes circunstancias, nos preguntamos sobre cuál es la forma correcta de actuar y por qué.

Cuando realizamos una acción o tomamos una decisión, existe algo que nos dice si estamos actuando bien o mal; es decir, si nuestro comportamiento es ético o no.

Este comportamiento ético podría estar guiado por nuestros sentimientos, pero actuar con ética *no es lo mismo que actuar según los sentimientos*: estos nos proporcionan una información importante sobre si nuestras acciones son éticas o no, de hecho, algunas personas se sienten mal cuando hacen algo mal, pero sin embargo, otras se sienten bien

a pesar de que están haciendo algo mal. Por lo tanto, los sentimientos no deben guiar nuestras acciones.

Nuestros comportamientos podrían estar guiados por la religión, pero las actuaciones éticas *no tienen por qué ser religiosas*: hay muchas personas que no son religiosas y sin embargo la ética se aplica a todos los seres humanos. La mayoría de las religiones defienden altos estándares de comportamiento ético, pero muchas veces no abarcan todos los tipos de problemas a los que nos enfrentamos. Platón dijo: “la aprobación de los dioses no hace buenas las acciones”.

Nuestros comportamientos también podrían estar guiados por la ley, pero *actuar éticamente no siempre es actuar según la ley*: un buen sistema de leyes incorpora muchas de las normas éticas, pero la ley puede ser éticamente corrupta y puede estar diseñada para servir a los intereses de pequeños grupos.

Nuestros comportamientos podrían seguir normas culturalmente aceptadas, pero *las conductas éticas no tienen por qué basarse en la cultura*: algunas culturas son muy éticas, pero otras se corrompen o no quieren ver ciertas cuestiones éticas.

Finalmente, *la ética tampoco puede basarse en la ciencia*: las ciencias sociales y naturales pueden proporcionar datos importantes para ayudarnos a tomar mejor las decisiones éticas. Pero la ciencia por sí sola no nos dice lo que debemos hacer. Y sólo porque algo sea científica o técnicamente posible, no tiene por qué ser ético.

Pero si la ética no está basada ni en la religión, ni en los sentimientos, ni en la cultura, ni en la ciencia, ¿en qué se basa entonces? ¿Cuáles son los pilares del comportamiento ético? La respuesta a esta pregunta ha variado a lo largo de la historia, en la que muchos filósofos y especialistas en ética han desarrollado diferentes teorías éticas⁴⁶ basadas en

⁴⁶Las principales teorías éticas son: la teoría deontológica, el consecuencialismo o utilitarismo y la teoría de la virtud (Greenfield & Banja, 2009): La **teoría deontológica** se basa en el trabajo de Immanuel Kant. Esta teoría defiende que todas las personas tienen dignidad y debería ser tratada con respeto. Opinan que el deber de tratar a otros con respeto es una obligación universal. Defienden que la autonomía individual (y el derecho a la autodeterminación) es fundamental para la dignidad de cada persona y es una obligación universal. Kant decía “uno debe tratar a una persona como un fin y nunca solamente como un medio”. La ética se basa en deberes y obligaciones basados en principios. El **consecuencialismo o utilitarismo** fue descrito por John Stuart Mill y Jeremy Bentham. Argumentan que un acto es correcto si ayuda a alcanzar las mejores consecuencias en general. Enfatiza acciones basadas en el equilibrio entre beneficios y perjuicios. La **teoría de la virtud** fue descrita por Aristóteles. Las personas que actúan bajo esta teoría, toman decisiones mora-

Anexos

el bien común, en la justicia o en los derechos, para fundamentar las normas de conducta moral.

Con el nacimiento de la bioética en los años 70, se comenzó a considerar que las actuaciones éticas tienen su sustento en los grandes principios enunciados en la Conferencia de Belmont: los **principios de la bioética**, los cuales están contruidos sobre los cimientos de los valores morales.

La ética es una rama de la filosofía; es considerada una ciencia normativa ya que se ocupa de las normas de la conducta humana.

La ética es, pues, aquella instancia desde la cual juzgamos y valoramos la forma como, de "hecho", se comporta el hombre y, al mismo tiempo, la instancia desde la cual formulamos principios y criterios acerca de cómo debemos comportarnos y hacia dónde debemos dirigir nuestra acción.

5. Ética y moral

El interés por regular mediante normas o códigos, las acciones concretas de los humanos, es tan antiguo como la misma humanidad. En todas las comunidades, en todos los pueblos, sociedades o culturas existen prescripciones y prohibiciones que definen su moral.

Ahora bien, junto al nacimiento de la filosofía, apareció otro tipo de interés, el de reflexionar sobre las normas o códigos ya existentes, comparándolos o buscando su fundamento. Estos dos diferenciados niveles de interés o de actividad humana constituyen lo que conocemos hoy, respectivamente, por moral y ética.

La moral son normas de comportamiento que, adquiridas por cada individuo, regulan sus actos, su práctica diaria. Ahora bien, ni las normas o códigos morales se proclaman como el código de circulación, ni cada persona asume o incorpora automáticamente el conjunto de prescripciones y prohibiciones de su sociedad, ni cada sociedad o cultura

les basadas en el tipo de personas que desearían ser. Enfatiza la virtud del agente que lleva a cabo la acción. Finalmente, ha ganado popularidad la **ética del cuidado**, donde la relación con el paciente es el centro del razonamiento moral y de la toma de decisiones éticas (Noddings N. , 1984).

formula los mismos juicios sobre el bien y el mal. Por todo ello, la moral a menudo es un conjunto de preguntas y respuestas sobre qué debemos hacer si queremos vivir una vida humana, es decir, una vida no con imposiciones, sino con libertad y responsabilidad.

Moral: normas que regulan nuestros actos.

La ética, por otro lado, es una reflexión sobre la moral. La ética, como filosofía de la moral, se encuentra en un nivel diferente: se pregunta por qué consideramos válidos unos y no otros comportamientos; compara las pautas morales que tienen diferentes personas o sociedades buscando su fundamento y legitimación; investiga lo que es específico del comportamiento moral; enuncia principios generales o universales inspiradores de toda conducta; crea teorías que establezcan y justifiquen aquello por lo que merece la pena vivir.

Ética: ¿por qué estas normas?

Se actúa éticamente cuando se obra con el objetivo de preservar la vida de los individuos.

6. Ramas de la ética

La ética general se divide en tres ramas:

- *La ética analítica*: pretende dar una respuesta a lo que significa "bien" y "correcto".
- *La ética normativa*: busca proveer guías de acción y procedimientos para responder a la pregunta práctica "¿qué debo hacer?". Conformar el puente entre la ética analítica y la ética aplicada; es el intento por llegar a estándares prácticos morales para distinguir lo correcto de lo incorrecto.
- *La ética aplicada*: adapta la ética normativa a problemas específicos. Entre los problemas que trata, se encuentran aquellos correspondientes a la bioética, la ética médica, la ética económica, la ética de la información o la ética de las profesiones.

Por lo tanto, la bioética y la ética de las profesiones forman parte de la ética aplicada.

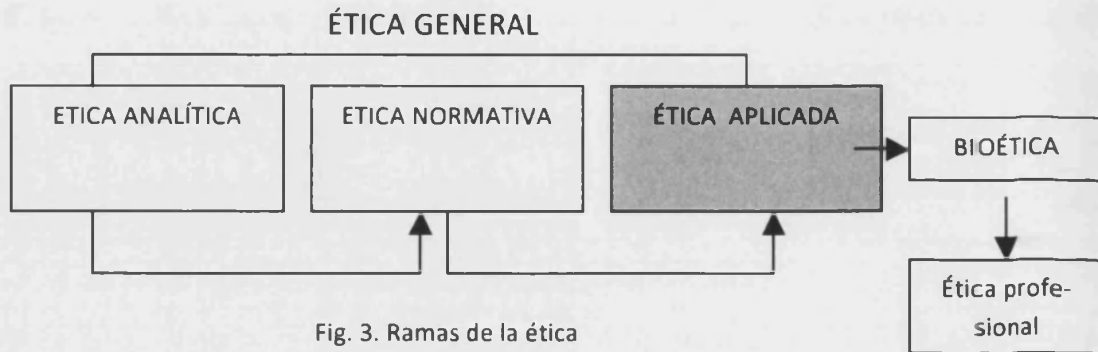


Fig. 3. Ramas de la ética

7. Bioética

7.1 Antecedentes

La bioética nace por los años setenta, cuando se plantea la necesidad de regular la conducta del hombre ante hechos acaecidos por la confluencia de dos factores:

- Los avances en el campo de la biología molecular y la ecología humana: la investigación con seres humanos, el descubrimiento del código genético, el peligro nuclear y ecológico.
- Y la revolución médico-sanitaria: que implica una mayor autonomía y capacidad de decisión del enfermo, los nuevos avances tecnológicos en la medicina práctica y los cambios en la política sanitaria.

La relación clínica cambia esencialmente, se hace mucho más humana, más rica, pero también mucho más conflictiva. El médico se pregunta muchas veces hasta dónde debe llegar, qué es beneficioso para el enfermo y qué no lo es. La tecnología, nos amplía las posibilidades de intervención desde el genoma hasta los trasplantes y el mantenimiento casi indefinido de situaciones límite entre la vida y la muerte. Cada vez nos preguntamos con más frecuencia si todo lo técnicamente posible es éticamente correcto. La asistencia sanitaria se universaliza, la tecnología es cara y los recursos son limitados y escasos y debemos repartirlos con justicia.

Estos hechos ocasionaron que, a partir de 1970, naciera una nueva disciplina, la bioética, como un puente entre las ciencias y las humanidades.

7.2 Definición

Etimológicamente, bioética proviene del griego *bios* y *ethos*, que significa "ética de la vida"; es decir, es la ética aplicada a la vida humana.

La bioética se define, de manera general, como una disciplina que tiene por objeto analizar y resolver los problemas éticos que plantean las ciencias de la vida y del cuidado de la salud.

La bioética es una disciplina que ha surgido a partir de los problemas que aquejan al hombre en cuanto a su relación con el mundo y los otros, y que permite trabajar por la vida, dándonos herramientas para la toma de decisiones en un encuentro interdisciplinar, tratando de defender siempre la dignidad de la persona.

Debemos respetar los valores de todos los implicados en nuestras decisiones y debemos aprender a resolver los conflictos que esto genera.

La bioética nos da herramientas para entender nuestra relación con el mundo y con los demás de forma diferente, entendiendo que los valores son el motor de nuestra conducta. Los valores éticos no pueden ser separados de los hechos biológicos. La humanidad necesita urgentemente de una nueva sabiduría que le proporcione el "conocimiento de cómo usar el conocimiento" para la supervivencia del hombre y la mejora de la calidad de vida.

La bioética tiene como función ayudar al hombre a buscar respuestas y encontrar soluciones que tengan que ver con la vida, vista de forma integral y no sólo desde el punto de vista biológico.

En resumen, la bioética es la ciencia que regula el comportamiento humano en el campo de la vida y de la salud, a la luz de los valores morales fundados en la dignidad de la persona humana⁴⁷.

⁴⁷ Encyclopedia of Bioethics, The Free Press, New York, 1978, vol. I, XIX

7.3 Alcance de la bioética

La bioética abarca no sólo las intervenciones referidas a las profesiones médicas y a los avances biotecnológicos, sino que incluye las acciones que pueden influir en la globalidad de la biosfera, los problemas demográficos, sociales, poblacionales, etc., pudiendo resumirse en:

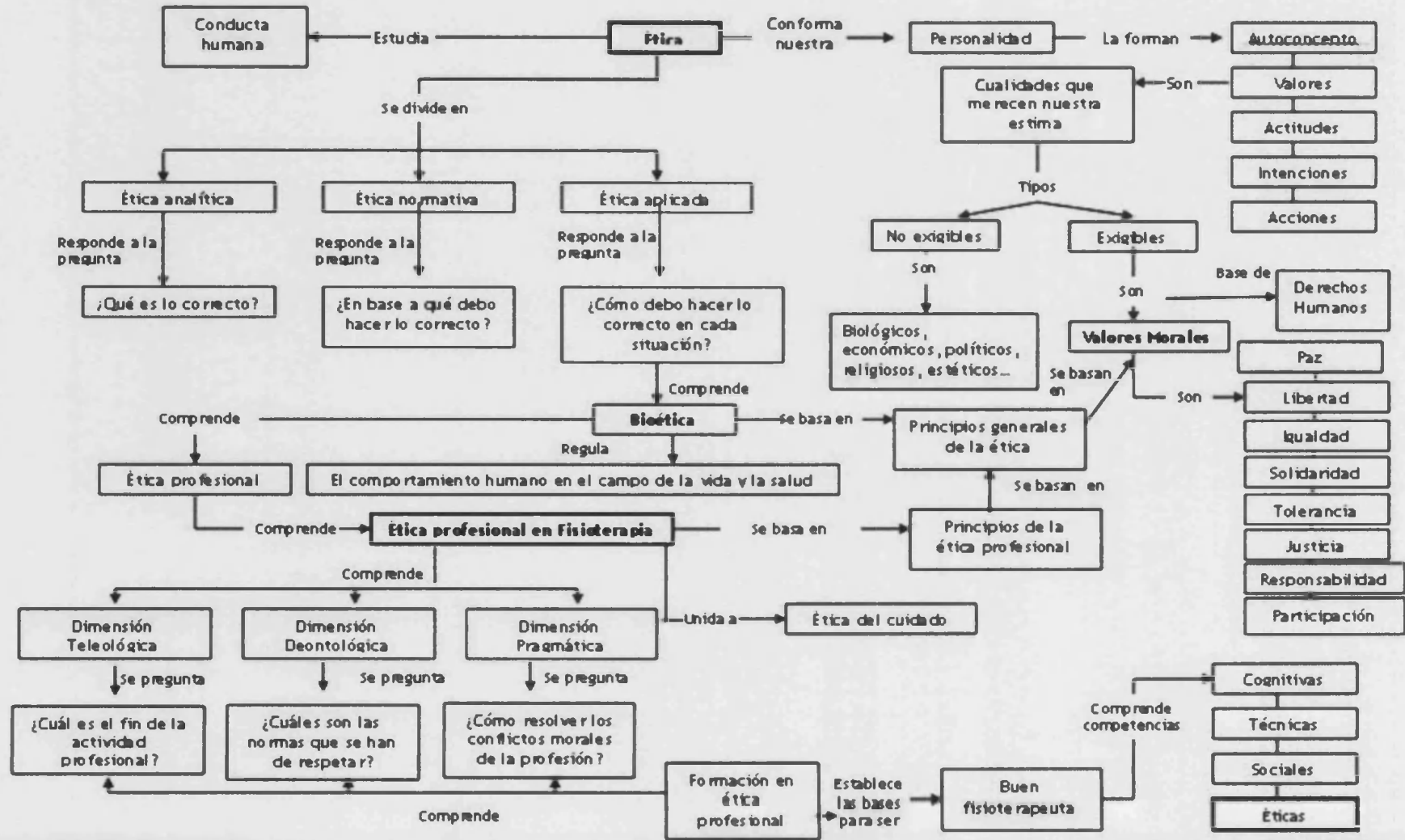
- a) Problemas éticos relacionados con las profesiones sanitarias o ética profesional: ética médica, ética de la enfermería, ética de la fisioterapia, etc. Como problemas éticos de las profesiones sanitarias se encuentran: el cuidado de un paciente terminal, autonomía en las decisiones sanitarias de los menores de edad, la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios, la limitación del esfuerzo terapéutico, etc.
- b) Problemas éticos que se plantean en el ámbito de la investigación sobre el hombre: manipulación genética, clonación humana, experimentación con embriones humanos, etc.
- c) Problemas éticos que plantean las políticas sociales: reducción del gasto farmacéutico, gestión sanitaria, inversiones en el tercer mundo, etc.
- d) Problemas éticos que genera cualquier intervención sobre los seres vivos: eutanasia, suicidio asistido, reproducción artificial, aborto, alimentos transgénicos, etc.
- e) Problemas éticos que se refieren al equilibrio del ecosistema: políticas desarrollo sostenible, deforestación y reforestación, impacto medioambiental de la construcción, etc.

Bibliografía:

- ABEL FABRE, FRANCESC: *Bioética: orígenes, presente y futuro*. Instituto Borja de Bioética. 2001. ISBN 84-7100-799-1.
- BERMEJO, P. (2002): *La ética del trabajo social*. Bilbao. Desclée De Brouwer.
- COBO, J. M. (2003): *Universidad y ética profesional*. *Teoría de la Educación*, 15, 259-276.
- CORTINA, A.; CONILL J. (2000) (dirs.): *10 palabras clave en ética de las profesiones*. Estella. Verbo Divino.

- ESTEBAN BARA, F. (2004): *Excelentes profesionales y comprometidos ciudadanos. Un cambio de mirada desde la universidad*. Bilbao. Desclée De Brouwer.
- ESCÁMEZ, J. (2004). La educación para la promoción de los Derechos Humanos de tercera generación. *Encontres on education*, vol 5, páginas 81-100.
- ESCÁMEZ J. (2007): *El aprendizaje de valores y actitudes. Teoría y práctica*. Barcelona. Octaedro.
- ESCÁMEZ, J.; MARTÍNEZ, M. (2006): Prólogo. En HIRSCH A. (coord.): *Educación, valores y desarrollo moral*. Tomo I. México. Gernika.
- GARCÍA LÓPEZ, R.; JOVER, G.; ESCÁMEZ J. (2010): *Ética profesional docente*. Madrid. Síntesis.
- GREENFIELD, B., & BANJA, J. (2009). The role of ethical theory in ethical education for physical therapists students. *Journal of Physycal Therapy Education*. , 23 (2), 24-28.
- HORTAL, A. (2002): *Ética general de las profesiones*. Bilbao. Desclée De Brouwer. 2ª edición.
- PELLEGRINO, E. (1985): The caring Ethics. The Relation of Physician to patient. En BISHOP, A.H.; SCUDER, J.R. (eds.): *Caring, curing, coping*. Alabama. University of Alabama Press.
- VÁZQUEZ, V., ESCÁMEZ, J. (2010). La profesión docente y la ética del cuidado. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*. Número especial. Disponible en: <http://redie.uabc.mx/contenido/NumEsp2/contenido-verdera.html>
- VIELVA J. (2002): *Ética profesional de la enfermería*. Bilbao. Desclée De Brouwer. 2ª edición

MAPA CONCEPTUAL - TEMA 1 y 2. INTRODUCCIÓN A LA ÉTICA PROFESIONAL. CONCEPTOS BÁSICOS E IMPORTANCIA DE LA ÉTICA PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA



ACTIVIDAD 1

A1.1. Elabora un listado con los valores que, en tu vida normal, guían tus acciones y están presentes en tus decisiones. A continuación, ordénalos de mayor a menor importancia.

A1.2. ¿Qué diferencia encuentras entre los siguientes valores: “inteligencia” y “tolerancia”? ¿Podemos exigir a alguien que sea inteligente? ¿Y tolerante?

A1.3. ¿Qué valores crees que deberían caracterizar a un buen fisioterapeuta? Escribe al menos 5 y ordénalos por importancia.

A1.4. Redacta con tus palabras lo que es un comportamiento “ético” y opina respecto a si un fisioterapeuta debe comportarse de manera ética en el ejercicio de su profesión o esto no es necesario para ser un buen profesional.

A1.5. Trata de redactar algunas situaciones no éticas que hayas reconocido en tu lugar de prácticas y explica por qué no lo son.

TEMA 2

ÉTICA PROFESIONAL.

IMPORTANCIA DE LA ÉTICA PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA

1. Introducción
2. Ética profesional en Fisioterapia
 - 2.1 Las tres dimensiones de la ética profesional
 - 2.2 Ética profesional y deontología profesional
 - 2.3 Ética profesional en Fisioterapia y bioética
 - 2.4 Ética profesional en Fisioterapia y la ética del cuidado
3. Importancia de la ética profesional
 - 3.1 En la Fisioterapia como profesión
 - 3.2 En los estudios de Fisioterapia

Bibliografía

Actividad 2

1. Introducción

Todos sabemos por experiencia propia que, cuando requerimos los servicios de un profesional, esperamos de él no solo competencia (es decir, dominio de los conocimientos teóricos y prácticos propios de su profesión), sino también una utilización adecuada de esa competencia, es decir, una conducta profesional ética. Así, se espera de él o ella que pondrá atención e interés para realizar bien el servicio, que nos tratará con respeto, que guardará el secreto profesional, que no utilizará esta información en beneficio propio, etc. Principios todos ellos que corresponden al ámbito de la ética profesional.

Hoy en día, la opinión pública se muestra sensible ante las faltas de ética de los profesionales. Esta especial sensibilidad recibe el apoyo social de los colegios profesionales que los representan, lo cual se concreta en los códigos de conducta profesional o códigos éticos. En Fisioterapia son varias las razones que llevan a los fisioterapeutas a actuar con responsabilidad ética:

Por un lado, estamos de acuerdo en afirmar que todas las profesiones que están relacionadas con personas, son profesiones sociales y, por lo tanto, el ejercicio práctico de las mismas tiene implicaciones en el propio entorno social y también en el humano (Martínez Usarralde & García López, 2009).

Por otro lado, compartimos con Hortal (2002) que una buena sociedad – justa, libre y próspera – requiere no solamente buenos profesionales (es decir, competentes) sino

ATENCIÓN

también profesionales buenos (es decir, éticos). Del fisioterapeuta se espera no sólo que sea competente en el ejercicio de su labor, sino que al mismo tiempo la desempeñe con ética.

Además, durante el ejercicio de su profesión, el fisioterapeuta se enfrenta a dilemas morales frente a los que debe actuar manifestando una conducta profesional ética, cumpliendo los principios generales de la ética aplicados a la Fisioterapia. Prepararle para responder a estos conflictos, exige fomentar en él la habilidad y el deseo de comprometerse en la reflexión moral.

Finalmente, las buenas prácticas generan la confianza de los ciudadanos en el profesional y en sus colegas de profesión, satisfacen las expectativas sociales sobre el significado de la profesión y la fiabilidad de la misma para resolver los problemas personales y sociales.

Las prácticas profesionales éticas son uno de los flujos potentes para construir sociedades a la altura de la dignidad humana (Vázquez y Escámez, 2010).

2. Ética profesional en Fisioterapia

La ética profesional es la disciplina que tiene por objeto determinar el conjunto de responsabilidades éticas y morales que surgen en relación con el ejercicio de una profesión. La ética profesional es una ética aplicada que estudia y propone los comportamientos correctos y las soluciones mejores a los dilemas y problemas éticos que pueden presentarse en el ejercicio de cada profesión, a la luz de los principios éticos de la ética de las profesiones. Establece criterios que sirven de guía sobre la conducta a seguir por el profesional en su trabajo habitual y ante los diversos dilemas éticos que pueden presentársele. Aspira a establecer normas éticas que queden recogidas en los códigos deontológicos.

Más que a solucionar problemas concretos, la ética profesional se ocupa de ayudar al profesional a proveerse de una conciencia crítica, preparada para analizar las diversas situaciones que se le vayan presentando desde una reflexión sosegada de las aspiraciones y las normas de su práctica profesional.

La ética profesional se plantea varias cuestiones:

- ¿qué es ser un buen profesional?,
- ¿en qué consiste hacer bien el ejercicio profesional?
- y ¿qué principios rigen el comportamiento ético profesional?

Sólo se puede ser un buen fisioterapeuta ejerciendo bien la propia práctica. El sueldo y el prestigio del profesional se pueden conseguir sin hacer bien el propio trabajo, basta con aparentar que se trabaja. Pero para ser un buen fisioterapeuta hay que atenerse a los principios que sirven de referencia en la práctica de esta profesión y que indican el mejor modo de lograr los bienes internos correspondientes. Solo quienes los alcanzan se constituyen en buenos fisioterapeutas.

2.1 Las tres dimensiones de la ética profesional

En general, cuando alguien hace referencia a la ética profesional, en seguida nos viene a la mente el tema de los códigos deontológicos. Sin embargo, la ética está por encima de la deontología, en tanto que abarca también otras dimensiones: teleológica y pragmática.

Según Bermejo (2002), la ética profesional engloba tres dimensiones inseparables:

- La *dimensión teleológica* es la que nos permite reflexionar acerca de cuál es el fin de la actividad profesional: ¿qué pretende conseguir la Fisioterapia como objetivo último de sus prácticas?, ¿qué bienes intenta realizar?

Las profesiones no tienen sentido en sí mismas sino por los bienes internos que contienen. Por eso, no se puede entender lo que es una profesión si no se entiende que ésta tiene en su interior una función social: el bienestar común, lo cual implica una responsabilidad moral.

Los bienes internos de la Fisioterapia van cambiando en la medida que lo hace la sociedad, de manera que en la actualidad están orientados hacia la promoción, la prevención y la rehabilitación de las personas con los medios que le son propios.

Los buenos profesionales se preguntan qué es lo que desean lograr con aquello que hacen, reflexionan sobre cuál es el fin de su profesión y se proponen realizarlo en su

Anexos

vida profesional. Tal fin, es el fin interno de la profesión y es el máximo bien al que un fisioterapeuta puede aspirar.

- La dimensión deontológica está constituida por el conjunto de normas éticas que rigen la profesión y que habitualmente se encuentran plasmados en los códigos deontológicos. La deontología en Fisioterapia hace referencia a los deberes y a las normas que han de respetar los fisioterapeutas. Son normas exigibles y contribuyen a la consolidación de la profesión.

- La dimensión pragmática se refiere a la acción concreta. Se hace preguntas del tipo: ¿qué debo hacer en una determinada situación?, ¿cómo resolver los conflictos morales que pueden aparecer en la práctica profesional?, ¿cómo debo afrontar los conflictos emocionales ante situaciones de desigualdad e injusticia?, ¿qué buenas prácticas configuran el ejercicio de esta profesión?, Los fisioterapeutas se enfrentan a conflictos morales en el ejercicio de su profesión, ante los que han de estar preparados para decidir cuál es la conducta moralmente más aceptable.

En general, el trabajo cotidiano de un fisioterapeuta no es una secuencia ininterrumpida de sucesos problemáticos. Pero en ocasiones tales dilemas aparecen y es necesario contar con algún método que nos permita salir del paso de la manera más justa posible.

La ética profesional en Fisioterapia consiste pues, en abordar los aspectos éticos y los problemas morales propios de la profesión, desde la perspectiva de lo que la profesión es y la función que le corresponde en la sociedad.

2.2 Ética profesional y deontología profesional

La ética profesional se ocupa ante todo del tema del bien: qué es bueno hacer, quién es un buen profesional, al servicio de quien está una profesión. La deontología se ocupa de la parte de los deberes y las obligaciones; busca formular el conjunto de normas exigibles a todos los que ejercen una misma profesión. Por lo tanto, ética y deontología, a pesar de que a veces se utilizan por igual, no son lo mismo: la ética plantea la profesión en términos de principios morales, mientras que la deontología plantea los temas éticos en términos de normas y deberes.

Anexos

Un comportamiento ético consiste, por ejemplo, en que un fisioterapeuta considere a su paciente como el fin último de su actividad profesional, le procure un tratamiento fisioterápico de calidad sin distinción de raza, sexo, cultura, política o religión y resuelva cualquier conflicto ético relacionado con esta situación siempre a favor del paciente, por el hecho de comprender su posición como ser humano con todos sus derechos y cumpliendo los principios de la ética.

Los principios morales se distinguen de las normas por ser más genéricos que estas. Los principios tratan los grandes temas y valores del vivir y del actuar, mientras que las normas aplican los principios a situaciones más o menos concretas. Un principio enuncia un valor; las normas dicen cómo debe aplicarse un principio en determinadas situaciones. Por ejemplo, el gran principio moral de autonomía (por el que se ha de respetar la capacidad de decisión de las personas, así como su voluntad, en aquellas cuestiones que se refieren a ellas mismas), queda concretado en el código deontológico del ICFCV (Ilustre Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana), en los artículos 9,13,14,16,17, 49... etc. El principio de no maleficencia (por el que no han de causarse daños ni perjudicar al paciente ni a otros), queda concretado en los artículos 10 y 62; etc.

2.3 Ética profesional en Fisioterapia y bioética

Aunque la ética profesional en Fisioterapia es uno de los campos de estudio de la bioética, no todos los problemas de la bioética son el blanco de las preocupaciones de la Fisioterapia. Todos los temas bioéticos que están de actualidad, como temas relacionados con la reproducción humana, o los recién nacidos de bajo peso, el aborto, la eutanasia, los trasplantes de órganos o los criterios de reanimación, son temas en los que la Fisioterapia no juega un papel activo directo, por la propia naturaleza y alcance de la profesión.

Sin embargo, sí que lo juega en otros temas que consideramos puntos de unión entre la bioética y la ética profesional de la fisioterapia, como el respeto a la intimidad, la información del paciente, la veracidad, el respeto al paciente y los compañeros de profesión o la confidencialidad. En estos temas, y, a medida que la Fisioterapia va adquiriendo

Anotos

cada vez más autonomía, sobretodo en la práctica privada, los conflictos morales se acrecientan.

2.4 La ética profesional en Fisioterapia y la ética del cuidado

La ética profesional de la Fisioterapia está unida, al igual que en el caso de la Enfermería y otras Ciencias de la Salud, al concepto de *cuidado*, al cuidar propio de las profesiones sanitarias, el cual comprende cuatro sentidos (Pelegriño, 1985):

1. Tener capacidad de ponerse en el lugar de la persona afectada, solidarizarse con ella y compartir en cierto modo sus sentimientos.
2. Hacer por los otros lo que ellos no pueden hacer por sí mismos y necesitan o desean hacer.
3. Invitar al otro a que confíe en nosotros y vea que nos tomamos el problema como nuestro.
4. Poner todos los recursos personales y técnicos y llevar a cabo con esmero todos los procedimientos al servicio del enfermo. Convertir al otro en la finalidad principal y el centro de nuestra acción y poner los medios precisos para lograr su bien.

La Fisioterapia consiste entonces en prestar cuidados a las personas y a los grupos humanos de un modo profesional y con una actitud de cuidar.

La Fisioterapia aspira a ser integral, considerando a la persona de manera global. Al considerar al hombre de manera integral, en su totalidad, la Fisioterapia converge con la ética, ya que actuar responsablemente desde la Fisioterapia coincide con obrar correctamente desde la ética. Podemos decir que la ética en Fisioterapia, como en las demás profesiones del área de la salud, es la ética del buen cuidar.

La evolución de la salud pública, la epidemiología y la medicina preventiva ha introducido conceptos como "factor de riesgo" o "condiciones de vulnerabilidad". Su aplicación práctica supone el diseño de estrategias en las cuales las personas y los grupos humanos deben adoptar estilos de vida que resulten saludables y disminuyan el impacto de la enfermedad. Esta lógica refleja otro significado para la palabra "cuidado", en tanto cada persona debe hacerse cargo de su propio bienestar y corregir los hábitos que aumentan

su riesgo de enfermarse. Ya no sólo se trata de esperar qué hace el profesional sanitario para cuidar el bienestar del paciente sino, también, cómo moviliza este último sus propios recursos para conservar y recuperar su estado de salud. Así, cada persona debe tener asumida una noción de autocuidado que supere la visión tradicional del heterocuidado (ser cuidado por otro) (Noddings N. , 1984).

3. Importancia de la ética profesional

3.1 En la Fisioterapia como profesión

Como ya hemos dicho, la Fisioterapia goza cada día de una mayor autonomía y repercusión entre la sociedad. Esto le lleva a adquirir el compromiso moral de revalorizarse como profesión, de reforzarse frente al intrusismo y de acrecentar su identidad profesional entre las demás profesiones sanitarias, ofreciendo un servicio de calidad. Pero la calidad asistencial solamente puede alcanzarse a través del desarrollo de cuatro tipos de competencias:

- Competencias cognitivas, “saber” (los conocimientos)
- Competencias técnicas, “saber hacer” (las habilidades prácticas)
- Competencias sociales, “saber ser” (relación con los demás)
- Competencias éticas, “saber ser profesional”.

Cuando el profesional adquiere y ejercita de modo excelente sus competencias, se forma como ciudadano y como persona moral. Un profesional excelente es aquel que compite consigo mismo para ofrecer un buen producto profesional; no se conforma con la mediocridad profesional, sino que aspira a la excelencia en el servicio a las personas que le requieren como usuarios de su profesión (Vázquez, Escámez, 2010).

Por lo tanto, el fisioterapeuta, además de mostrar un alto nivel de conocimientos y destrezas específicas de su área y desarrollar habilidades sociales en su entorno de trabajo, debe también manifestar un comportamiento éticamente responsable que le permita decidir qué es “lo correcto” o lo más justo en cada situación. Y es que en la práctica diaria de la profesión, los fisioterapeutas han de tomar frecuentes decisiones ante cuestiones relacionadas con su interacción con el *paciente*, con sus *compañeros* de tra-

Apéxos

bajo, con el médico, con la *institución* para la que trabajan e incluso cuestiones que pueden tener una trascendencia *social*.

Como ya dijimos en el tema 1, aunque las buenas conductas profesionales de los fisioterapeutas están reguladas en los códigos deontológicos, ser un buen fisioterapeuta es algo más que acatar estas normas; tiene que “saber ser profesional”, o lo que es lo mismo, comportarse con responsabilidad ética, respetando los principios de la ética profesional aplicados a la Fisioterapia.

La ética profesional es importante a muchos niveles:

1. Los profesionales se sienten mejor con ellos mismos y con su profesión cuando trabajan de manera ética.
2. Las profesiones reconocen que su credibilidad reside no solamente en sus competencias técnicas sino también en la confianza que transmiten a los pacientes.
3. A nivel organizacional, la ética es un buen negocio. Algunos estudios muestran que los negocios en los que se trabaja éticamente funcionan mejor que los que no lo hacen.

3.2 En los estudios de Fisioterapia

La Universidad juega un papel fundamental en la enseñanza de ética profesional, ya que uno de sus objetivos principales es formar personas y profesionales; es decir, preparar a los estudiantes para que comprendan las complejidades éticas y morales que afectarán a la toma de decisiones en su práctica profesional. La función de la Universidad es la formación integral de los estudiantes, no la simple enseñanza técnica.

Los estudiantes de Fisioterapia vienen a la Universidad a prepararse para ejercer una profesión, y ello lleva implícito enseñarles a ser competentes y también éticos; de este modo, podrán responder a las exigencias y a las necesidades que la sociedad demanda de ellos. Aprender ética durante la carrera de Fisioterapia, es aprender a orientar las conductas profesionales.

Aprender ética profesional en Fisioterapia ayudará al estudiante a:

- **Adquirir conocimientos sobre ética, clarificando conceptos.**

- Adquirir métodos para pensar los problemas éticos, así como instrumentos y disciplina para hacerlo.
- Introducir claridad y coherencia en el pensamiento y el sistema de valores de cada uno.

Es decir, preparará el camino para la práctica éticamente responsable de la profesión. Por lo tanto, aprender ética profesional es mucho más que conocer el código deontológico, debe ir más allá y reflexionar en torno a cuál es el bien al servicio del cual está una profesión y cómo afrontar con responsabilidad ética los conflictos morales que surgen durante su ejercicio.

Tenemos que aprender a resolver los conflictos de valores, tenemos que aprender a integrar los valores en la toma de decisiones en Fisioterapia. Si así lo hacemos, estaremos aumentando la corrección de nuestras decisiones y con ello la calidad de la asistencia que damos a nuestros pacientes. Esto es lo que perseguimos: tomar decisiones lo más correctas posibles y mejorar la calidad de nuestras actuaciones ya que, a la vez que vayamos aportando un servicio a la sociedad, iremos adquiriendo una personalidad ética.

Bibliografía de referencia:

- ABEL FABRE, FRANCESC: *Bioética: orígenes, presente y futuro*. Instituto Borja de Bioética. 2001. ISBN 84-7100-799-1.
- BERMEJO, P. (2002): *La ética del trabajo social*. Bilbao. Desclée De Brouwer.
- COBO, J. M. (2003): Universidad y ética profesional. *Teoría de la Educación*, 15, 259-276.
- CORTINA, A.; CONILL J. (2000) (dirs.): *10 palabras clave en ética de las profesiones*. Estella. Verbo Divino.
- ESTEBAN BARRA, F. (2004): *Excelentes profesionales y comprometidos ciudadanos. Un cambio de mirada desde la universidad*. Bilbao. Desclée De Brouwer.
- ESCÁMEZ J. (2007): *El aprendizaje de valores y actitudes. Teoría y práctica*. Barcelona. Octaedro.
- ESCÁMEZ, J.; MARTÍNEZ, M. (2006): Prólogo. En HIRSCH A. (coord.): *Educación, valores y desarrollo moral*. Tomo I. México. Gernika.
- GARCÍA LÓPEZ, R.; JOVER, G.; ESCÁMEZ J. (2010): *Ética profesional docente*. Madrid. Síntesis.

Anexos

HORTAL, A. (2002): *Ética general de las profesiones*. Bilbao. Desclée De Brouwer. 2ª edición.

MARTÍNEZ USARRALDE, M., & GARCÍA LÓPEZ, R. (2009). *Análisis y práctica de la mediación intercultural desde criterios éticos*. Valencia: Tirant lo Blach.

MONTOYA MONTOYA G.J. (2007): La ética del cuidado en el contexto de la salud sexual y reproductiva. *Acta bioeth.* [revista en Internet]; 13(2): 168-175. Consultado el 10/10/2010, en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2007000200003&script=sci_arttext

NODDINGS, N. (1984). *Caring, a feminine approach to ethics & moral education*. Berkeley: University of California Press.

PELLEGRINO, E. (1985): The caring Ethics. The Relation of Physician to patient. En BISHOP, A.H.; SCUDER, J.R. (eds.): *Caring, curing, coping*. Alabama. University of Alabama Press.

VÁZQUEZ, V. Y ESCÁMEZ J. (2010). "La profesión docente y la ética del cuidado". *Revista electrónica de investigación educativa* [Número Especial] Consultado el 15/09/2010, en: <http://redie.uabc.mx/contenido/NumEsp2/contenidoverdera.html>

VIELVA J. (2002): *Ética profesional de la enfermería*. Bilbao. Desclée De Brouwer. 2ª edición.

ACTIVIDAD 2

A2.1. Enumera las razones por las que crees que es importante la ética profesional en Fisioterapia.

A2.2. ¿Qué crees que le aporta a la Fisioterapia como profesión, el comportamiento ético de los fisioterapeutas?, ¿Qué crees que le aporta al propio fisioterapeuta como ser humano, el ejercicio ético de su profesión? y ¿qué crees que le aporta a la sociedad en general, el ejercicio ético profesional?

A2.3. ¿Qué es la excelencia profesional? ¿Crees que los fisioterapeutas hoy en día están capacitados para alcanzarla? ¿Qué propones para ello?

A2.4. Consulta las diferentes definiciones de Fisioterapia, y explica cuáles son los fines internos que intenta alcanzar; es decir, ¿qué pretende conseguir la Fisioterapia como objetivo último de sus prácticas? ¿Qué parte de la ética profesional estudia estos aspectos? ¿Qué otros dos aspectos engloba la ética profesional?

Anexos

A2.5. ¿Qué papel tiene la Fisioterapia en temas como el aborto? ¿Y en la eutanasia? ¿En qué campos de la bioética la Fisioterapia juega un papel más activo?

A2.6. ¿Qué cuestiones éticas has podido presenciar en tu lugar de prácticas durante estas primeras semanas?

TEMA 3

LOS PRINCIPIOS ÉTICOS PROFESIONALES

1. Introducción
 2. Valores, principios y normas
 3. Principios éticos profesionales
 - 3.1 Origen de los principios éticos profesionales
 - 3.2 Principios éticos profesionales
 - 3.2.1 Principio de autonomía
 - 3.2.2 Principio de beneficencia
 - 3.2.3 Principio de justicia
 - 3.2.4 Principio de no maleficencia
 4. Los principios de la ética profesional aplicados a la fisioterapia
- Bibliografía
Mapa conceptual
Actividad 3

1. Introducción

Como se ha visto en el tema 2, en el entorno profesional, el comportamiento ético de los profesionales es fundamental, porque tiene repercusiones sobre: la profesión (ayuda a la profesión a encontrar su identidad profesional), el propio profesional (le ayuda a desarrollar una personalidad ética), y la sociedad en general (contribuye a la creación de una sociedad a la altura de la dignidad humana).

En el terreno profesional, es la ética profesional (rama de la bioética), la que se encarga de establecer qué comportamientos son los correctos y cuáles no y de establecer cuáles son los principios a partir de los cuales poder afrontar los conflictos éticos derivados de la práctica de la profesión. Estos principios, a los que hemos hecho referencia en temas anteriores, son los que vamos a ver en este tema.

Pero como cada profesión tiene sus propios fines y realiza unos bienes diferentes en la sociedad, estos principios éticos profesionales tienen que adaptarse a cada una de las peculiaridades de cada profesión, de manera que, en Fisioterapia, nos regimos por los principios éticos profesionales aplicados a la Fisioterapia, los cuales también abordaremos en este tema.

2. Valores, principios y normas

Los valores, los principios éticos y las normas, aunque parecidos, no son lo mismo:

- Los **valores** son cualidades que los humanos hemos descubierto o construido en las personas, acontecimientos, situaciones, instituciones o cosas y que merecen nuestro aprecio o estima.
- Un **principio** es el juicio práctico que deriva inmediatamente de la aceptación de un valor. Es decir, un principio enuncia un valor o meta valiosa,
- Una **norma** determina cómo ha de aplicarse un principio ético en una determinada situación (están recogidas en los códigos deontológicos).

Por tanto, los valores son más genéricos que los principios y éstos lo son más que las normas. Por ejemplo:

- . Valores: respeto, intimidad, dignidad.
- . Principio ético profesional: principio de autonomía (ver el punto 3.2.1).
- . Principio ético profesional aplicado a la fisioterapia: Principio ético nº1 (ver el punto 5 de este tema).
- . Norma del código deontológico (Comunidad Valenciana): Artículo 14º.
 - “El/la fisioterapeuta actuará siempre con corrección y respetará con delicadeza la intimidad del paciente, ha de respetar el derecho del usuario a decidir respecto de su cuerpo y, por tanto, su intervención ha de estar libremente autorizada y consentida por el paciente”.

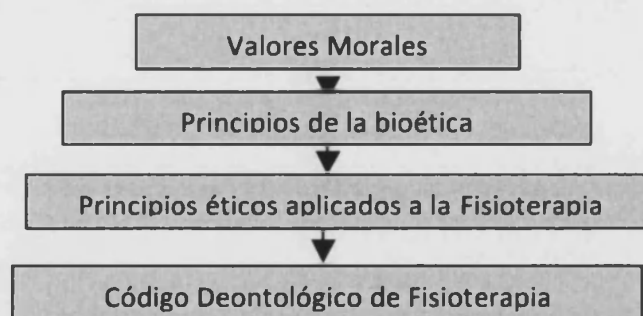


Fig. 1. Relación entre valores morales, principios éticos y normas

Anexos

3. Principios éticos profesionales

Los principios éticos son aquellos imperativos de tipo general que nos orientan acerca de qué hay de bueno y realizable en unas acciones y de malo y evitable en otras. Se caracterizan por lo absoluto de sus exigencias, la universalidad de su validez y la inmutabilidad de su contenido.

Como ya hemos comentado, un buen profesional es aquel que desarrolla no solamente competencias cognitivas, técnicas y sociales sino que además actúa conforme a los principios éticos profesionales. Es decir, no solamente se espera de él que sepa aplicar las técnicas más innovadoras y eficaces, sino que, además, se comporte de manera ética, (cada profesional deberá cumplir los principios éticos que establezca su profesión).

Estos principios éticos son el referente para la elaboración de las normas contenidas en los códigos deontológicos.

3.1 Origen de los principios éticos profesionales

Al principio (años 70), la bioética era casi un sinónimo de ética de la investigación y ética clínica, pero más tarde se extendió a todas las biociencias. En el año 1974, el Congreso de los Estados Unidos creó una comisión para elaborar directrices éticas con el objetivo de proteger y garantizar los derechos de las personas incluidas en estudios de investigación biomédica, ya que habían sido en algunas ocasiones, hasta ese momento, víctimas del afán experimentador de los científicos. Como consecuencia, en 1978 se redactó el **Informe Belmont**, que es uno de los primeros documentos escritos sobre bioética en el que se acepta como principios fundamentales de la bioética, los siguientes:

- *Principio de beneficencia,*
- *Principio de autonomía*
- *Principio de justicia.*

En 1979, Beauchamp y Childress, introdujeron en la reflexión bioética, el concepto de *no maleficencia*, que resultó ser el cuarto principio de la bioética, reconocido universalmente.

Estos cuatro principios generales, pronto llegaron a convertirse en la base de la ética médica y, por extensión, del resto de las profesiones, constituyendo los *principios de la ética profesional*.

El esfuerzo por respetar los principios de la bioética en las actuaciones profesionales y su utilización como referente en la resolución de problemas éticos, permite orientar la práctica profesional hacia el cumplimiento de los fines propios de la profesión.

3.2. Principios éticos profesionales

Los principios de la ética profesional son cuatro y proceden de la bioética.

3.2.1. Principio de autonomía

Se refiere a la necesidad de respetar el derecho que tienen las personas autónomas para decidir entre las opciones que a su juicio son las mejores, entre las diferentes posibilidades de las que se les haya **informado**, conforme a sus valores, creencias y planes de vida. Son decisiones respecto a su cuerpo y a su salud. Este principio sustenta la necesidad de contar con un **consentimiento informado** y del **derecho a negarse** a una intervención o participación en una relación clínica o de investigación.

De este principio se desprende el deber de proteger a quienes no tienen esta capacidad, es decir a quienes no son autónomos, a los cuales se ha de respetar igualmente su **dignidad** e individualidad.

Este principio defiende que no deberían utilizarse a las personas como medios para alcanzar un fin.

3.2.2. Principio de beneficencia

Este principio considera la necesidad de evaluar las ventajas y las desventajas, los riesgos y los beneficios de los tratamientos propuestos, con el objeto de maximizar los beneficios y disminuir los riesgos. Tiene una dimensión positiva que implica el deber inquebrantable de llevar a cabo acciones específicas encaminadas a procurar el **bienestar de las personas**, defender sus derechos, prevenir el daño, eliminar las condiciones que le generan riesgo, malestar y dolor, entre otras.

3.2.3. Principio de no maleficencia

Este principio obliga a evitar el daño físico o emocional y el perjuicio en la aplicación de procedimientos o de intervenciones. Consiste en **no hacer daño**, no perjudicar ni hacer mal ni al paciente ni a otros; no manipularles, ni ejercer violencia sobre ellos, no violar sus derechos, ni ignorarles como personas, no cometer injusticias con ellos privándoles de lo que se les debe o les corresponde. Define el derecho de toda persona a no ser discriminada por consideraciones biológicas, tales como raza, sexo, edad, situación de salud, etc. y determina el correspondiente deber de no hacer daño, aún cuando el interesado lo solicitara expresamente.

3.2.4. Principio de justicia

Es el principio por el cual se pretende que la **distribución** de los beneficios, los riesgos y los costos en la atención sanitaria, se realicen en forma justa. Es decir, que se distribuyan equitativamente entre todos los grupos de la sociedad.

Se refiere, asimismo, a que todos los pacientes en situaciones parecidas deban tratarse de manera similar y con las **mismas oportunidades de acceso** a los mejores métodos diagnósticos y terapéuticos.

<p>Autonomía = Respetar autodeterminación Beneficencia = Hacer el bien No maleficencia = No hacer daño Justicia = Equidad</p>

Fig.2. Principios éticos profesionales

4. Los principios de la ética profesional aplicados a la Fisioterapia

Derivados de los principios de la ética profesional, la World Confederation of Physical Therapy (WCPT) (<http://www.wcpt.org/>), enunció en 1995 los Principios de la ética profesional en fisioterapia, con el objetivo de ser adaptados a las particularidades de la profesión de cada país. Estos principios fueron revisados en el año 2007 y está prevista una nueva revisión en 2011.

Son los siguientes⁴⁸:

Principio ético 1: Los fisioterapeutas deben respetar los derechos y la dignidad de los pacientes.

- a. Todas las personas tienen derecho a recibir tratamiento fisioterápico con independencia de su edad, sexo, raza, nacionalidad, religión, etnia, credo, orientación sexual, discapacidad o ideas políticas.
- b. Los pacientes tienen derecho a que se les respeten sus costumbres culturales.
- c. Los pacientes tienen derecho a la intimidad.
- d. Los pacientes tienen derecho a la confidencialidad.
- e. Los pacientes tienen derecho a un consentimiento informado.
- f. Los pacientes tienen derecho a recibir una información adecuada y suficiente.
- g. Los pacientes tienen derecho a ser educados en salud.
- h. Los pacientes no deben recibir más tratamiento fisioterápico del necesario.
- i. Los pacientes tienen derecho a ser remitidos a otros fisioterapeutas mejor cualificados.
- j. Los pacientes tienen derecho a elegir quién debería ser informado en su nombre.
- k. Los pacientes tienen derecho a la autodeterminación incluyendo:
 - La participación en las decisiones sobre su cuidado
 - La petición de una segunda opinión
 - La decisión de detener el tratamiento fisioterápico.
- l. Los pacientes tienen derecho a reclamar y a que su reclamación se maneje adecuadamente.
- m. Los fisioterapeutas tienen la absoluta responsabilidad de asegurar que su comportamiento es siempre profesional, evitando cualquier mala conducta.

⁴⁸ Esos principios están traducidos del documento original de la WCPT (2007): *Declaration of principles*.



- n. Los fisioterapeutas tienen derecho a la cooperación de sus colegas.
- o. Los fisioterapeutas aplicarán unos principios comerciales sólidos cuando se trate de proveedores, fabricantes y otros agentes.

Principio ético 2: Los fisioterapeutas deben cumplir con las leyes y los reglamentos que rigen la práctica de la profesión en el país en el que trabajen.

- a. Los fisioterapeutas deberán comprender las leyes que regulan la práctica de la fisioterapia, reconociendo que la ignorancia no es una excusa en caso de incumplimiento.
- b. Los fisioterapeutas tienen el derecho a rechazar el tratamiento o cualquier otra intervención cuando piensen que no es lo mejor para el paciente.

Principio ético 3: Los fisioterapeutas aceptan la responsabilidad de practicar la fisioterapia de la manera más justa.

- a. Los fisioterapeutas son profesionales independientes y autónomos.
- b. Los fisioterapeutas llevarán a cabo una evaluación del paciente que le permita llegar a un diagnóstico.
- c. A partir del diagnóstico y de otra información importante sobre el paciente, especialmente sus propios objetivos, el fisioterapeuta planeará e implementará el programa terapéutico.
- d. Cuando los objetivos se hayan alcanzado o no puedan obtenerse más beneficios, el fisioterapeuta informará y cesará el tratamiento.
- e. Cuando el diagnóstico no esté claro o el tratamiento requerido esté por encima de la capacidad del fisioterapeuta, este informará al paciente y le ayudará a buscar otra persona cualificada.
- f. Los fisioterapeutas no delegarán actividades que requieran sus propias habilidades, conocimientos y juicios, a otras personas.
- g. Cuando el médico de referencia especifique un tratamiento con el que no esté de acuerdo el fisioterapeuta, este consultará con él para desarro-

llar un plan más adecuado, o sugerir que refiera al paciente a otros profesionales.

Principio ético 4: Los fisioterapeutas proporcionarán un servicio honesto, profesional, competente y responsable.

- a. Los fisioterapeutas se asegurarán de que los pacientes comprenden la naturaleza del servicio que se les presta, especialmente en lo referente al tiempo y al dinero.
- b. Los fisioterapeutas realizarán un programa continuo de desarrollo personal diseñado para mantener y mejorar sus conocimientos y habilidades profesionales.
- c. Los fisioterapeutas mantendrán un adecuado registro de los pacientes así como la evaluación de sus actividades.
- d. Los fisioterapeutas no revelarán ninguna información sobre un paciente a un tercero sin su permiso o conocimiento previo, a menos que lo exija la ley.
- e. Los fisioterapeutas participarán en la evaluación de su trabajo, los resultados de la cual no podrán ser divulgados a un tercero sin su permiso.
- f. Los principios éticos deben regir la práctica de la fisioterapia y si surgen conflictos, el fisioterapeuta tratará de solventarlos buscando la ayuda de la asociación nacional de fisioterapia si fuera necesario.
- g. Los fisioterapeutas deberán utilizar la tecnología sólo cuando sea eficaz en el logro de los objetivos terapéuticos.

Principio ético 5: Los fisioterapeutas están comprometidos a proporcionar servicios de calidad de acuerdo a las políticas de calidad y objetivos definidos por la asociación de fisioterapeutas de su país.

- a. Los fisioterapeutas conocerán las normas actualmente aceptadas para la práctica de su profesión.

ANEXOS

- b. Los fisioterapeutas deberán participar en un proceso de educación continua para mejorar sus conocimientos básicos y proporcionar otros nuevos.
- c. Los fisioterapeutas apoyarán a la investigación lo cual contribuirá a la mejora de atención al paciente.
- d. Los fisioterapeutas apoyarán una educación de calidad en el ámbito académico y clínico.
- e, Los fisioterapeutas dedicados a la investigación se atenderán a las normas vigentes para asegurar: el consentimiento del paciente, la confidencialidad, la seguridad y el bienestar. Cualquier incumplimiento de las normas se notificará a las autoridades competentes.
- f. Los fisioterapeutas difundirán libremente los resultados de su investigación, sobre todo en revistas y conferencias.
- g. Los fisioterapeutas en el papel de empresarios deberán:
 - asegurar que todos los empleados estén correcta y debidamente cualificados.
 - ofrecer oportunidades suficientes para la educación y el desarrollo personal de los trabajadores.

Principio Ético 6: Los fisioterapeutas tienen derecho a un nivel justo y equitativo de remuneración por sus servicios.

- a. Los fisioterapeutas deben intentar garantizar que las tarifas sean razonables.
- b. Los fisioterapeutas no ejercerán un uso indebido que redunde en un beneficio personal.

Principio Ético 7: Los fisioterapeutas proporcionarán información exacta a los pacientes, a otras agencias y a la comunidad acerca de los servicios que proporcionan.

- a. Los fisioterapeutas deberán participar en programas de educación pública, proporcionando información sobre la profesión.

Anexos

- b. Los fisioterapeutas tienen el deber de informar al público y a los profesionales de referencia sobre la verdadera naturaleza de sus servicios, para que los pacientes sean más capaces de tomar una decisión sobre su uso.

Principio Ético 8: Los fisioterapeutas contribuirán a la planificación y desarrollo de servicios dirigidos a las necesidades de salud de la comunidad.

- a. Los fisioterapeutas tienen el deber y la obligación de participar en la planificación de servicios diseñados para proporcionar un óptimo servicio de salud comunitaria.
- b. Los fisioterapeutas están obligados a trabajar para lograr una prestación de asistencia sanitaria justa para todas las personas.

Hay que tener en cuenta que se trata de principios, los cuales son la base de las normas que cada colegio profesional plasma en sus códigos deontológicos.

Bibliografía de referencia:

American Physical Therapy Association. Professionalism in Physical Therapy: Core Values. American Physical Therapy Association, Alexandria, VA; August 2003 (www.apta.org/documents/public/education/professionalism.pdf)

OROZCO, V., ARDILA Z. (2005): El libro de los valores. Editorial Televisa. 1ª. México.

BEAUCHAMP JF, CHILDRESS (1999). Principios de ética biomédica. Versión española de la cuarta edición de la obra original en lengua inglesa *Principles of Biomedical Ethics* publicada por Oxford University Press, Inc. De Nueva York (1994). Traducción de Teresa García-Miguel, Javier Júdez y Lydia Feito, revisión de Diego Gracia y Javier Júdez. Ed. Masson, Barcelona. ISBN 84-458-0480-4

GRACIA D. La deliberación moral: el método de la ética clínica en: *Medi Clin (Barcelona)* 2001; 117(1): 18-23 [Medline: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11440697?dopt=Abstract>]

Anexos

HORTAL, A. (2002): *Ética general de las profesiones*. Bilbao. Desclée De Brouwer. 2ª edición.

INFORME BELMONT. Principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos de investigación. Reporte de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento. En red [<http://www.pcb.ub.es/bioeticaidret/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>].

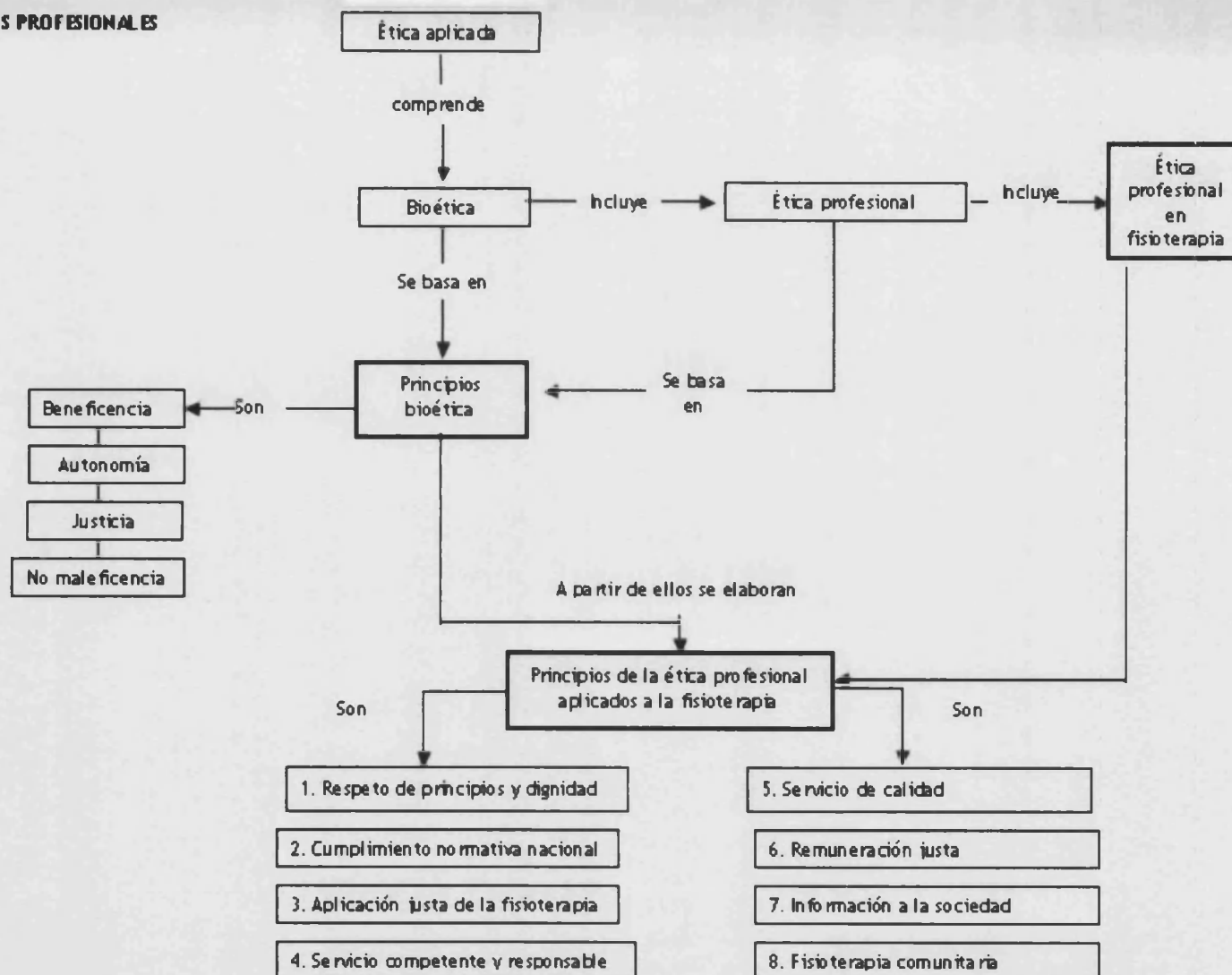
PURTILO, R.B. (2005). *Ethical Dimensions in the Health Professions* (4th ed.). Philadelphia: Elsevier.

SIM J. (1997). *Ethical Decision Making in Physical Therapy practice*. London. Elsevier.

VIELVA J. (2002): *Ética profesional de la enfermería*. Bilbao. Desclée De Brouwer. 2ª edición.

TEMA 3. PRINCIPIOS ÉTICOS PROFESIONALES

393



ACTIVIDAD 3

A3.1. ¿Qué es la privacidad? ¿Y la veracidad? ¿Qué es la confidencialidad? ¿Y el Secreto profesional?

A3.2. ¿Qué es la intimidad? ¿Cómo pueden actuar los fisioterapeutas y las instituciones para garantizar la intimidad del paciente?

A3.3. ¿Qué es el consentimiento informado? Razona cuáles serían las ventajas de disponer de él en Fisioterapia.

A3.4. ¿Qué es la autodeterminación? ¿Qué principio profesional en Fisioterapia, la defiende? ¿De qué principio profesional general deriva?

A3.5. ¿Cómo crees que podrás motivar a tus colegas fisioterapeutas para adoptar las buenas prácticas que cumplan con los principios éticos profesionales?

A3.6. Redacta las situaciones éticas que hayas podido presenciar durante tus prácticas.

TEMA 4

EL CÓDIGO ÉTICO Y DEONTOLÓGICO EN FISIOTERAPIA

1. Introducción
2. Los valores profesionales
3. ¿Qué es un código deontológico?
4. Funciones del código deontológico
5. El código de ética y deontología en Fisioterapia

Bibliografía

Mapa conceptual

Actividad 4

1. Introducción

Toda profesión necesita un reconocimiento social, no solamente de sus capacidades técnicas, sino también de las actitudes éticas de sus profesionales.

Los diferentes colegios profesionales, al hacer cumplir el código deontológico, intentan establecer un cierto control de calidad sobre las prestaciones profesionales, ya que son conscientes de que, lo que es bueno para la profesión, lo es también para los usuarios.

La necesidad de los códigos deontológicos es más apremiante en aquellos casos en los que los profesionales ejercen sus decisiones de una forma más libre e independiente y, por tanto, este conjunto de normas les sirve como guía a la hora de tomar decisiones.

Los códigos deontológicos son normas elaboradas por los distintos colegios profesionales, para concretar en situaciones más específicas, los *principios generales de la ética profesional* (beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia), y los *principios generales de la ética profesional aplicados a cada profesión*.

2. Los valores profesionales

Si, como hemos visto en temas anteriores, los seres humanos, por el hecho de serlo, debemos cumplir con los valores morales, que son el fundamento de los Derechos Humanos universales, los profesionales, como tales seres humanos, no quedan excluidos de la adopción de estos valores; además, por el hecho de ejercer una profesión al servicio de la sociedad, se espera de ellos que adquieran otra serie de *valores profesionales*

básicos, que se consideran necesarios para poder alcanzar los fines concretos que estas profesiones persiguen.

Los valores que son comunes a todas las profesiones (valores profesionales) son:

- respeto a la persona y protección de los derechos humanos,
- sentido de responsabilidad,
- honestidad,
- sinceridad,
- prudencia en la aplicación de instrumentos y técnicas,
- competencia profesional
- solidez de la fundamentación objetiva y científica de las intervenciones profesionales.

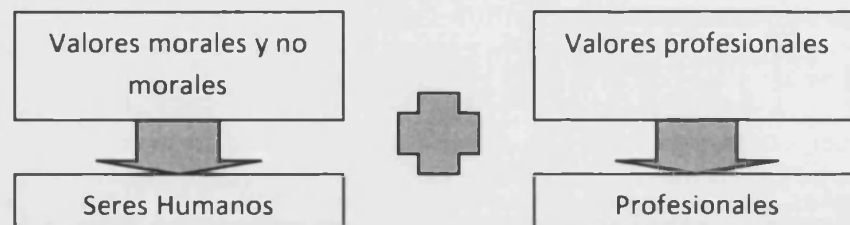


Fig. 1. Valores profesionales

El Código de ética y deontología en Fisioterapia de la Comunidad Valenciana, en su artículo nº8, los ha adoptado como valores profesionales para los fisioterapeutas:

“Artículo 8º. - La profesión de fisioterapeuta se rige por principios comunes a toda deontología profesional: respeto a la persona, protección de los derechos humanos, sentido de la responsabilidad, honestidad, sinceridad para con los usuarios, prudencia en la aplicación de instrumentos y técnicas, competencia profesional, solidez de la fundamentación objetiva y científica de sus intervenciones profesionales”.

La American Physical Therapy Association (APTA), en una Conferencia de consenso convocada por la División de Educación, estableció, en 2002, siete valores profesionales básicos o fundamentales para los fisioterapeutas:

- **Altruismo:**El altruismo es el principal respeto o devoción al interés de los pacientes, por lo tanto, asumir la responsabilidad fiduciaria de anteponer las necesidades del paciente al propio interés del fisioterapeuta.
- **Responsabilidad:** Es aceptar la responsabilidad de ejercer los diversos roles, obligaciones y acciones de los fisioterapeutas, incluyendo la auto- regulación y otros comportamientos que influyan positivamente sobre los pacientes, la profesión y las necesidades de salud de la sociedad.
- **Compasión/solidaridad:** Compasión es el deseo de identificarse con o sentir algo de la experiencia de otra persona; es un precursor de la solidaridad. Solidaridad es el interés, la empatía y la consideración de las necesidades y valores de otras personas.
- **Excelencia profesional:** La excelencia es la práctica de una Fisioterapia que utiliza sistemáticamente conocimientos y teorías actuales al tiempo que trata de entender los límites personales, integra los juicios y perspectivas del paciente, desafía la mediocridad, y trabaja para el desarrollo de nuevos conocimientos.
- Integridad:** La integridad es la posesión de elevados principios éticos y normas profesionales y la firme adhesión a los mismos.
- **Deber profesional:** El deber profesional es comprometerse a cumplir sus obligaciones con la finalidad de prestar un servicio de fisioterapia efectivo e individualizado, que repercuta en la profesión y tenga una influencia positiva en la salud de la sociedad.
- **Responsabilidad social:** La responsabilidad social es la promoción de la confianza mutua entre la profesión y los requerimientos del público en general, respondiendo a las necesidades de salud y bienestar de la sociedad.

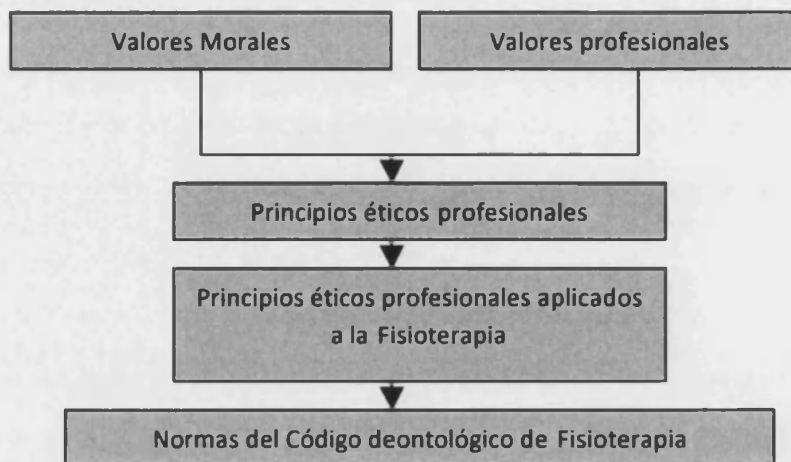


Fig. 2. Fundamentos del Código deontológico de los Fisioterapeutas

3. ¿Qué es un código deontológico?

Los códigos deontológicos son documentos que recogen un conjunto más o menos amplio de criterios y normas de comportamiento de carácter moral, que formulan y asumen el compromiso de seguir quienes llevan a cabo una determinada actividad profesional. La práctica profesional de la fisioterapia tiene una responsabilidad social que hace necesario un código ético o deontológico.

Se ocupan de los aspectos más sustanciales y fundamentales del ejercicio de una profesión, aquellos que entrañan su específica dimensión ética.

En un documento como éste, por norma general, no se hace referencia a cómo son los hechos de las cosas, sino a cómo deberían ser y a los valores que deberían regir la práctica diaria de una determinada profesión.

De su elaboración y cumplimiento se infieren normas y derechos de los profesionales, relacionados con:

- Los compañeros
- las personas (usuarios, clientes, pacientes, sujetos) que constituyen la referencia más directa de su trabajo,
- las instituciones o entidades en las que prestan sus servicios,
- otros profesionales y con la sociedad en su conjunto

El código deontológico Hipocrático de la profesión médica es un ejemplo muy claro de este tipo de regulación en la Antigüedad, al mismo tiempo que es considerado el primero de la historia.

El estudio del código deontológico constituye una de las tres dimensiones que conforman la ética profesional en fisioterapia (dimensión deontológica).

4. Funciones del código deontológico

En cuanto a la utilidad de los códigos deontológicos, éstos poseen una función primaria que tiene mucho que ver con el derecho y la moral, cuya razón de ser es condicionar el comportamiento de los profesionales de un mismo sector e inducir a éstos a que actúen siguiendo un determinado modelo.

Elaborar un código deontológico, permite disponer de un referente común para resolver conflictos personales, mejorar el prestigio profesional y formar éticamente a los que desempeñan una profesión, en este caso la fisioterapia.

Las funciones de los códigos deontológicos son:

- Definir cuáles son los comportamientos profesionales aceptables en la asistencia, docencia, investigación y gestión.
- Promover altos estándares de práctica profesional.
- Servir como referencia para la autoevaluación profesional.
- Establecer un marco de responsabilidades y comportamientos profesionales.
- Constituir un vehículo de identidad profesional.
- Facilitar la resolución de conflictos éticos profesionales.
- Contribuir al reconocimiento social de la profesión.
- Formación ética de profesionales y estudiantes.

5. El Código de ética y deontología en Fisioterapia de la Comunidad Valenciana

Los fisioterapeutas que ejercen su profesión dentro de la Comunidad Valenciana, están obligados a cumplir con las normas del código deontológico elaborado por el Ilustre Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana (ICOFCV), que puede consultarse en la siguiente dirección:

Anexos

<http://www.colfisiocv.com/index.php/colegio/codigodeontologico>

Está estructurado del siguiente modo:

- Título preliminar (art. 1-3)
- 1. Principios generales (art. 4-11)
- 2. Relación de los fisioterapeutas con los usuarios/pacientes (art. 12-21)
- 3. Relación de los fisioterapeutas con sus compañeros (art. 22-27)
- 4. Relación de los fisioterapeutas con otros profesionales (art. 28 – 34)
- 5. Relación con los organismos profesionales (art. 35 – 44)
- 6. El ejercicio de la profesión (art. 45 – 51)
- 7. Publicidad (art. 52 – 54)
- 8. Honorarios (art. 55 – 59)
- 9. Muerte (art. 60 – 62)
- 10. Interpretación y adecuación del código (art. 63).

Para ejercer la fisioterapia en la Comunidad Valenciana, es necesario estar Colegiado en el ICOFCV, como así determina la Ley 1/2000 de 30 de Marzo, por la que se creó este Colegio. Este hecho obliga a todos los colegiados a cumplir unos deberes (establecidos en los estatutos del Colegio), entre los que se encuentra el cumplimiento *del código deontológico*. La infracción del código deontológico es sancionada por el Colegio profesional a través de medidas disciplinarias.

En España, hay un colegio profesional de fisioterapeutas por cada comunidad autónoma, los cuales están coordinados y regulados por el Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España (<http://www.consejo-fisioterapia.org/>).

Cada Colegio Profesional es el encargado de redactar su propio código de ética y deontología, adaptándose a los objetivos y competencias de la Titulación y a la ley que regula los Colegios profesionales (*Ley 25/2009, de 22 de diciembre, de modificación de diversas leyes para su adaptación a la Ley sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio*). El Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana está pendiente de

adaptar sus estatutos y el código deontológico a esta ley de reciente aparición y de ámbito estatal.

Bibliografía de referencia:

AMERICAN PHYSICAL THERAPY ASSOCIATION. En línea. URL: [http:// www.apta.org/](http://www.apta.org/)

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS DE FISIOTERAPEUTAS DE ESPAÑA. En línea. URL: <http://www.consejo-fisioterapia.org/>. [Consultado en junio 2010]

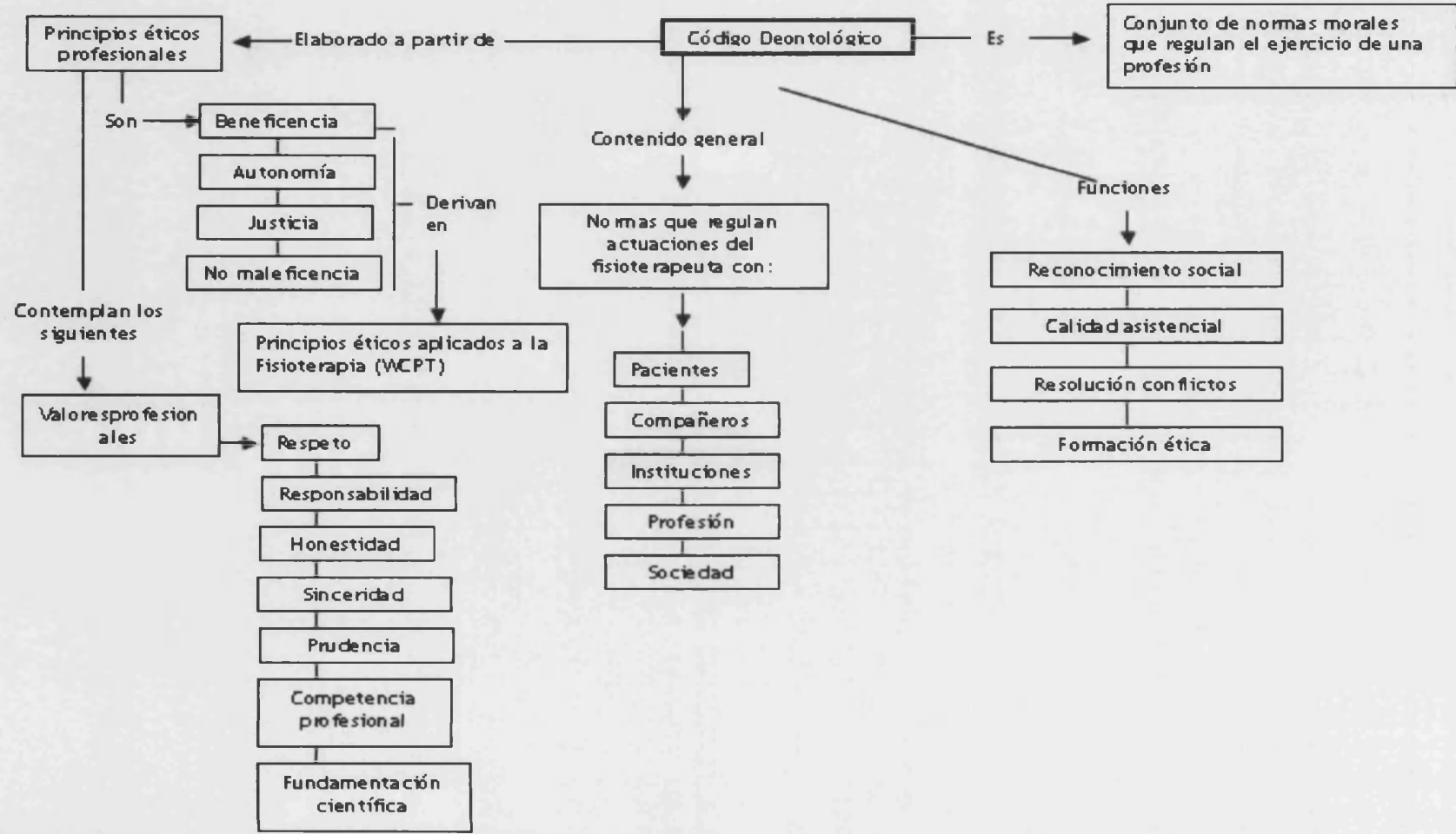
ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE FISIOTERAPEUTAS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA: Código deontológico profesional de los fisioterapeutas. En línea: URL: <http://www.colfisiocv.com/index.php/colegio/codigodeontologico>. [Consultado en junio 2010].

NAVARRO A, CASAS DC: *Evolución de los códigos deontológicos en España: una perspectiva general a partir de dos casos concretos*. En línea. URL: cdc.escogranada.com/cdc/wp.../01/07codigosdeontologicos.pdf .[Consultado en junio de 2010]

VIELVA J. (2002): *Ética profesional de la enfermería*. Bilbao. Desclée De Brouwer. 2ª edición.

SCOTT R, PETROSINO CRISTOPHER. *Physical Therapy Management*, 2008. Mosby Elsevier. ISBN 978-0-323-01114-3. Capítulo 4: Legal and ethical management issues.

MAPA CONCEPTUAL TEMA 4. CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE FISIOTERAPIA



ACTIVIDAD 4

A4.1. Haz una correlación entre: los principios éticos profesionales aplicados a la Fisioterapia enunciados por la WCPT, las normas del código deontológico de los fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana, los valores profesionales que se asocian en cada caso y el principio ético profesional con el que se relaciona (beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia).

A4.2. ¿Hay algún principio ético profesional en Fisioterapia (WCPT) que no esté contemplado explícita o implícitamente en el código deontológico de fisioterapeutas de la C. Valenciana? ¿Cuál?

A4.3. ¿Te parecen adecuados los valores profesionales a los que hace referencia el código deontológico en el artículo nº 8 o añadirías alguno más? (compáralos con los que expusiste en la cuestión A1.3)

A4.4. Redacta las situaciones éticas que hayas podido presenciar durante tus prácticas.

TEMA 5

SITUACIONES ÉTICAS Y ASPECTOS LEGALES EN FISIOTERAPIA

1. Ética y legalidad
2. Situaciones éticas en Fisioterapia
3. Tipos de situaciones éticas en Fisioterapia
 - 3.1 Problema ético
 - 3.2 Dilema ético
 - 3.3 Situación de estrés moral
 - 3.4 Tentación moral
 - 3.5 Situación de silencio

Bibliografía

Mapa conceptual

Actividad 5

1. Ética y legalidad

Tal y como afirma el principio ético profesional nº 2, enunciado por la World Confederation of Physical Therapy (WCPT):

“Los fisioterapeutas deben cumplir con las leyes y los reglamentos que rigen la práctica de la profesión en el país en el que trabajen.

a. Los fisioterapeutas deberán comprender las leyes que regulan la práctica de la fisioterapia, reconociendo que la ignorancia no es una excusa en caso de incumplimiento.”

Es decir, que la ética profesional y la ley están muy relacionadas; los fisioterapeutas deben cumplir sus deberes éticos y, a la vez, sus responsabilidades legales, por tanto, las buenas prácticas profesionales han de ser éticas y también legales. Las prácticas *éticas* están basadas en los valores y principios éticos. Las prácticas *legales*, están basadas en las leyes y las normas jurídicas que regulan la profesión (a nivel estatal, de la comunidad autónoma, de la localidad y de la institución para la que se trabaja).

En medio de estas dos cuestiones, se encuentran las normas recogidas en los códigos deontológicos, cuya infracción supone algún tipo de sanción incluida en el propio código.

Los Estatutos del colegio profesional de fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana, contemplan este tipo de sanciones en el apartado “régimen disciplinario”, que comprende los artículos 17 a 21 (<http://www.colfisiocv.com/index.php/colegio/estatutos>).

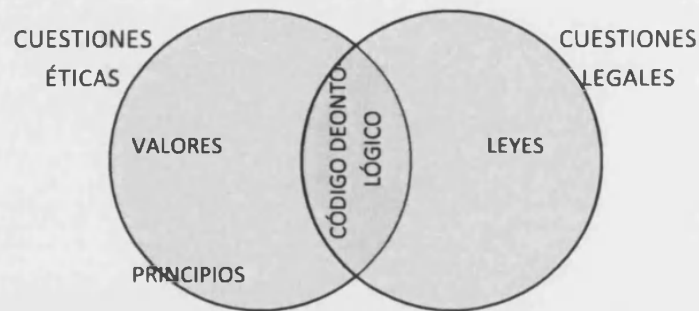


Fig. 1 Cuestiones que regulan las prácticas de los fisioterapeutas

La responsabilidad ética es distinta de la legal, por lo tanto, el incumplimiento de un principio ético no es sancionable como lo es el incumplimiento de la ley.

Los códigos deontológicos se encuentran en medio de unas y otras ya que, queriendo resultar un compendio de buenas prácticas éticas, su incumplimiento, como hemos dicho, es sancionable por el Colegio profesional.

La ética se apoya en los imperativos morales de la conciencia individual. Y sólo es juzgada y sancionada por la conciencia privada o por las propias instituciones profesionales. De modo que las transgresiones éticas sólo acarrearán censuras, pérdida de estima, rechazo social o sanciones intra profesionales, que pueden llegar a la retirada de la licencia para el ejercicio de la profesión.

Mientras que la legalidad para una profesión, es el conjunto de las leyes correspondientes promulgadas por un Estado. Es juzgada por los tribunales ordinarios de justicia y sus transgresiones acarrearán sanciones civiles o penales. En este sentido, **la ética profesional es más amplia que la legalidad**. Las leyes establecen los **mínimos** necesarios para la convivencia, pero la ética marca los **máximos** convenientes para el logro de la excelencia y de lo mejor.

Ética y legalidad son diferentes aunque se necesitan mutuamente. Sin un desarrollo ético suficiente, la legislación será ineficaz o adoptará formas excesivamente coercitivas.

Aunque es necesario conocer la ley y tenerla presente en todo momento, buscar una solución estrictamente legal a un problema ético, **no es siempre** la mejor solución, pues puede que esta solución legal resulte ser una amenaza para alguna de las partes implicadas en el conflicto.

2. Situaciones éticas en Fisioterapia

Para evitar en gran medida los problemas de índole ético que surgen en una profesión, se deben poner en práctica los principios éticos que establezcan los parámetros que describan el comportamiento que una persona puede o no exhibir en determinado momento.

No es difícil poner estos principios en práctica pero, el **omitirlos** redundará en perjuicio propio y en el de la profesión.

No todos los problemas que se presentan a los fisioterapeutas son grandes dilemas bio-éticos, como ya hemos apuntado en alguna otra ocasión; podemos encontrarnos con situaciones aparentemente más sencillas, pero que exigen un comportamiento responsable y éticamente comprometido por parte del fisioterapeuta, que le **guíe hacia la búsqueda** de la solución más adecuada en cada momento.

De nada sirve observar pasivamente cómo no se respeta la intimidad de un paciente, sin tratar de solucionarlo. Tampoco ayuda a nuestra profesión observar tratos de favor a determinados pacientes, sin tomar parte en procurar un trato justo y por igual a todos ellos. O tampoco demostraría un comportamiento éticamente responsable el fisioterapeuta que difundiera información de sus pacientes a otras personas sin su consentimiento.

La responsabilidad ética exige del fisioterapeuta un comportamiento responsable que respete los principios, pero también exige el velar por el cumplimiento de estos principios éticos profesionales, en su entorno de trabajo. Esta actitud responsable y comprometida es la que favorecerá el desarrollo de una profesión valorada y respetada por la sociedad.

Anexos

3. Tipos de situaciones éticas

Podemos encontrarnos ante diferentes situaciones éticas:

3.1 Problema ético

Un problema ético es cuando está presente **un valor o principio importante**, y este se ve desafiado. La acción correcta es buscar la manera de que este valor o principio pueda cumplirse, aunque en ocasiones no resulte ser una tarea fácil debido a las repercusiones que esto pudiera tener sobre las partes implicadas en el problema.

Saber que algo es lo correcto es una cosa, pero hacerlo es otra distinta.

Ejemplos:

En tu lugar de trabajo, compruebas cómo se presta menos atención a las personas que pertenecen a otras razas. Por lo tanto, te encuentras ante el incumplimiento de un principio muy importante que debe imperar en el ejercicio de toda profesión, que es la no discriminación a los pacientes por razón de su raza, cultura o religión. Manifestar un comportamiento éticamente responsable ante esta situación, consistiría en buscar la manera de solucionar este problema que atenta contra el gran principio ético de justicia, por el cual "todos los pacientes deben tratarse de manera similar y con las mismas oportunidades de acceso a los mejores métodos diagnósticos y terapéuticos".

Lo contrario, es decir, actuar de manera pasiva dejando que la situación se repita día tras día, atenta contra la ética profesional en Fisioterapia.

Lo mismo ocurre para situaciones donde no se respete la intimidad del paciente, se presten tratos de favor a determinadas personas o se difunda información de nuestros pacientes si su consentimiento, tal y como apuntábamos más arriba. Son otros tres problemas éticos donde existe una solución correcta, que es hacer prevalecer los principios de respeto a la intimidad del paciente, justicia y confidencialidad.

3.2 Dilema ético

Un dilema ético es cuando confluyen **dos principios o valores** y se debe decidir una de las dos situaciones que se plantean, siendo ambas correctas. Se trata de una decisión de **“lo correcto frente a lo correcto”**.

Por supuesto, resolver un dilema es mucho más complejo que resolver un problema ético.

Ejemplo:

María, de cincuenta años y madre de dos niños de 2 y 4 años, es una de tus pacientes que acude diariamente a tratamiento fisioterápico desde hace un mes por una fractura de húmero; debido a la estrecha relación que acabas estableciendo con tu paciente, ella te cuenta de manera confidencial que la lesión se la ocasionó su marido en una de las palizas que le propina con asiduidad, pero que nunca le ha denunciado. María tiene miedo por ella y por sus hijos y te ha pedido que no digas nada a nadie, que es un secreto. Además te ha dicho que si lo cuentas, no responde de sus actos, amenaza con quitarse la vida.

Te encuentras ante la disyuntiva de denunciar el caso y de esa manera evitar el daño que se le está ocasionando a María y cumplir con el principio de no-maleficiencia, o la de respetar su propia decisión de no violar el derecho a la confidencialidad (principio de autonomía) por miedo a que lleve a cabo su amenaza. Es un dilema ético complicado, con una aparente correcta solución a favor del cumplimiento del principio de no maleficiencia, pero que no es fácil de decidir por las consecuencias que esto tendría.

3.3 Situación de estrés moral

En una situación de estrés moral, el fisioterapeuta sabe cuál es la solución correcta del problema o dilema ocasionado, pero hay barreras que le impiden llevar a cabo una acción.

Estas barreras pueden ser:

Anexos

- Barreras externas, por ejemplo por parte de la institución donde se trabaja: falta de tiempo, política institucional, excesiva burocracia, normas internas, etc.
- Barreras internas, que se originan en el propio fisioterapeuta: falta de concienciación, inseguridad, miedo, etc.

Cuando se desencadena una situación estrés moral, te ves actuando de manera contraria a tus valores personales y profesionales, lo cual atenta contra tu integridad y autenticidad.

El estrés moral se acrecienta cuando el fisioterapeuta ve que no es capaz de proporcionar el cuidado que cree que es el mejor o el más adecuado para su paciente. Puede causar angustia, llevar al desgaste profesional y también a la resignación, si no se llega a una solución.

Fisioterapeutas que trabajan juntos en presencia de situaciones que causan estrés moral, pueden experimentar problemas de comunicación, falta de confianza y de colaboración entre ellos.

El estrés moral es una cuestión que afecta al entorno laboral e incluso puede afectar a nivel personal, por eso, tratar de solucionar las causas que lo ocasionan, contribuye al desarrollo de un ambiente de trabajo saludable.

Ejemplo:

En la mutua donde trabajas, atiendes a muchos pacientes al cabo de tu jornada laboral, de modo que dedicas muy poco tiempo al tratamiento de cada uno de ellos. Sabes que con algo más de tiempo, el tratamiento podría ser más adecuado y efectivo, pero la política de la empresa es atender al mayor número de pacientes al día para que resulte rentable. Por lo tanto, sabes cuál es la solución correcta para ofrecer el tratamiento que consideras más apropiado al paciente y quisieras llevarlo a cabo, pero existen barreras externas que te lo impiden, lo cual te lleva a actuar en contra de tus propios valores personales y profesionales. Esta situación te crea un estrés moral.

3.4 Tentación moral

En una situación de tentación moral, se debe elegir lo **“correcto frente a lo incorrecto”**, aunque puedes salir personalmente beneficiado si eliges hacer lo incorrecto, y sufres la tentación de hacerlo.

Ejemplo:

Eres el/la fisioterapeuta de un tenista de reconocido prestigio quien te confiesa, en un momento del tratamiento de la rotura fibrilar de su músculo bíceps braquial derecho, que está tomando anabolizantes para poder mantener el nivel de exigencia que implican estas competiciones. Tú conoces el riesgo que esto conlleva para su salud, pero por otro lado, tu permanencia en el club depende de los buenos resultados del jugador. Debes decidir entre revelar la información al club y así evitar un mal mayor al deportista, o no decir nada por miedo a quedarte sin trabajo. Te ves tentado a elegir, conscientemente, la opción incorrecta.

3.5 Situación de silencio

Es estas situaciones, a pesar de que los valores éticos son desafiados, el fisioterapeuta elige ignorar el problema y no tomar parte.

Ejemplo:

Compruebas cómo tu compañero/a realiza maniobras demasiado agresivas e ineficaces a sus pacientes causándoles un daño innecesario, pero, en lugar de hablarlo con él/ella, decides ignorar el problema y no tratar de buscar ninguna solución, consintiendo la situación.

Reconocer y definir el tipo de situación ética (problema, dilema, distrés, tentación o silencio), forma parte del primer paso para la toma de decisiones éticas.

Bibliografía de referencia:

GABARD DL, MARTIN MW. 2003). Physical Therapy Ethics. Philadelphia: F. A. Davis.

Anexas

GÓMEZ-HERAS. J.M.G. *Bioética. Perspectivas emergentes y nuevos problemas*. Tecnos, 2005. ISBN 84-309-4282-3.

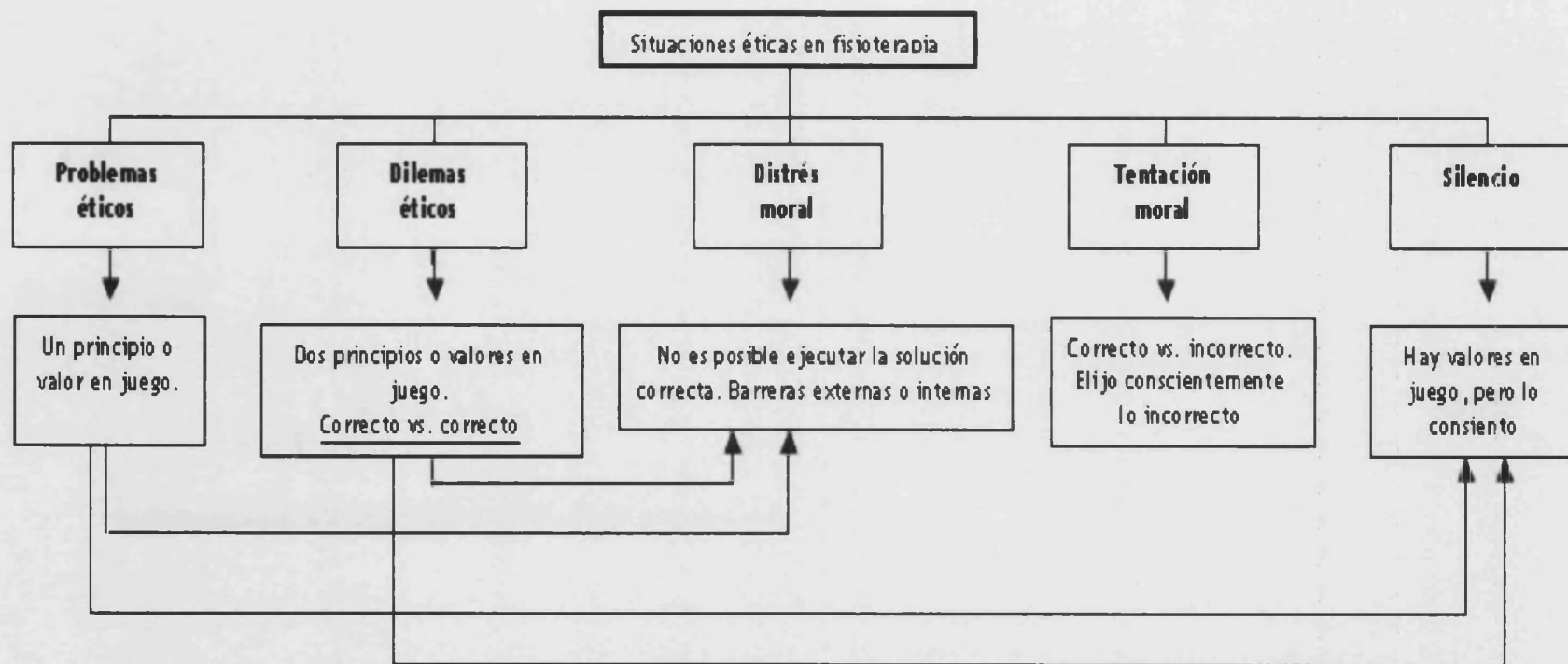
JAMETON A. Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *AW-HONN'S Clin Issues Perinat Womens Health Nurs*. 1993; 4(4):542-551.

SCOTT R, PETROSINO CRISTOPHER. *Physical Therapy Management*, 2008. Mosby Elsevier. ISBN 978-0-323-01114-3. Capítulo 4: Legal and ethical management issues.

SWISHER L.L., ARSLANIAN L.A., DAVIS CM (2005). The Realm Individual-Process Situation (RIPS) Model of Ethical Decision-Making. En: *HPA Resource*, 5 (3), 49-56.

TOMÁS Y GARRIDO, G.M. *Cuestiones actuales de bioética*. EUNSA, 2006. ISBN 84-313-2392-2

VENGLAR M., THEALL M. *Case –Based Ethics Education in Physical Therapy*. En: *the Journal of Scholarship of Teaching and Learning*. Vol, 7. No. 1, May 2007, pp. 64-76.



ACTIVIDAD 5

A5.1 Busca un ejemplo para cada una de las situaciones éticas expuestas en este tema (problema ético, dilema moral, estrés moral, tentación moral y silencio) de los observados en las prácticas. Explica en cada caso, qué valores o principios entran en juego. ¿Qué situaciones crees que son las más frecuentes en Fisioterapia?

TEMA 6

DECISIONES ÉTICAS EN FISIOTERAPIA

1. Introducción
 2. La toma de decisiones éticas
 3. Modelo combinado para la toma de decisiones éticas en Fisioterapia
 4. Etapas del modelo
 - ETAPA 1: Reconocer y definir la situación ética
 - ETAPA 2: Reflexión
 - ETAPA 3: Decidir lo correcto
 - ETAPA 4: Implementar, evaluar y reevaluar
 5. Jerarquía de principios
 6. Conclusión
- Bibliografía
Cuadro resumen
Actividad 6

1. Introducción

Actuar con responsabilidad ética en Fisioterapia, implica adquirir el compromiso de enfrentarse a los conflictos éticos que aparecen en la práctica diaria de la profesión, evitando las situaciones de silencio moral, tratando de buscar la solución más adecuada en cada momento y no permaneciendo pasivos ante su presencia a la espera de que otros profesionales implicados en el tratamiento del paciente, se ocupen de ello.

Estos problemas aparecen en el momento en el que se percibe que se vulneran los valores o se incumplen los principios éticos, y esto exige, por parte del fisioterapeuta, el desarrollo responsable de un proceso de razonamiento ético que obre en el mejor beneficio de su paciente.

En algunas ocasiones, el proceso es sencillo y se resuelve en pocos minutos, pero, en otras, es necesario un análisis exhaustivo de la situación, para establecer el contexto, las personas implicadas y la repercusión de las posibles soluciones (Brecke y Garcia,1995).

En este tema se expone un modelo combinado para la toma de decisiones éticas en Fisioterapia.



2. La toma de decisiones éticas

La toma de decisiones éticas es un desafío para los fisioterapeutas quienes, a medida que ejercen su profesión de manera autónoma, se enfrentan a un número cada vez mayor de situaciones complicadas a las cuales no siempre sabe hacer frente.

De la misma manera como la solución de un problema clínico de un paciente (recoger datos, analizarlos, plantear unos objetivos, un tratamiento, etc.) se plantea de manera metódica (método clínico), es decir, siguiendo unos pasos, enfrentarse a un problema ético también conlleva por una serie de etapas que ayudan al profesional a afrontarlo con responsabilidad para tratar de encontrar la mejor solución.

Cuando se compromete el bienestar del paciente, el fisioterapeuta es desafiado a manejar la situación en el mejor interés para aquél. Por su parte, los pacientes tienen el derecho a esperar que sus fisioterapeutas se comprometan a utilizar el razonamiento ético y a poner en marcha acciones sensatas, favoreciendo de esta manera la confianza que el paciente deposita en ellos. Por contra, los comportamientos no éticos, conllevan a la desconfianza de los pacientes y familiares en los fisioterapeutas.

Los principios éticos a los que hicimos referencia en el tema 3 (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia), constituyen el marco para la toma de decisiones éticas. Y, aunque los fisioterapeutas tienen su propio código ético, éste solamente ayuda a identificar situaciones, pero no sirve como metodología para la toma de decisiones éticas.

Reconocer una situación ética y llevar a cabo una acción, requiere conocer un método y ponerlo en práctica. Tener un método para la toma de decisiones éticas es esencial. Si se practica regularmente, resulta tan familiar que se llega a utilizar de manera automática sin necesidad de consultar los pasos específicos.

3. Modelo combinado para la toma de decisiones éticas en Fisioterapia

Métodos para la toma de decisiones éticas en ciencias de la salud hay varios⁴⁹, pero el modelo que vamos a desarrollar es el modelo RIPS (Realm Individual-Process Situation), elaborado específicamente por fisioterapeutas para tratar de resolver los problemas éticos específicos de la profesión (Swisher LL, *et al.*, 2005).

4. Etapas del modelo

ETAPA 1: Reconocer y definir la situación ética

Lo primero que debe ocurrir es que el fisioterapeuta sea capaz de detectar que se encuentra frente a un conflicto ético, es decir, sea consciente de que uno o dos valores o principios están siendo desafiados. A partir de ahí, se trata de hacer un análisis rápido de la situación ética, siguiendo los siguientes pasos:

1. Determinar el alcance de la situación (Realm)

¿Qué agentes están implicados en la situación?:

- a) **Personas**: la situación implica a los pacientes, a sus familiares, a los compañeros de trabajo, sus derechos, sus deberes, relaciones y comportamientos interpersonales.
- b) **Organización o institución** para la que se trabaja: su política, sus normas de funcionamiento.
- c) **Sociedad**: la situación implica al bien común de una sociedad.

Las situaciones que implican a la sociedad son más complejas que las que implican únicamente a las personas (pacientes/familiares/compañeros de trabajo) aunque una misma situación puede tener implicaciones en los tres niveles (personas – institución – sociedad).

⁴⁹ En EEUU (métodos de D. Thomasma, de Jonsen, Siegler y Winslade y de Drane). En Europa (método de Mainetti y Protocolo de Bochum).

2. Determinar el proceso a seguir (Individual Process)

¿Qué requiere de nosotros esta situación ética? ¿Cuál es el proceso más apropiado?

Hay cuatro componentes del comportamiento moral:

a) **Sensibilidad Moral:** consiste en reconocer que hay un problema ético y ser consciente de su impacto. Es necesario que este proceso se dé siempre y en primer lugar.

b) **Juicio Moral:** consiste en considerar posibles acciones y sus repercusiones sobre todas las partes implicadas. Se debe decidir cuál es la opción más correcta. Veremos cómo este proceso es necesario ante un dilema moral, ya que se dan dos opciones igualmente correctas y se ha de decidir por una.

c) **Motivación Moral:** consiste en anteponer los valores éticos sobre otro tipo de valores como el autointerés, el estatus profesional o el beneficio económico, a la hora de considerar posibles cursos de acción. Este proceso se requiere siempre que uno se ve tentado a obrar en su propio beneficio, en lugar de obrar en beneficio del paciente.

d) **Coraje Moral:** consiste en implementar mi decisión o desarrollar un plan de acción enfrentándome a barreras o impedimentos. Se pone en juego la fuerza del ego personal, la fuerza para tomar medidas para corregir un error. Veremos cómo éste es el comportamiento que se requiere en una situación de "tentación moral" en la que una opción es la correcta y requiere hacer el esfuerzo de llevar a cabo una acción hacia ella.

e) **Fracaso Moral:** hay fracaso moral cuando existen deficiencias en cualquiera de los cuatro procesos anteriores: no se reconoce que existe un problema ético, existe incapacidad de planear el curso de una acción, falta de motivación para llevar a cabo la acción, incapacidad para dar seguimiento a la acción.

Para manejar una situación ética, los cuatro primeros procesos deben entrar en juego en algún momento.

3. Clasificar la situación ética (Situation):

Se trata de concretar si es:

- a) Un problema moral
- b) Un dilema moral
- c) Una situación de estrés moral
- d) Una tentación moral
- e) Una situación de silencio

La diferencia entre estas situaciones se explicó en el tema 5.

ETAPA 2: Reflexión

Es la oportunidad de reunir la información adicional necesaria para tomar una decisión:

- ¿Qué más necesitamos saber sobre la situación, el paciente y la familia?
- ¿Cuáles son las partes interesadas?
- ¿Cuáles son las consecuencias de la acción, tanto intencionadas como no intencionadas?
- ¿Cuáles son las consecuencias de la no acción?
- ¿Cuáles son las principales leyes, deberes, obligaciones y principios éticos?
- ¿Dice algo el código deontológico sobre esta situación?

Se debe reflexionar también respecto a la información obtenida en la primera etapa:

- Consideremos por ejemplo los hallazgos relacionados con los agentes implicados en el conflicto:
 - Si la situación implica más a las *personas*, se debería anticipar un plan de acción que incluyera una comunicación directa con la persona, o in-

Anexos

tentar cambios en el comportamiento interpersonal o incluso cambios en el propio comportamiento personal.

- Si la situación implica más a la *organización o institución*, se requiere desarrollar o revisar las políticas, procedimientos, cultura o valores de la organización.

- Si la situación implica más a la *sociedad*, el plan de acción debe dirigirse a la legislación nacional, políticas o valores involucrados.

- Si la situación implica a más de un agente, el plan de acción debería enfocarse a todos ellos. No es posible compensar los problemas que afectan a un agente, solucionando los problemas de otro.

- También debe reflejarse cuál es el Proceso Individual más apropiado según la situación ética de que se trate:

- Si la situación ética es una tentación moral (“correcto contra incorrecto”), el proceso que se requiere es el Coraje Moral, en el que se implementaría un plan de acción, ya que si una alternativa es correcta y otra incorrecta, entonces no hay necesidad de sopesar los méritos de las dos acciones alternativas y decidir una de ellas, sino poner en marcha el plan de acción a favor de la opción correcta.

- Si se trata de un dilema moral (“correcto contra correcto”), se requiere hacer un Juicio Moral ; en este caso es al revés, se requiere más un proceso de deliberación acerca de cuál es la opción mejor, es decir, tomar una decisión, que llevar a cabo un plan de acción.

Una vez se ha reflexionado sobre la información obtenida en la primera etapa, se debe hacer el **test de Kidder (1995)**. Es un test en el que se comprueba si el conflicto existente es entre una situación correcta y otra incorrecta (es decir, si existe una situación de tentación moral):

a) **Test Legal:** ¿Hay algo ilegal? Asegurarse de que no se contraviene ninguna ley respecto a las actuaciones profesionales recogidas en los reglamentos de actuación. Si la hay, el test es positivo, es decir, existe una situación de tentación moral y no un dilema moral.

b) **Test del hedor:** ¿Algo "huele" mal en todo esto? Cuando el profesional se siente incómodo porque considera que hay una situación que está desafiando su integridad personal o profesional, es porque algo no va bien. Si esto ocurre, el test es positivo.

c) **Test de la portada:** ¿Te gustaría que esto se publicara en la portada de tu periódico local? Los profesionales de la salud generalmente se enorgullecen de su trabajo. Una publicidad positiva generalmente es bien recibida, pero una publicidad negativa tiene una mala repercusión en los profesionales y es muy mal recibida por la comunidad sanitaria. La publicidad negativa causa mucho daño porque disminuye la confianza de la gente en los profesionales. Si el profesional no quisiera ver la situación publicada, el test es positivo.

d) **Test de la madre:** Este test se centra en el contexto de la persona, reconociendo que muchas de nuestras decisiones éticas están basadas en nuestra educación, reflejando el sistema de valores de aquellos que nos influenciaron a lo largo de nuestra vida. Aunque Kidder le llama test de la madre, es más amplio que los valores inculcados por nuestra madre. Incorpora no solamente la guía de los padres, sino también todos los mentores, profesores y colegas que han influido en nuestros valores como profesional. Este test combina la integridad personal con los valores profesionales de cada uno.

Si la situación que estás presenciando no sería aceptable para aquellos que te ayudaron a desarrollar tu sistema de valores, el test es positivo y



debes considerar otras acciones más acordes con los valores que para ti son más importantes.

e) **Test de los valores profesionales:** ¿Nuestro código ético o las guías de conducta profesional o los valores profesionales prohíben o desaconsejan la acción? Los códigos y otros documentos profesionales ayudan a determinar cuál es nuestra responsabilidad hacia el paciente. Si lo hacen, el test es positivo.

Si alguno de estos test es positivo, significa que hay algo “incorrecto” y por lo tanto la situación es una Tentación moral y no un Dilema Ético. Es ese caso, habría que saltarse la etapa 3 (en la que habría que decidir cuál es la situación correcta) y pasar a la etapa 4 (en la que se debe implementar la acción adecuada). La acción se debe llevar a cabo para preservar la integridad profesional (Kirsch, 2006).

La única excepción posible a esto, sería una situación en la que, a pesar de que existe una ley que dicta lo que es correcto, estás convencido de que esa ley es injusta. En este caso, deberías sopesar si obedecerla o defender una demanda de justicia. Es decir, a pesar de ser una situación de tentación moral, habría que poner en práctica la etapa 3 en lugar de pasar a la 4.

ETAPA 3: Decidir lo correcto

Esta etapa es específica para la resolución de dilemas éticos, en los que hay dos cursos de acción que parecen ser correctos, debiendo decidirse por uno de ellos.

Puede utilizarse alguno de estos cuatro enfoques para tratar de encontrar la opción más adecuada:

1. **Enfoque basado en las reglas:** las personas que siguen este enfoque, siguen lo que piensan que todo el mundo debería seguir: las normas, las obligaciones, los deberes o los principios éticos, ya existentes (Gabard, 2003).

2. Enfoque basado en los fines: los que utilizan este enfoque harán lo posible para garantizar el mayor bien al mayor número de personas. El análisis de la acción desde este punto de vista, considera las consecuencias positivas y negativas para todas las partes interesadas y no solamente para el paciente (Sugerman, 2000). Este enfoque mira más por el bien general de la sociedad y menos por las necesidades individuales.

3. Enfoque basado en el cuidado: los que utilizan este enfoque siguen la regla de oro "haz a los demás lo que te gustaría que te hicieran a ti" (Gabard, 2003). Las situaciones se resuelven según la relación que se tiene con los demás y la preocupación por ellos.

4. Enfoque mixto. Diego Gracia (2001), propone un enfoque mixto, sólidamente fundamentado: partiendo de los principios éticos básicos, tiene en cuenta las consecuencias de las acciones morales, las cuales deben considerar los intereses de las partes implicadas. Para cumplimentar su enfoque, Gracia introduce una jerarquía de valores (ver apartado 5) y propone el diálogo y la deliberación como instrumento para el razonamiento moral. Sin duda, nos parece un enfoque razonable.

Independientemente del enfoque que se utilice, hay que ser conscientes de las debilidades y limitaciones de cada uno de ellos y utilizar la lógica en la decisión.

Esta tercera etapa (en la que se decide cuál es opción correcta), como ya se ha comentado, es más apropiada para la resolución de *dilemas éticos*, pero también podría servir para *problemas éticos* que necesiten un análisis en profundidad. Sin embargo, no lo es para *tentaciones morales*. Cuando está claro que hay un curso correcto de acción, no es necesario analizar por qué este es el curso correcto de la acción. En este caso lo que se debe hacer es dedicar tiempo y esfuerzo en desarrollar un plan de acción (Coraje Moral), es decir, pasar directamente a la etapa 4.

Anexos

Pero, tomar una decisión no concluye el proceso. Cada situación proporciona una oportunidad para aprender más y desarrollar un plan de trabajo para manejar futuras situaciones.

ETAPA 4: Implementar, evaluar y re evaluar

Se trata de implementar la decisión tomada. Es fundamental en la resolución de **tentaciones morales** y en situaciones donde pueda haber barreras organizacionales o sociales a los cursos de acción propuestos (**estrés moral**).

Aunque pasemos la mayor parte del tiempo decidiendo qué hacer, deberíamos no dedicar mucho tiempo a desarrollar un plan de acción.

La evaluación y la re evaluación de los resultados son muy importantes. La evaluación puede indicar que el paso 1 se hizo mal: que no se clasificó bien la situación o no se identificaron bien las barreras para la acción.

Este proceso de evaluación puede iniciar un nuevo ciclo de toma de decisiones éticas.

Esta última etapa lleva a la reflexión personal y al crecimiento profesional (¿qué puedo aprender, como profesional, de esta situación?, ¿en qué procesos individuales me definiendo mejor o peor?, ¿es necesario planificar actividades profesionales para desarrollar la sensibilidad moral, el juicio, la motivación o el coraje moral?

Es responsabilidad del fisioterapeuta reflexionar sobre la decisión elegida y considerar todo lo necesario para evitar este tipo de situaciones éticas en el futuro. La responsabilidad de modificar un comportamiento no siempre recae sobre una sola persona, sino también sobre la institución.

5. Jerarquía de principios

A menudo, los principios éticos de autonomía y de beneficencia entran en contradicción con los de no-maleficencia y de justicia. Tales contradicciones obligan, en algunas circunstancias, a postergar alguno de los principios, otorgando prioridad al otro.

Como es un problema saber cómo determinar el criterio que nos permita definir cuáles son las mejores consecuencias, o las menos malas, desde el punto de vista moral, se plantea la necesidad de establecer una **jerarquía entre los principios**, que defina cuál debe tener prioridad en caso de dilema moral.

Tal jerarquía consta de una premisa ontológica: "El hombre es persona, y en tanto que tal, tiene dignidad y no tiene precio", y una premisa axiológica: "En tanto personas; todos los hombres son iguales y merecen igual consideración y respeto".

En caso de conflicto, los principios de **no-maleficencia y de justicia**, tendrían prioridad sobre los de **autonomía y beneficencia**.

Esto es debido a que las obligaciones derivadas de los dos primeros principios pueden ser impuestas, incluso coactivamente, a todos los miembros de la sociedad. Sin embargo, los dos últimos, definen ideales de vida buena, perfección y felicidad que pueden ser propuestos, pero no impuestos a todos los miembros de la sociedad.

Según la filósofa Adela Cortina, en la sociedad actual en la que predomina un clima de desencanto moral, se hace necesario establecer qué valores han de exigirse a todas las personas de manera innegociable. Estos valores son los relacionados con la justicia, con lo que es justo (y con los de no maleficencia, no hacer daño). Es decir, hay unos mínimos de justicia (y de no maleficencia) en la sociedad, que hay que exigir.

Sin embargo, hay otros valores, que no están relacionados con lo justo, sino con lo bueno, con la vida feliz y plena, es decir, con lo que cada persona considera que es su modelo de felicidad. Como hemos dicho antes, no puede imponerse una forma de vida feliz a todos los hombres. Existe un pluralismo que no es exigible, sino que debe tolerarse.

Se configuran así, dos ámbitos de la vida moral:

Anexos

- El nivel 1 o de “**mínimos**” morales, regido por los principios de no- maleficencia y de justicia y que definen “deberes perfectos” o de “bien común”.

- El nivel 2 o de “**máximos**” morales, regido por los principios de autonomía y de beneficencia, que definen “deberes imperfectos” o de “bien individual”.

Por lo tanto, un dilema en el que confluyan principios de distinto nivel, tiene una solución más fácil que otro en que confluyan principios del mismo, y el esfuerzo por encontrar la solución más justa, es mayor.

6. Conclusión

Los fisioterapeutas no debemos trasladar la responsabilidad de la toma de decisiones éticas a otros profesionales de la salud con quienes compartimos el cuidado de los pacientes. Debemos reconocer nuestra responsabilidad como profesionales autónomos para trabajar con ética y encontrar una solución razonable que obre en el mejor interés del paciente. Para ello, los fisioterapeutas debemos conocer los principios éticos y ser capaces de aplicarlos de manera efectiva a las diferentes situaciones y analizar sus resultados.

Este modelo puede ser una herramienta útil para analizar situaciones éticas en Fisioterapia, por parte de personas o grupos.

Bibliografía de referencia:

BRECKE, F, GARCIA, S. (1995). Training Methodology for Logistic Decision-Making (No. AI/HR-TP-1995-0098). Brooks AFB, TX: United States Air Force.

GABARD DL, MARTIN MW. (2003). Physical Therapy Ethics. Philadelphia: F. A. Davis.

GRACIA D. (2001) *La deliberación moral: el método de la ética clínica* . *Med Clin. Barcelona*. 117:18-23.

KIDDER RM. (1995). How Good People Make Tough Choices: Resolving the Dilemmas of Ethical Living. New York, NY: Fireside.

KIRSCH N. (2006). Ethical decision making: Terminology and context. *PT: The Magazine of Physical Therapy* 14(2):38–40.

KORNBLAU BL, STARLING SP. (2000). *Ethics in Rehabilitation: A Clinical Perspective*. Thorofare, NJ: Slack.

NORDRUM J. (2009). Personal communication, PT, Mayo Clinic, Rochester, MN.

PARDO SÁENZ, J.M. *Bioética práctica al alcance de todos*. Ediciones Rialp, 2004. ISBN 978-84-321-3513-2

PELLEGRINO E. (1999). The origins and evolution of bioethics: Some personal reflections. *Kennedy Institute Ethics Journal* 9(1): 73–88.

SINGER, PETER: *Ética Práctica*. 2ª Edición, Cambridge University Press, 2003. ISBN 84-344-1027-3

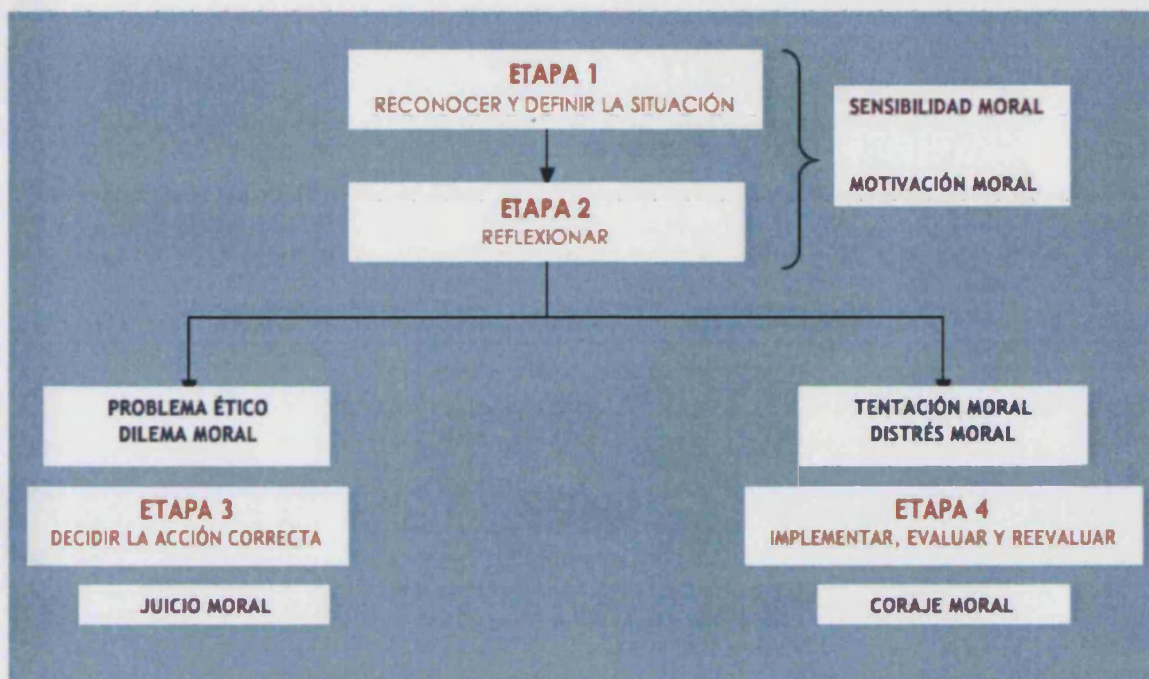
SUGARMAN J. (2000). *Twenty Common Problems: Ethics in Primary Care*. New York: McGraw -Hill.

SWISHER L.L., ARSLANIAN L.A., DAVIS CM (2005). The Realm Individual-Process Situation (RIPS) Model of Ethical Decision-Making. En: *HPA Resource*, 5 (3), 49-56.

CUADRO RESUMEN

ETAPA 1	Agentes implicados	Proceso individual	Situación
Reconocer y definir la situación ética	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Individual ▪ Organizacional ▪ Institucional ▪ Social 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidad Moral • Juicio Moral • Motivación Moral • Coraje Moral • Fracaso Moral 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Problema ▪ Dilema ▪ Distrés ▪ Tentación ▪ Silencio
ETAPA 2 Reflexionar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hechos importantes e información contextual ▪ Principales partes interesadas ▪ Posibles consecuencias (intencionadas y no intencionadas) ▪ Leyes importantes, deberes, obligaciones y principios éticos ▪ Fuentes profesionales que traten de esta situación ▪ ¿Es alguno de estos test de lo "correcto" frente a lo "incorrecto" positivo?: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Test legal ▪ Test del hedor ▪ Test de la portada ▪ Test de la madre ▪ Test de los valores profesionales 		
ETAPA 3 Decidir la acción correcta (posibles enfoques)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfoque basado en las reglas ▪ Enfoque basado en los fines ▪ Enfoque basado en el cuidado ▪ Enfoque mixto 		
ETAPA 4 Implementar, evaluar y reevaluar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Qué aprendiste como profesional de esta situación? ▪ ¿En qué procesos individuales (sensibilidad, juicio, motivación, coraje), manifiestas más fortalezas y debilidades? ▪ ¿Es necesario planificar actividades profesionales para mejorar en alguno de ellos? 		

Fuente: Nordrum, 2009.



ACTIVIDAD 6

A6. Aplica las 4 etapas del método RIPS para la toma de decisiones éticas en Fisioterapia, a una de las siguientes situaciones:

SITUACIÓN 1

Luís es un paciente de 56 años que trabajaba como albañil en una empresa de construcción. Sufrió un accidente hace seis meses, cuando, mientras paseaba con su familia, cayó al tropezar en el hueco de la acera de una calle de la ciudad. Como consecuencia, sufrió una fractura de la cabeza del húmero de la que fue tratado quirúrgicamente mediante una prótesis total. El paciente se encuentra de baja desde entonces, situación que le ha llevado a perder su trabajo y a tener serias dificultades económicas. El paciente denunció en su día al Ayuntamiento, al que le pide una indemnización. Luis está yendo a tratamiento fisioterápico diariamente desde la segunda semana de la intervención y, a tu juicio (que eres su fisioterapeuta del hospital público de referencia), después de seis meses de tratamiento, se han alcanzado todos los objetivos posibles, habiendo quedado dolor y limitación en los movimientos de elevación y rotación, que le impiden e impedirán desarrollar su trabajo de albañil, como antes. Luis te confía en secreto que es padre de cuatro hijos pequeños, que no encuentra trabajo y que cree que con la indemnización del accidente, la cual será mayor cuanto más tarde en obtener el alta definitiva, podría sacar a su familia adelante, ya que es su única opción. El paciente te ha pedido que le prolongues el tratamiento un par de meses más y que intercedas por él ante el médico rehabilitador, y tú, preocupado/a por el futuro de sus hijos, dudas si hacerle caso o no. ¿Qué harías?

SITUACIÓN 2

Al servicio de Fisioterapia pediátrica de un hospital público, acude, remitido por el médico rehabilitador, un niño de 6 meses de edad con retraso psicomotor, a quien se le pauta una sesión semanal de tratamiento y enseñanza a la familia, pa-

Apéndice

ra la continuidad de este tratamiento en el domicilio. La madre, de origen rumano, no conoce el idioma y tiene serias dificultades para comunicarse contigo, que eres el/la fisioterapeuta del niño. El padre, que sí que conoce el idioma, no puede acudir a las visitas porque tiene que trabajar y no puede ausentarse. Semana a semana, cuando valoras al niño, no observas ninguna evolución y sospechas que la madre no le está realizando el tratamiento pautado, en casa. Le explicas la importancia que tiene para su hijo el hecho de que se involucre en su tratamiento, pero es evidente, en cada visita semanal, que no lo hace. Tú ves cómo se está obrando en perjuicio del niño y pides consejo al médico rehabilitador, pero este no se implica en el caso como lo haces tú y no te da ninguna solución. ¿Qué harías?

Guía docente de la asignatura Estancias III piloto



CURSO 2010-2011

**GUÍA ACADÉMICA
DE LA ASIGNATURA ESTANCIAS CLÍNICAS
III, piloto**

ESTANCIAS CLÍNICAS III

DATOS INICIALES DE IDENTIFICACIÓN

Materia:	ESTANCIAS CLÍNICAS
Créditos:	6 CRÉDITOS
Curso:	Tercer curso. Anual
Tipo de asignatura:	TRONCAL
Profesoras responsables:	Pilar Serra m.pilar.serra@uv.es Marta Aguilar marta.aguilar@uv.es
Departamento	Fisioterapia

1. INTRODUCCIÓN A LA ASIGNATURA

La asignatura Estancias Clínicas III, trata de proporcionar al estudiante un entorno clínico apropiado para su interacción directa con el paciente. Supervisado por un tutor de prácticas, el estudiante aplica los conocimientos adquiridos durante la carrera y desarrolla las destrezas necesarias para el tratamiento integral del paciente. El estudiante conoce el funcionamiento de los diferentes servicios en los que realiza sus prácticas clínicas y comprende su papel dentro del equipo multidisciplinar del que forma parte. Se trata de posibilitarle la adquisición de los conocimientos, información, habilidades y competencias necesarias para el ejercicio profesional.

Además, y puesto que el entorno de prácticas lo favorece, la asignatura trata de sensibilizar al estudiante ante los principales problemas éticos a los que se enfrenta a diario el fisioterapeuta y le proporciona herramientas para que pueda actuar ante ellos con responsabilidad ética.

2. OBJETIVOS GENERALES DE LA ASIGNATURA

- Conocer la organización de las unidades de fisioterapia de los centros de prácticas.
- Integrar los conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores adquiridos en la Titulación.

- Capacitar al estudiante para una atención de fisioterapia eficaz, mediante una asistencia integral a los pacientes.
- Sensibilizar a los estudiantes de fisioterapia hacia los problemas éticos propios de la profesión.
- Hacer comprender a los estudiantes sus obligaciones morales y su responsabilidad personal y profesional.
- Integrar las competencias adquiridas en el campo de la ética, con los conocimientos y habilidades propios de la fisioterapia.

3. COMPETENCIAS

Al finalizar esta asignatura, el estudiante debe ser capaz de:

1. Aprender el funcionamiento de una unidad de fisioterapia.
2. Saber integrarse en un equipo de trabajo asistencial.
3. Desarrollar habilidades de relación interpersonal (paciente/usuario, familia...)
4. Desarrollar una atención integral al paciente.
5. Saber utilizar las fuentes de información necesarias para el desarrollo de su profesión (historia de fisioterapia, historia clínica, bases de datos).
6. Saber diseñar, ejecutar, dirigir y coordinar un plan de intervención en fisioterapia.
7. Incorporar los principios éticos de la profesión, a la cultura profesional.
8. Detectar situaciones éticas en el escenario real de la práctica asistencial.
9. Comprender el proceso de toma de decisiones ante los problemas éticos que aparecen en la práctica asistencial.
10. Desarrollar la capacidad de diálogo, de entender las posiciones de los demás y de interactuar con ellos, en el plano ético.
11. Tener capacidad de organizar y planificar el trabajo.
12. Trabajar en grupo.

4. CONTENIDOS

a) PARTE CLÍNICA:

Anexos

Los programas de las asignaturas troncales de primero, segundo y tercer curso de la diplomatura.

b) ÉTICA PROFESIONAL:

Tema 1. Introducción a la ética profesional: conceptos básicos

Tema 2. Ética profesional. Importancia de la ética profesional en Fisioterapia.

Tema 3. Los principios éticos.

Tema 4. El código ético deontológico.

Tema 5. Situaciones éticas y aspectos legales en Fisioterapia.

Tema 6. Decisiones éticas en Fisioterapia

5. BIBLIOGRAFÍA

a) PARTE CLÍNICA:

La citada en los distintos programas de las asignaturas y la recomendada por los tutores de prácticas.

b) ÉTICA PROFESIONAL:

Al final de cada tema, se expone la bibliografía recomendada.

6. METODOLOGÍA

Se trata de asociar el estudio de la ética profesional en fisioterapia, con el desarrollo de las prácticas clínicas hospitalarias, ofreciendo a los estudiantes las herramientas conceptuales y metodológicas necesarias para estimular en ellos el razonamiento ético que les permita actuar con responsabilidad moral y tomar decisiones justas ante los diferentes problemas y dilemas éticos que aparecerán en su futuro entorno de trabajo. El estudio del temario sobre ética profesional en Fisioterapia, será simultaneado con el periodo de prácticas clínicas pertenecientes a la asignatura troncal de tercer curso, Estancias clínicas III durante primer cuatrimestre, e irá complementado con la asistencia, durante el segundo cuatrimestre, a sesiones de trabajo en grupos reducidos, donde se pondrá en práctica el análisis de los principales problemas éticos detectados en las prácticas.

La asignatura Estancias clínicas III, por lo tanto, la constituyen dos módulos de trabajo:

I. Módulo de Prácticas Clínicas:

- El estudiante acudirá un día por semana, de **8,30h a 11,00h.**, al lugar de prácticas asignado, donde será tutorizado por un profesor. Podrá conocerse el lugar, el periodo de prácticas y el tutor, a través del Aula Virtual.
- El periodo de prácticas comprenderá desde el día **4/10/2010** al día **20/05/2011**, en el que el estudiante deberá asistir a un total de **24 sesiones**.
- Si, por motivos debidamente justificados (laborales), el estudiante tiene que cambiar de grupo, deberá rellenar un **formulario de solicitud de cambio de grupo**, que puede descargar del apartado "Recursos" del Aula Virtual.
- La asistencia a las prácticas es **obligatoria**, pudiendo faltar solamente a **dos** de ellas y por motivos debidamente justificados (en este caso, se deberá llevar el *justificante* al tutor de prácticas, quien lo deberá hacer constar en la *hoja de prácticas*).
- El control de la asistencia será a través de la **Hoja de Prácticas** que podéis descargar del apartado "Recursos" del Aula Virtual. Esta hoja deberá ser firmada por el tutor de prácticas y por el estudiante cada día y se deberá entregar al finalizar todo el periodo de prácticas en la secretaría del Departamento de Fisioterapia. Fecha límite: **31 de mayo de 2011**.
- El estudiante deberá acudir a las prácticas debidamente **uniformado**: pijama blanco o bata, y zuecos.
- El estudiante deberá descargar del apartado "Recursos" del Aula Virtual, la **tarjeta identificativa** como estudiante de fisioterapia, plastificarla, pegarle una foto y llevarla unida con un imperdible a la bata o camisa del pijama.

Anexos

- Para aclarar cualquier duda sobre este tema, debéis escribir un email a la profesora Pilar Serra.

II. Módulo de Ética Profesional:

Primer cuatrimestre

- Durante el primer cuatrimestre, el estudiante tendrá a su disposición en el apartado "Recursos" del Aula Virtual, un **Temario sobre Ética Profesional en Fisioterapia** (formado por seis temas); el estudiante deberá responsabilizarse de leer de manera autónoma este temario, conforme al ritmo marcado en el apartado 8 de esta guía. Las dudas y los comentarios que pudieran surgir, deberán ser dirigirlas a la profesora Marta Aguilar (marta.aguilar@uv.es) a través del correo electrónico.
- Al final de cada tema, podréis encontrar una **actividad** relacionada. El estudiante deberá resolverla de manera individual y entregarla en el plazo previsto, a través del Aula Virtual (apartado "Actividades"). Los plazos pueden consultarse en el apartado 8 de esta guía. No se aceptarán actividades fuera del plazo establecido. Se considera fecha máxima de entrega de actividades, las 23,55 horas del día señalado (se aconseja no esperar al último día por si pudiera surgir algún problema informático). Se deben copiar las cuestiones de cada actividad en un documento nuevo de Word, donde serán contestadas. El archivo debe llamarse:

1º apellido_2ºapellido_Ax.doc (x= nº de actividad)

Ejemplo: fernandez_perez_A1.doc
- Además, desde el inicio del curso, el estudiante deberá recoger por escrito los **problemas y dilemas éticos** que vaya encontrando en el transcurso de sus prácticas. Esta información irá aportándola en las diferentes actividades y debe ser totalmente anónima.

Segundo cuatrimestre

- Durante el segundo cuatrimestre, los estudiantes acudirán por grupos, en horario de **15,00 a 16,00 h**, a la Escuela de Fisioterapia, donde participarán en **Grupos de trabajo** dirigidos por un profesor y donde se trabajará el modo de resolver los problemas éticos detectados por los estudiantes durante las prácticas.
- En el Aula Virtual, podréis consultar a qué grupo pertenecéis.
- Las fechas de las sesiones ya podéis verlas en el apartado 8 de esta guía. Serán un total de **6 sesiones**, un día a la semana, en semanas alternas.
- Al finalizar las sesiones, cada grupo de estudiantes deberá entregar una **Memoria final** en la que se hará una exposición de todo lo trabajado en el las sesiones del segundo cuatrimestre.
- La Memoria la entregará un componente del grupo a través del Aula Virtual (apartado "Actividades") siendo el plazo máximo para la entrega, el **30 de mayo de 2011**, a las 23,55h horas. El archivo debe llamarse:

1º apellido_2ºapellido_memoria.doc.

Ejemplo: fernandez_perez_memoria.doc

6. SISTEMA DE EVALUACIÓN

El sistema de evaluación formativa de esta asignatura, permitirá al estudiante conocer, a lo largo del curso, los comentarios del profesor y el resultado de sus calificaciones parciales (rotaciones de prácticas y actividades), de manera que pueda ir reforzando sus puntos débiles. Podréis acceder a la evaluación a través del Aula Virtual.

La asignatura Estancias clínicas III, será evaluada del siguiente modo:

A) Evaluación de las prácticas clínicas hospitalarias (70% de la nota final de la asignatura)

Anexos

Cada tutor de prácticas, emitirá una evaluación al final de cada rotación, resultado de la evaluación continuada de los siguientes criterios:

CRITERIO	EVALUACIÓN
▪ Actitud (interés, iniciativa, participación...)	Máximo 1 punto
▪ Destreza (aplicación de técnicas de evaluación y tratamiento; utilización de hojas de registro)	Máximo 8 puntos
▪ Interacción con pacientes y familias	Máximo 1 punto
Total	10 puntos

B) Evaluación de las Actividades sobre ética profesional realizadas durante el primer cuatrimestre (15% de la nota final de la asignatura). (Bloque A.)

C) Asistencia y participación en los grupos de trabajo del segundo cuatrimestre y Memoria final. (15% de la nota final de la asignatura). (Bloque B.)

Las actividades, las sesiones grupales y la memoria final se evaluarán con los indicadores de esta rúbrica:

Unidad	Resultados de aprendizaje	Actividad de evaluación	Aspectos a evaluar			Indicadores de la rúbrica	Nota Prof. 1	Nota Prof. 2	Nota media
			C	P	A				
Unidad 1	Maneja conceptos, clarifica sus valores personales, identifica los valores importantes para la profesión y manifiesta cómo de importante y necesario es el comportamiento ético de los fisioterapeutas. Reconoce situaciones no éticas	A1.1	Δ	Δ	Δ	1,2,3,4			
		A1.2	Δ	Δ	Δ				
		A1.3	Δ	Δ	Δ				
		A1.4	Δ	Δ	Δ				
		A1.5	Δ	Δ	Δ				

	en el entorno de las prácticas.								
Nota media actividad 1									
Unidad 2	Conoce la importancia de los comportamientos éticos, conoce el fin legítimo de la profesión y reconoce situaciones no éticas en las prácticas clínicas.	A2.1	Δ	Δ	Δ	1,2,3,4			
		A2.2	Δ	Δ	Δ				
		A2.3	Δ	Δ	Δ				
		A2.4	Δ	Δ	Δ				
		A2.5	Δ	Δ	Δ				
		A2.6	Δ	Δ	Δ				
Nota media actividad 2									
Unidad 3	Conoce los principios éticos profesionales y comprende el significado de los conceptos relacionados. Reconoce situaciones no éticas en el entorno de las prácticas.	A3.1	Δ	Δ	Δ	1,2,3,4			
		A3.2	Δ	Δ	Δ				
		A3.3	Δ	Δ	Δ				
		A3.4	Δ	Δ	Δ				
		A3.5	Δ	Δ	Δ				
		A3.6	Δ	Δ	Δ				
Nota media actividad 3									
Unidad 4	Conoce y diferencia los valores, principios y normas en los que han de basarse las actuaciones profesionales en Fisioterapia. Reconoce situaciones no éticas en el entorno de las prácticas.	A4.1	Δ	Δ	Δ	1,2,3,4			
		A4.2	Δ	Δ	Δ				
		A4.3	Δ	Δ	Δ				
		A4.4	Δ	Δ	Δ				
Nota media actividad 4									
Unidad 5	Reconoce, describe y distingue las diferentes situaciones no éticas durante las prácticas clínicas.	A5.1	Δ	Δ	Δ	1,2,3,4			
Nota media actividad 5									

Anexos

Unidad 6	Aplica correctamente el método de resolución de casos éticos a la situación planteada.	A6.1	Δ	Δ	Δ	1,2,4,5			
Nota media actividad 6									
Nota media bloque A									
Sesión 1.	Comprende la diferencia entre los principios éticos básicos.	S1	Δ	Δ	Δ	1,2,6			
Nota media sesión 1									
Sesión 2.	Reconoce situaciones reales no éticas en un entorno de trabajo simulado.	S2	Δ	Δ	Δ	1,2,6,7			
Sesión 3.		S3	Δ	Δ	Δ	1,2,6,7			
Nota media sesiones 2 y 3									
Sesión 4.	Aplica correctamente el método de análisis de casos éticos a diferentes situaciones	S4	Δ	Δ	Δ	1,2,5,6			
Sesión 5.		S5	Δ	Δ	Δ	1,2,5,6			
Nota media sesiones 4 y 5									
Sesión 6.	Elabora y expone correctamente la aplicación de un método estructurado de resolución de casos a una situación ética. Aporta nuevas situaciones no éticas procedentes de las prácticas.	S6	Δ	Δ	Δ	1,2,3,5,6,8			
Nota media sesión 6									
Memoria	Elabora correctamente una memoria de las sesiones grupales.	M	Δ	Δ	Δ	1,2,3,4,5,7			

Nota media memoria

Nota media bloque B

Rúbrica				
Indicadores	Criterios			
	Excelente (9-10)	Notable (7-8)	Suficiente (5-6)	Debe mejorar (4)
1. Comprensión de los conceptos	Comprende todos los conceptos e ideas y los relaciona entre sí o con ejemplos	Comprende los conceptos e ideas, pero no los relaciona entre sí ni con ejemplos	Comprende alguno de los conceptos	No comprende los conceptos
2. Aportaciones personales	Manifiesta opiniones personales reflejando sus propias ideas y valores y relacionándolas con lo aprendido	Manifiesta opiniones personales, basadas en sus propias ideas y valores sin relacionarlas con lo aprendido	Manifiesta opiniones personales sin argumentaciones	No manifiesta opiniones personales
3. Reconocimiento de situaciones no éticas en el entorno de las prácticas	Reconoce más de una situación no ética en el entorno de las prácticas clínicas y sabe explicar por qué no lo son	Reconoce una situación no ética en el entorno de las prácticas clínicas y sabe explicar por qué no lo es	Reconoce una situación no ética en el entorno de las prácticas clínicas pero no sabe explicar por qué no lo es	No es capaz de reconocer situaciones no éticas en el entorno de las prácticas
4. Contenido y forma del trabajo escrito	La estructura del trabajo es adecuada, utiliza correctamente el vocabulario y cumple con las reglas sintácticas y ortográficas.	La estructura del trabajo es adecuada, pero tiene algunas faltas sintácticas u ortográficas.	La estructura del trabajo es aceptable y además comete alguna falta ortográfica	El trabajo está desestructurado. No utiliza adecuadamente el vocabulario ni cumple con las reglas sintácticas y ortográficas

5. Aplicación del método estructurado de resolución de casos éticos	Aplica correctamente las etapas del método estructurado de resolución de casos éticos y plantea una solución éticamente aceptable	Aplica correctamente las etapas del método estructurado de resolución de casos éticos, pero tiene dificultad para plantear una solución éticamente aceptable	Aplica el método estructurado de resolución de casos éticos, pero tiene alguna dificultad para reconocer a los agentes implicados en la situación o en elegir la opción correcta	No es capaz de aplicar correctamente el método estructurado de resolución de casos éticos
6. Participación en el grupo	Ha participado muy activamente aportando nuevas ideas y haciendo observaciones muy interesantes	Ha participado activamente haciendo observaciones	Ha participado discretamente con alguna observación	No ha participado durante la sesión de trabajo grupal
7. Reconocimiento de situaciones no éticas en un entorno simulado	Reconoce todas las situaciones no éticas en un entorno simulado y sabe argumentar y razonar por qué no lo son	Reconoce alguna situación no ética en un entorno simulado y saben explicar por qué no lo son	Reconoce una situación no ética en un entorno simulado pero no sabe explicar por qué no lo es	No es capaz de reconocer situaciones no éticas en un entorno simulado
8. Presentación oral	Expone de forma organizada con una secuencia lógica y ordenada entre cada una de las partes y con apoyo audiovisual	Expone de forma organizada con una secuencia lógica y ordenada entre cada una de las partes, sin apoyo audiovisual	Expone de manera medianamente organizada, con o sin apoyo audiovisual	Expone de manera desorganizada, sin una secuencia lógica y ordenada entre cada una de las partes

Actividad	Detalle de la actividad	% nota final
Evaluación de las prácticas clínicas hospitalarias	Cuatro rotaciones (25% cada una)	70%
Evaluación de las Actividades de aprendizaje bloque A	Seis actividades individuales (16,6% cada una)	15%
Evaluación de las Actividades de aprendizaje bloque B	Desarrollo de las sesiones (50%) y Memoria final (50%)	15%

Para aprobar la asignatura hay que **obtener al menos un cinco** en cada uno de los bloques. El estudiante podrá ir consultando las notas obtenidas, a través del Aula Virtual.

7. DISTRIBUCIÓN DE LAS HORAS DE TRABAJO

ACTIVIDAD FORMATIVA	HORAS
Asistencia a prácticas clínicas	60
Asistencia a grupos de trabajo	6
Preparación de casos	10
Tutorías	9
Lectura y estudio del temario	20
Realización de actividades	20
Realización de la Memoria final	25
TOTAL	150 horas

8. ORGANIZACIÓN TEMPORAL DE LA ASIGNATURA

DISTRIBUCIÓN DE GRUPOS DE PRÁCTICAS CLÍNICAS 1º y 2º CUATRIMESTRE

HORARIO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
8.30 – 11,00h	Gr. 9 y 10	Gr. 2 y 3	Gr. 4 y 5	Gr. 6 y 8	Gr. 7 y 1





PRIMER CUATRIMESTRE

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
		1	2	3
6	7	8	9	10
13	14	15	16	17
20	21	22	23	24
27	28	29	30	

 Reunión informativa







OCTUBRE 2010

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
				1
4	5	6	7	8
11	12	13	14	15
18	19	20	21	22
25	26	27	28	29

 Inicio de la prácticas
 TEMA 1 ÉTICA PROFESIONAL
 Entrega Actividad 1
 TEMA 2 ÉTICA PROFESIONAL


NOVIEMBRE 2010





LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
1	2	3	4	5	6
8	9	10	11	12	13
15	16	17	18	19	20
22	23	24	25	26	27
29	30				

 Entrega Actividad 2
 TEMA 3 ÉTICA PROFESIONAL
 Entrega Actividad 3
 TEMA 4 ÉTICA PROFESIONAL
 Entrega Actividad 4
 TEMA 5 ÉTICA PROFESIONAL

DICIEMBRE 2010

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
		1	2	3	4
6	7	8	9	10	11
13	14	15	16	17	18
20	21	22	23	24	25
27	28	29	30	31	

 Días festivos

 Entrega Actividad 5
 TEMA 6 ÉTICA PROFESIONAL
 Entrega Actividad 6
 Último día de prácticas 1º cua-
trimestre

SEGUNDO CUATRIMESTRE

Los grupos de trabajo del segundo cuatrimestre tendrán lugar en las siguientes fechas:

Grupo	Fecha de las sesiones grupales
Subgrupo Martes 1	1 febrero - 15 febrero - 1 marzo - 22 marzo - 5 abril - 19 abril
Subgrupo Miércoles 1	2 febrero - 16 febrero - 2 marzo - 23 marzo - 6 abril - 20 abril
Subgrupo Martes 2	8 febrero - 22 febrero - 8 marzo - 29 marzo - 12 abril - 3 mayo
Subgrupo Miércoles 2	9 febrero - 23 febrero - 9 marzo - 30 marzo - 13 abril - 4 mayo

La composición de los grupos será anunciada con suficiente antelación en el Aula Virtual

Ejemplo de resolución de algunas actividades del primer cuatrimestre, por algunos de los estudiantes

Actividad 1.

A1.1. *Elabora un listado con los valores que, en tu vida normal, guían tus acciones y están presentes en tus decisiones. A continuación, ordénalos de mayor a menor importancia.*

En mi opinión es difícil enumerar los numerosos valores que rigen mis acciones continuamente y toman parte en mis decisiones personales.

Esta pregunta me hace reflexionar y ver cómo los valores que en un principio tenían principal importancia para mí, con el tiempo y me refiero sobre todo con la madurez, han ido modificándose y cambiando.

Inicialmente cuando eres más joven predomina la diversión, libertad, inconformidad, rebeldía...

Según transcurre el tiempo uno mismo va dejando de lado estos para dar paso a unos nuevos con mayor importancia como son: la responsabilidad, sinceridad, honestidad, paciencia, perdón, optimismo....

Hay que tener en cuenta si todos de verdad nos regimos continuamente por los valores que solemos nombrar, ya que hablar de valores es fácil, todo el mundo conocemos muchos y nombramos los que socialmente están bien reconocidos, pero regirte por ellos continuamente es otra cosa.

Es importante reflexionar y tomar consciencia de manera individual si los valores que uno cree tener son los que a lo largo del día son los que aplica y si los aplica de manera correcta.

A1.2 *¿Qué diferencia encuentras entre los siguientes valores: “inteligencia” y “tolerancia”? ¿Podemos exigir a alguien que sea inteligente? ¿Y tolerante?*

Ordenar los valores de mayor a menor importancia es difícil, ya que todos los valores tienen una gran importancia, pero sí que es cierto que algunos de ellos puedan predominar unos sobre otros dentro de la gran clasificación de valores que podemos conocer como son los vitales, morales, sensibles, útiles, intelectuales, religiosos...

RESPECTO
JUSTICIA
SINCERIDAD
RESPONSABILIDAD
PERDON
VOLUNTAD
SUPERACIÓN

SACRIFICIO

Mediante la inteligencia nosotros podemos encontrar qué cosas, situaciones y personas son portadoras de valores, por lo tanto nos llevan a comportarnos de manera sensata.

La inteligencia nos lleva a saber reconocer que valores son los que de manera individual y personal son capaces de guiar nuestras acciones.

Mientras que la tolerancia nos ayuda aceptar a los demás tal y como son con sus valores, actitudes, opiniones y emociones que configuran su personalidad.

Pienso que la tolerancia puede entrar en discrepancia en algunas ocasiones, con preguntas como ¿Cuándo tenemos que ser tolerantes? ¿Tenemos que ser capaces de tolerar todo? Debemos tener en cuenta que el valor de la inteligencia se trata de una cualidad que caracteriza a los humanos, y que por lo tanto se trata de un valor que no podemos exigir a las personas.

A diferencia de la inteligencia, el valor de la tolerancia debemos exigirlo por el hecho de ser personas ya que se trata de un valor básico y fundamental de los derechos humanos.

A1.3 *¿Qué valores crees que deberían caracterizar a un buen fisioterapeuta? Escribe al menos 5 y ordénalos por importancia.*

Pensando como futuro profesional de la salud, creo que todo fisioterapeuta tiene que caracterizarse por cumplir con unos valores morales tales como:

- *Un comportamiento profesional en todo momento. (Responsabilidad)*
- *Tratar por igual a todos los pacientes (Justicia)*
- *Competencia por parte del profesional.*
- *Sentir empatía por los pacientes.*
- *Saber escuchar en todo momento. (Paciente)*
- *Tener una actitud positiva cuando uno está trabajando. (Alegre)*
- *Tener inquietudes que de manera personal que lleven a una formación constante. (Superación)*
- *Ser buen compañero. (Respeto)*
- *Saber realizar críticas constructivas al igual que ser capaz de encajarlas.*

A1.4. *Redacta con tus palabras lo que es un comportamiento “ético” y opina respecto a si un fisioterapeuta debe comportarse de manera ética en el ejercicio de su profesión o esto no es necesario para ser un buen profesional.*

Entiendo por un comportamiento ético, tener conocimiento de lo que está bien o lo que está mal en nuestra conducta.

Cada vez que actuamos y tomamos algún tipo de decisión, dejando de lado nuestros sentimientos, pensamientos religiosos, ideas científicas... y que a la vez respetamos los principios de la conducta humana y las normas que consideramos generalmente buenas y correctas, siendo cada uno responsable y consciente de nuestros comportamientos.

Todo profesional debe comportarse de manera ética al realizar su ejercicio en su ámbito profesional, en muchas ocasiones fisioterapeuta tendrá que afrontar problemas que puedan surgirle relacionados con su trabajo y deberá resolver de manera individual respetando unos códigos morales.

Para regular las actuaciones del fisioterapeuta existe un código deontológico que está destinado a servir como regla de la conducta profesional en nuestro caso regulado por el colegio de fisioterapeutas.

En ocasiones el profesional puede verse en un conflicto interno por el hecho de desempeñar sus actuaciones y preguntarse si sus actuaciones son contrarias a la ética.

Algunos ejemplos de conflictos éticos en los que puede verse involucrado un profesional pueden ser el encubrimiento, el abuso de poder, el soborno...

A1.5. Trata de redactar algunas situaciones no éticas que hayas reconocido en tu lugar de prácticas y explica por qué no lo son.

- Realizando las prácticas he podido presenciar cómo se realizan tratos de favor a determinados pacientes por el hecho de ser familiares, de esta forma evitar la lista de espera para recibir el tratamiento por parte del fisioterapeuta en el área de rehabilitación. De esta forma se incumple el principio ético de **justicia**. "Debe existir una distribución equitativa entre los grupos de la sociedad, todos los paciente deben tratarse de manera similar y con las mismas oportunidades de acceso a los mejores métodos diagnósticos y terapéuticos"

- En mi lugar de prácticas, he comprobado cómo no se ha respetado la intimidad de algunos pacientes. Esta intimidad se ha vulnerado por parte del profesional al compartir información con otras personas, incluso ajenas a la profesión, dando todo tipo de detalles. De esta forma se incumple el principio de **Autonomía** y los valor profesional como el respeto a la persona y protección de los derechos humanos. "Los pacientes tienen derecho a la intimidad"

Actividad 5.

A5.1. Busca un ejemplo para cada una de las situaciones éticas expuestas en este tema (problema ético, dilema moral, estrés moral, tentación moral y silencio) de los observados en las prácticas. Explica en cada caso, qué valores o principios entran en juego. ¿Qué situaciones crees que son las más frecuentes en Fisioterapia?

Problema ético:

"Un problema ético es cuando está presente un valor o principio importante, y este se ve desafiado. La acción correcta es buscar la manera de que este valor o principio pueda cumplirse, aunque en ocasiones no resulte ser una tarea fácil debido a las repercusiones

Anexos

que esto pudiera tener sobre las partes implicadas en el problema. Saber que algo es lo correcto es una cosa, pero hacerlo es otra distinta”.

- Realizando las prácticas he podido presenciar cómo se realizan tratos de favor a determinados pacientes por el hecho de ser familiares, de esta forma evitar la lista de espera para recibir el tratamiento por parte del fisioterapeuta en el área de rehabilitación. De esta forma se incumple el principio ético de **justicia**. “Debe existir una distribución equitativa entre los grupos de la sociedad, todos los paciente deben tratarse de manera similar y con las mismas oportunidades de acceso a los mejores métodos diagnósticos y terapéuticos” (situación real)

- En mi lugar de prácticas, he comprobado cómo no se ha respetado la intimidad de algunos pacientes. Esta intimidad se ha vulnerado por parte del profesional al compartir información con otras personas, incluso ajenas a la profesión, dando todo tipo de detalles. De esta forma se incumple el principio de **Autonomía** y los valores profesionales como el respeto a la persona y protección de los derechos humanos. “Los pacientes tienen derecho a la intimidad” (situación real)

Dilema moral

“Un dilema ético es cuando confluyen dos principios o valores y se debe decidir una de las dos situaciones que se plantean, siendo ambas correctas. Se trata de una decisión de “lo correcto frente a lo correcto”. Por supuesto, resolver un dilema es mucho más complejo que resolver un problema ético”

-Un paciente 54 años repartidor de una gran empresa de transporte sufre un accidente de tráfico, como consecuencia de este accidente se queja de un gran dolor en la zona cervical. El paciente tras múltiples pruebas por los profesionales sanitarios en su respectiva mutua de trabajo, es derivado a la clínica privada de fisioterapia de la cual nosotros somos dueños para realizarle el tratamiento que le es necesario. Al realizar múltiples sesiones de tratamiento, establecemos una buena relación con el paciente, es en este momento cuando el paciente nos desvela que está fingiendo la lesión ya que pretende conseguir una indemnización como consecuencia del accidente, necesita de forma inmediata el dinero al encontrarse en una situación económica muy mala, ya que los bancos amenazan con embargarle su casa y no sabe donde alojar a su familia. Esta situación origina que nos encontremos en un dilema ético: denunciar el fraude que está cometiendo el paciente y agravar más su situación o no desvelar el fraude y de esa manera que el paciente pueda solventar su problema económico con la hipoteca de su casa y poner en peligro su familia (situación inventada).

No violar el derecho de confidencialidad, principio de **autonomía** y el valor profesional como es respeto a la persona y protección de los derechos humanos. Incumplir el principio de **justicia** asociado con la honestidad.

Distrés moral

“En una situación de distrés moral, el fisioterapeuta sabe cuál es la solución correcta del problema o dilema ocasionado, pero hay barreras que le impiden llevar a cabo una acción.

- Realizando las prácticas he podido observar cómo se protocolizan los tratamientos de los pacientes en función de la patología, no existe una individualización por parte de cada uno de los pacientes. Cuando vas aplicar el tratamiento que te proponen, tras el diagnóstico realizado por tus compañeros los médicos rehabilitadores, encuentras que se prescribe exactamente el mismo tratamiento a cada uno de los pacientes en función de la lesión, esta situación sumerge al profesional en un distrés moral ya que es consciente que el tratamiento que va aplicar al paciente no es específico y cree que no es el mejor o el más adecuado para su paciente.

De esta forma el fisioterapeuta se encuentra con unas barreras externas que le impiden llevar a cabo de la manera más correcta su acción. Personalmente al encontrarme esta situación he preguntado por la posibilidad de cambiar de tratamiento pero he recibido por respuesta “!Noj se aplica el tratamiento que pone en el papel y no te quieras complicar la vida, el tratamiento no es para ti” (situación real).

*De esta forma se incumple el principio de **beneficencia**. “Se considera la necesidad de evaluar las ventajas y las desventajas, los riesgos y los beneficios de los tratamientos propuestos, con el objeto de maximizar los beneficios y disminuir los riesgos. Tiene una dimensión positiva que implica el deber inquebrantable de llevar a cabo acciones específicas encaminadas a procurar el bienestar de las personas, defender sus derechos, prevenir el daño, eliminar las condiciones que le generan riesgo, malestar y dolor, entre otras.*

- Personalmente en el transcurso de las prácticas he podido vivir una situación de distrés moral al poner en práctica un determinado tratamiento. Resulta que me han llamado la atención por parte del fisioterapeuta adjunto respondiéndome “ Se que es correcto lo que estás haciendo, pero no puedes mal acostumbrar a los pacientes porque yo no puedo perder el tiempo cuando tú no estás en aplicar las mismas técnicas, ya que al obtener buenos resultados después el paciente me lo va a pedir a mí” . Tras recibir esta respuesta el distrés moral se acrecienta, ya que como profesional veo que no soy capaz de proporcionar el cuidado que creo que es el mejor o el más adecuado para mi paciente debido a barreras que impiden llevar a cabo una determinada acción, bien por barreras externas

Anexos

como es el tiempo o barreras internas que pueda tener el compañero fisioterapeuta (situación real).

De esta forma se incumple el principio de **beneficencia**. "Se considera la necesidad de evaluar las ventajas y las desventajas, los riesgos y los beneficios de los tratamientos propuestos, con el objeto de maximizar los beneficios y disminuir los riesgos. Tiene una dimensión positiva que implica el deber inquebrantable de llevar a cabo acciones específicas encaminadas a procurar el bienestar de las personas, defender sus derechos, prevenir el daño, eliminar las condiciones que le generan riesgo, malestar y dolor, entre otras"

Tentación moral

"En una situación de tentación moral, se debe elegir lo "correcto frente a lo incorrecto", aunque puedes salir personalmente beneficiado si eliges hacer lo incorrecto, y sufres la tentación de hacerlo"

- Te presentas en una clínica de fisioterapia, en la que están buscando fisioterapeutas para trabajar. Al explicarte las condiciones de trabajo te hablan de una suculenta cantidad de dinero a final de mes, pero te explican que debes poner en práctica a la hora de tratar a los pacientes unas determinadas técnicas que tu personalmente consideras muy agresiva, ya que la técnica no es ni las más adecuadas ni la más beneficiosa para los pacientes. Debemos decidir entre (acción incorrecta) poner en práctica las técnicas que en un principio pensamos que no son tan adecuadas pero de esta forma salir beneficiados económicamente (situación real).

(Acción correcta) ser fiel a nuestros principios y no dejar comprarnos por dinero. Principio de beneficencia asociado a la solidez de la fundamentación objetiva y científica de las intervenciones profesionales. Principio de no maleficencia asociado con prudencia en la aplicación de instrumentos y técnicas. " 1m. Los fisioterapeutas tienen la absoluta responsabilidad de asegurar que su comportamiento es siempre profesional, evitando cualquier mala conducta"

Silencio

"Es estas situaciones, a pesar de que los valores éticos son desafiados, el fisioterapeuta elige ignorar el problema y no tomar parte"

- Durante las prácticas he podido comprobar cómo fisioterapeutas no han respetado los horarios de trabajo de entrada al puesto de trabajo ni tampoco los horarios de descanso para almorzar de forma habitual de esta forma provocar que otros compañeros tengan que hacerse responsables de los pacientes que no están siendo atendidos. En lugar de hablarlo y buscar solución al problema los compañeros deciden ignorar el problema y no

tratar de buscar ninguna solución, consintiendo la situación. De esta forma se incumple el principio ético de **justicia**. "Debe existir una distribución equitativa entre los grupos de la sociedad, todos los paciente deben tratarse de manera similar y con las mismas oportunidades de acceso a los mejores métodos diagnósticos y terapéuticos" (situación real).

- Al realizar las prácticas he podido presenciar como fisioterapeutas han cogido material para su uso privado, de esta forma ahorrarse el coste de algunos materiales. Otros compañeros ser conscientes pero en lugar de hablarlo o buscar solución al problema con el compañero han decidido ignorar el problema y no tratar de buscar ninguna solución, consintiendo la situación (situación real).

¿Qué situaciones crees que son las más frecuentes en Fisioterapia?

Durante las prácticas de fisioterapia he podido observar como algunos comportamientos por parte de fisioterapeutas no han sido del todo responsables, en ocasiones no han respetado los principios éticos profesionales, en su lugar de trabajo.

Las situaciones que he podido presenciar de forma más habitual han sido **Problema ético, Distrés moral y Silencio**. Reflexionando las diferentes situaciones que surgen a los profesionales sanitarios, hay que pensar que algunas situaciones pueden aparecer consecuencia del sistema sanitario público, pero es importante que tengamos claro que en ningún momento se justifica nuestra mala acción, con esto hago referencia a situaciones como:

Situaciones como el **distrés moral** pueden aparecer consecuencia de la falta de:

- La duración del tiempo puede ser inadecuado.
- Necesidad de más recursos personales y materiales.
- El sistema sanitario no permite la atención necesaria a cada paciente.

El **silencio** se trata de una situación que ocurre con gran frecuencia y que puede aparecer como consecuencia de no querer meternos en problemas, el fisioterapeuta ignora el problema y cree que es mejor no tomar parte en el.

De forma personal pienso que esta situación de silencio puede ir unida en muchas ocasiones al carácter de las personas. "Es más fácil mirar de lado los problemas que enfrentarse a ellos"

También es común que nos encontremos con situaciones como el **Problema ético** en el que podemos observar como es frecuente ver como se vulneran los principios y valores de las personas. Las situaciones que me han sido más difíciles de encontrar y que no he podido presenciar durante la duración de estancias clínicas corresponden a **Dilema ético y Tentación moral**, es posible que esto se deba a la duración de las prácticas, ya que no

Anexos

permite coger un fuerte vinculo y establecer una estrecha relación con los pacientes como para que puede darse el caso sobre todo con hago referencia al dilema ético.

Es importante que entendamos que las actitudes responsables y comprometidas son las que favorecen el desarrollo de una profesión valorada y respetada por la sociedad.

La segunda parte de la clase ha consistido en hacer 4 grupos de 4-5 personas, a cada grupo de le pedio que hable uno de los 4 principios éticos profesionales, cada grupo un principio ético profesional diferente. Una vez debatido, nos ha quedado claro que el principio de autonomía y de beneficencia, el fisioterapeuta actuará siempre con el consentimiento y lo que desee el paciente, ya que definen ideales de vida buena, perfección y felicidad que pueden ser propuestos, pero no impuestos a todos los miembros de la sociedad. En cambio, las obligaciones derivadas de los principios de no maleficencia y justicia, pueden ser impuestas, incluso coactivamente, a todos los miembros de la sociedad, por ley.

CONCLUSIÓN:

En esta clase introductoria, nos han explicado la razón de porqué se ha modificado este año las estancias III, con qué fin se ha planteado este año hacerlo de este modo.

Nos damos cuenta de que formamos parte de una investigación, de un proyecto que esta en prueba, para saber si de verdad es útil enseñar algo de ética profesional a los futuros profesionales, ya que en toda la carrera de años anteriores no se da nada de ética profesional.

También nos han explicado como se va a organizar y desarrollar lo largo de este cuatrimestre, personalmente, me parece interesante este proyecto, y más aún la forma en que se ha planteado, ya que no se va a estudiar ética en sus principios, ya que nos iríamos a la filosofía, pero si que se va a dar lo suficiente para poder responder y actuar de forma ética en nuestra futura carrera como fisioterapeutas.

Esperamos que todos los objetivos y el desarrollo de este segundo cuatrimestre se lleven a cabo como se espera y se ha estudiado por los profesores, ya que esta muy bien planteado.

15/02/2011

Hoy en nuestra clase de estancias III, hemos representado cuatro escenas, donde había un médico rehabilitador, un fisioterapeuta que llevaba un tiempo trabajando allí y además era familiar del médico, un auxiliar, una fisioterapeuta joven y con muchas ganas de ayudar a la gente que iba a hacer la entrevista para entrar a trabajar y dos pacientes con la misma patología aunque venían de destinos diferentes, uno de la mutua y el otro de forma privada. Lo que conlleva que el paciente que viene de la mutua, al negocio de la clínica se le paga mucho más barato por horas, en cambio si viene de forma privada se gana mucho más económicamente.

Veremos como se plantea una situación ética, en la que sale más rentable cuidar y tratar mejor al paciente privado, que no al de la mutua.

La clínica se llama FISIOROL.

- En la primera escena vemos como sucede la entrevista del fisioterapeuta joven que llega a la clínica para trabajar con muchas ganas y el médico rehabilitador, este le explica al fisioterapeuta como funciona la clínica y la diferencia que hay en el tratamiento a los pacientes, según vengan de la mutua o de forma privada. También le

Anexos

comenta que la valoración al paciente solo la realiza el y que ella solo debe seguir el tratamiento indicado por el médico.

En la segunda escena, han pasado 3 meses desde la entrevista a la nueva fisioterapeuta, y se hace la primera visita a los pacientes con el médico rehabilitador.

El médico hace diferentes valoraciones a los pacientes según su procedencia, es decir si vienen del seguro o de forma privada, y una vez hecha la valoración, el paciente que viene del seguro va con el fisioterapeuta que lleva más tiempo en la clínica (hermano del médico), mientras que el otro paciente va con la fisioterapeuta nueva.

El tratamiento fisioterápico que decide el médico para el paciente de la mutua son ultrasonidos y tracción cervical y al otro paciente masaje así estará relajado y tendrá ganas de volver, ya que esta siendo atendido con el fisioterapeuta y no le dejan solo en ningún momento. Hay una clara diferencia del tratamiento, cosa que no es moral.

En la tercera escena, ocurre entre los pacientes, los fisioterapeutas y el auxiliar.

Se realiza el tratamiento, pero el paciente que viene de la mutua no es tratado por el fisioterapeuta sino por el auxiliar, mientras que el otro paciente está muy satisfecho con su masaje y además le dice al fisioterapeuta como le gusta más y dónde le duele más, hay una comunicación más fluida.

El fisioterapeuta nuevo le propone al médico cambiar el tratamiento a su paciente y el médico se niega, ya que sólo busca su propio beneficio económico y no la mejoría del paciente.

En la cuarta escena ocurre la reflexión del paciente de la mutua con el fisioterapeuta nuevo.

El paciente de la mutua le comenta al fisioterapeuta que no le funciona el tratamiento que le han puesto (ultrasonidos y tracción cervical) y que no está de acuerdo con que le trate el auxiliar en vez de su fisioterapeuta y le comenta que si ella no podría hacer nada para que le cambien su tratamiento o que se lo haga ella, la fisioterapeuta cubre a el médico y dice que el auxiliar sabe muy bien lo que hace y que ella no puede hacer nada para que le cambien el tratamiento que lo hable directamente con el médico.

CONCLUSIÓN:

En la clase de hoy hemos aprendido a ver que ante todo debemos respetar el principio de beneficencia del paciente y después buscar nuestro propio beneficio. Además de que cada fisioterapeuta debe aceptar sus propias responsabilidades y que tenemos que informar al paciente de lo que se le va a hacer y en que condiciones.

También nos ha servido para darnos cuenta que en la vida real estas situaciones se presentan, y más cuando uno abre un negocio, busca ganar más, sin tener en cuenta o sin buscar del modo más adecuado la beneficencia del paciente.

Por lo tanto nos podemos encontrar, en el caso de que fuésemos el médico (en nuestro caso un fisioterapeuta que se abre su propia clínica) en una situación de tentación, ¿qué hago? Busco obtener más dinero aplicando la filosofía que hemos visto hoy en clase, o opto por buscar la rápida recuperación del paciente, sin tener en cuenta de donde procede (si del seguro o de forma privada).

Y en el caso de ser la nueva fisioterapeuta, joven que entra con ganas de trabajar, ¿qué hago? Acato las instrucciones del médico a sabiendas que está mal, por miedo a que me despida, o intento salvar esta situación ética y ¿cómo lo hago?

Personalmente, creemos que en algún momento de nuestra vida, se va a actuar de forma no ética, ya que si por ejemplo necesitas el trabajo para pagar un alquiler, pues evidentemente, no te revelarás contra el médico a no ser, que puedas conseguir trabajo fácilmente.

En esta situación plantada en clase, nos damos cuenta que todo el mundo no ha actuado de forma ética, ni el médico por buscar su máximo beneficio económico, si el fisioterapeuta hermano del médico que no está colegiado y no hace su trabajo, se dedica a leer revistas, y la fisioterapeuta joven que aunque sabe que se está cometiendo una injusticia, encubre al médico por temor a que éste le eche del trabajo. Y lo más importante, nos damos cuenta de que los más perjudicados son los pacientes, en este caso, el paciente que viene de forma privada, está encantado de su situación, pero existe un gran perjudicado como es el paciente que viene de la mutua, el cual, es el gran olvidado y no se le trata como debería.

1/03/2011

Hoy ha sido la tercera sesión y el segundo día que realizábamos una obra de teatro donde se querían poner de manifiesto actitudes que habíamos estudiado anteriormente.

La representación trataba del comportamiento de un fisioterapeuta que trabajaba en un hospital público, en diferentes situaciones que te puedes encontrar en el día a día del ejercicio profesional. Se puede decir que nuestro fisioterapeuta es un profesional con grandes habilidades técnicas que sabe qué realizar ante cualquier patología, además tiene a su favor que consigue la confianza de sus pacientes con gran facilidad.

Situación 1

El primer paciente que se encuentra es un lesionado medular, a nivel L1, L2, con una lesión completa. El paciente es un hombre joven ex-futbolista a causa de la lesión.

Al fisioterapeuta se le plantea un problema cuando el enfermo le pregunta si podrá volver a caminar alguna vez o incluso si podrá jugar al fútbol de nuevo. Ante esta interrogativa no sabe cómo reaccionar y sin tener ningún tipo de dato objetivo le dice al paciente que posiblemente sí que pueda conseguirlo.

En este caso el profesional no está actuando de forma correcta ya que está engañando al paciente. El tiene derecho a saber en todo momento su estado de salud, pero eso no

Anexos

quiere decir que sea obligación del fisioterapeuta pronosticar su recuperación ya que eso es responsabilidad del médico. En este caso la obligación del fisioterapeuta sería informar al paciente de su especialidad, es decir, del tratamiento fisioterápico que va a recibir.

Después el paciente también le preguntó sobre una técnica experimental de Estados Unidos, y él, sin saber nada sobre ese tratamiento le aconsejó que fuera.

Situación 2

La segunda situación es una mujer politraumatizada, que pide reiteradamente al fisioterapeuta que no le den el alta. Al principio finge que el dolor no se le ha pasado pero después acaba confesándole que es porque su marido la maltrata. La paciente le hace prometerle que no dirá nada.

El fisioterapeuta, erróneamente, le promete que no dirá nada. Se compromete a una cosa que no puede hacer, ya que en este caso va en contra de la vida del paciente y contra la ley, tiene el deber de denunciar el hecho.

Situación 3

Un hombre de 80 años con cáncer terminal es el protagonista de la situación número 3. En este caso el fisioterapeuta realiza el tratamiento fisioterápico a pesar que el paciente se niega varias veces, el justifica su acción diciendo que sino el médico se enfadará.

En esta situación el fisioterapeuta debería respetar la decisión del paciente de no recibir tratamiento, y no ignorar su petición.

Situación 4

La última escena es un paciente crónico de EPOC en un estado agudo, el fisioterapeuta de este paciente está de baja y ha sido remitido a nuestro fisioterapeuta.

En este caso y a pesar de saber que el tratamiento no es el indicado lo realiza igual, además, no se comporta de la misma manera con este paciente que con los demás que que son suyos.

En esta situación se plantea el problema de que el fisioterapeuta no quiere cambiar el tratamiento por miedo a dejar mal a su compañero o que este al volver se moleste.

CONCLUSIÓN:

Estas situaciones han abierto un debate muy interesante en clase que nos ha ayudado a comprender mejor el comportamiento ético del fisioterapeuta en el hospital. Nos damos cuenta que a veces inconscientemente actuamos de forma no-ética, a veces porque deseamos que se recupere nuestro paciente engañándole dándole falsas expectativas sobre su lesión, como en la situación 1, o animándole a seguir luchando por la vida cuando no quiere que ser atendido, como en la situación 3, ya que somos personas y deseamos que estén bien la persona actuando o diciendo cosas que se nos escapa de nuestro alcance como profesional.

Además también se nos puede presentar una situación 2, y por cobardes no hacer frente a ello, ni siquiera animar a que se denuncie algo así. Y considero una actitud de cobarde

seguir practicando un tratamiento (situación 4) que no beneficia al paciente por miedo a terceros.

Todas estas situaciones, son ejemplos que nos hacen pensar y la clase nos ha ayudado a pensar sobre ellas y a razonar el mejor plan de actuación ético.

22/03/2011

En la clase de hoy de estancias III (4º sesión) hemos cambiado la dinámica de trabajo. Marta nos ha presentado un caso (problema ético, dilema, distrés...) el cual tendremos que resolver de la manera más ética posible, con la ayuda del método de resolución de situaciones éticas en fisioterapia, y el código deontológico (art. 16).

El caso trataba de una joven de 15 años, que ha de acudir al fisioterapeuta debido a una lumbalgia, y le cuenta al fisioterapeuta que piensa que está embarazada, y que no quiere que se entere su familia. La madre de la joven le pregunta al fisioterapeuta que a qué vienen los mareos que lleva padeciendo la niña desde hace unos días. El fisioterapeuta no está seguro de que hacer, se encuentra en una situación comprometida.

Primero hemos analizado el caso en nuestro grupo, y posteriormente hemos discutido el caso con el grupo de al lado. En un principio pensábamos que se trataba de un problema moral, pero finalmente llegamos a la conclusión de que era un dilema moral.

Por último, cada grupo ha dado su opinión respecto al caso, todos coincidiendo todos que efectivamente era un dilema moral, el fisioterapeuta tenía que decidir entre guardar el secreto profesional (principio de autonomía), o respetar la salud del posible feto (principio de no maleficencia).

CONCLUSIÓN:

Entre todos o uno mismo sentado, en ciertas situaciones debe pararse a pensar sobre la situación que se le plantea y no precipitarse en tomar una decisión. En ocasiones como en este caso, en dilema moral, te puede poner entre la espada y la pared y dos principios se enfrentan, pero en clase nos han dado unas pautas sobre qué principios están por encima de otros, y gracias a ello nos puede servir de ayuda para solucionar el dilema moral en este caso.

5/04/2011

- CASO 2. RECLAMACIÓN INJUSTA.

Anexos

Clara es una chica de 25 años, que reside en Gandía. Está diagnosticada de displasia de la cadera derecha desde los 16. Además, hace dos meses, mientras cruzaba la calle, fue atropellada por un coche, y como consecuencia, sufre una fractura del fémur derecho, teniendo que ser intervenida de urgencia en un hospital público de Valencia, donde actualmente acude a diario en ambulancia, para realizar el tratamiento fisioterápico contigo (que estás contratado, cubriendo una baja).

El médico rehabilitador le ha pautado ejercicios diarios en piscina y en el gimnasio y tú cumples con el tratamiento de la manera más correcta, como es tu costumbre, aunque notas que no hay demasiado feeling con ella.

A los 3 días de tratamiento, la paciente empieza a manifestar el desacuerdo con tu modo de trabajar y te enteras de que ha ido a solicitar que le cambien de fisioterapeuta e incluso ha ido a hablar con su médico rehabilitador, utilizando un comportamiento incomprensiblemente extraño y excesivamente irascible, que no ha dejado indiferente al personal allí presente.

Al día siguiente, el supervisor de fisioterapia te informa de que el paciente te ha puesto una larga e injustificada reclamación en el SAIP, alegando que no le prestas la atención que necesita, y otras mentiras e historias sacadas de contexto y rebuscadas, que te ponen en una situación muy comprometida. Por ejemplo, que tú le recomendaste ir a tu clínica privada, donde podrías atenderle mejor.

Tienes muchas dudas respecto a lo que debes hacer, pero decides ir a buscar al supervisor de fisioterapia para comentarle el tema; sin embargo, no obtienes el apoyo que esperabas por su parte; es más, te das cuenta de que va a hacer todo lo posible por contentar a la paciente y que se sienta bien en el hospital (tal y como le han pedido los superiores) y, en lugar de asignarlo otro fisioterapeuta como le solicitaste, te pide que te esfuerces en tratarla mejor.

Tienes que seguir tratando a la paciente. ¿Qué haces?

ETAPA 1

1. Agentes implicados:

- Hospital
- SAIP
- Clara
- Fisioterapeuta
- Supervisor
- Médico rehabilitador

2. Principios y valores:

- Justicia
- Honestidad (veracidad)
- Respeto

3. Situación ética

Nos encontramos ante un distrés moral, aunque podemos destacar dos problemas éticos existentes: con el paciente y con el supervisor.

ETAPA 2

1. Información adicional o hechos importantes:

- Comportamiento irascible de la paciente.
- Vive en Gandía.
- No hay buena relación entre fisioterapeuta y paciente.
- Cuenta mentiras y se inventa historias.
- No hay apoyo del supervisor.
- No le cambian de fisioterapeuta.
- Le dice el supervisor que la trate mejor.

2. Consecuencia de no hacer nada:

- Conservación del trabajo
- Afecta a la propia dignidad del fisioterapeuta
- Afecta a la profesionalidad del fisioterapeuta, ya que pueden llegar a pensar que no es un buen profesional
- Puede causar un estrés laboral al fisioterapeuta

3. ¿El código deontológico dice algo sobre este tema?

- Artículo 12: Todos los ciudadanos tienen derecho a una atención fisioterápica de buena calidad humana y técnica. El fisioterapeuta ha de velar por la preservación de este derecho. Cuando el fisioterapeuta acepta atender a un paciente se compromete a asegurarle la continuidad de los servicios, que podrá suspender si llegara al convencimiento de no existir hacia él la necesaria confianza. Advertirá entonces de ello con la suficiente antelación al paciente o a sus familiares y facilitará que otro fisioterapeuta -al cual transmitirá toda la información necesaria- se haga cargo del paciente.
- Artículo 18: El/la fisioterapeuta ha de disponer de la libertad profesional y de las condiciones técnicas que le permitan actuar con independencia y garantía de calidad. En caso de que no se cumplan esas condiciones deberá de informar de ello al organismo gestor de la asistencia y al paciente.
- Artículo 20: El acto fisioterápico quedará registrado en la correspondiente historia o ficha de fisioterapia. El/la fisioterapeuta tiene el deber, y también el derecho, de redactarla.
- Artículo 23: Los fisioterapeutas deben tratarse entre sí con la debida deferencia, respeto y lealtad, sea cual fuere la relación jerárquica que hubiere entre ellos. Tienen la obligación de defender al colega que es objeto de ataques o denuncias injustas y compartirán con ellos sin ninguna reserva sus conocimientos científicos.

Los fisioterapeutas se abstendrán de criticar despreciativamente las actuaciones

profesionales de sus colegas. Hacerlo en presencia de usuarios, de sus familiares o de terceros es una circunstancia agravante.

- Artículo 25: Es un deber deontológico el que un fisioterapeuta comunique a su Colegio, de forma objetiva y con la debida discreción, las infracciones a las reglas de ética y de competencia profesional de sus colegas.
 - También podemos acudir al comité de ética disponible en cada hospital
4. Posibles cursos de acción:
- Hablar con la paciente para saber si realmente tiene algún problema personal conmigo
 - Hablar con el supervisor y explicarles nuestra verdad para que nos crea
 - No hacer nada y tratar a la paciente con una gran sonrisa y cómo si no hubiese pasado nada.
 - Pedir ayuda al Colegio de Fisioterapeutas.
5. Test de KIDDER.
- Es positivo.

ETAPA 3

Acción correcta: el curso de acción que hemos optado como correcto sería hablar nuevamente con nuestro supervisor para pedirle apoyo, en el caso que este no lo negara siempre podríamos recurrir al colegio de fisioterapeutas. También podemos pedir el testimonio de nuestros compañeros y como última opción hablar con nuestro paciente para saber cuál el realmente el problema que tiene contigo.

Por un lado podemos exigir al supervisor que la cambie de fisioterapeuta ya que es un derecho del paciente poder pedirlo, así como una obligación del centro de realizarlo. También hay que tener en cuenta que analizando el comportamiento de la paciente, parece ser que lo que realmente quiere es cambiarse al hospital de su pueblo para no tener que trasladarse a diario, por este motivo hay que llegar al fondo de la razón para su modo de actuar.

19/04/2011

Hoy era la última clase de estancias 4 (6ª sesión), y cada grupo se ha preparado una situación ética real, normalmente, vivida en alguna de las rotaciones de la asignatura de estancias clínicas de fisioterapia. Un representante de cada grupo ha salido a la tarima a exponer el caso, y a solucionarlo de la manera más ética posible, utilizando el método de resolución de problemas éticos.

El primer grupo en exponer a sido el de beneficencia, cuyo representante era Tomás. El caso trataba de dos estudiantes de la diplomatura de fisioterapia realizando las prácticas correspondientes en el hospital, desafortunadamente, eran desatendidas por sus respectivos tutores, ya que no podían hacer nada porque no se les mandaba o

directamente les decían que no lo hiciesen, es decir, ni aprendían ni practicaban. En una situación concreta, los fisioterapeutas a cargo de las estudiantes de prácticas se iban a almorzar y dejaban solas en el gimnasio a ellas 2 y a un celador, el cual realizaba todo el trabajo del fisioterapeuta mandado por los propios fisioterapeutas, impidiendo que lo hicieran ellas.

En estas dos estudiantes se da una situación de distrés moral, ya que si deciden denunciar esta situación pueden salir perjudicadas a la hora de que sus tutores las valoren. La solución más correcta sería documentarse y hablar primero con el fisioterapeuta de prácticas, haciéndole llegar su descuerdo y que ellas no están ahí para soportar esta situación y luego con el tutor de la asignatura en la universidad, ya que estos tutores cobran por tener estudiantes, por lo tanto, tienen la obligación de tutorizar a los alumnos en prácticas que tengan. También nos encontramos ante un problema ético, porque recordemos que el que esta tratando a los pacientes cuando los fisioterapeutas se van a almorzar, es el celador, el cual no esta autorizado a ello, y por lo tanto, en cierto modo se le esta engañando a los pacientes, porque se les omite la información de que están siendo tratados por un celador.

El segundo grupo en exponer ha sido el nuestro, el grupo de Justicia. Lledó ha sido la representante y ha expuesto el caso de un trato de favor por parte de un fisioterapeuta de un hospital de valencia, hacia algunos pacientes por diferentes motivos, en este caso el trato predilecto se le daba a la mujer de un jefe de traumatología del hospital, en el que el tratamiento se extendía más que al resto de los pacientes con la misma afectación, llegando incluso a desatender a otros pacientes por falta de tiempo.

En la realidad, se dio una situación de silencio por parte del estudiante, pero hemos llegado a la conclusión que la opción más correcta sería armarnos de valor y coraje moral, y denunciar este trato injusto.

A continuación vamos a desarrollar la situación:

Situación ética real: durante las estancias en el hospital, hemos visto en diferentes ocasiones un trato de favor hacia algunos pacientes por diferentes motivos, en este caso el trato predilecto se le daba a la mujer de un jefe jubilado de traumatología del hospital, en el que el tratamiento se extendía más que al resto de los pacientes con la misma afectación, llegando incluso a desatender a otros pacientes por falta de tiempo.

En este caso podemos decir, que el problema ético que se plantea es el quedar bien delante de un exjefe o atender por igual a todos los pacientes.

Podemos decir que el fisioterapeuta está incumpliendo el principio de justicia.

ETAPA 1: reconocer y definir la situación ética:

Anexos

Me encuentro ante un conflicto ético, ya que hay un conflicto entre el principio de beneficencia (hacia los pacientes perjudicados que están recibiendo un tratamiento insuficiente) y justicia (porque no es justo que la mujer del exjefe reciba ese trato, simplemente por ser mujer de quien es y también refiriéndome a la estudiante que ha pagado para que le enseñen y no se le está enseñando).

1. Determinar el alcance de la situación:

Los agentes implicados en el caso son el fisioterapeuta, los pacientes perjudicados, la paciente favorecida y el estudiante.

2. Determinar el proceso a seguir.

El estudiante es consciente de la situación ética que se está dando en el hospital, y sabe que la opción más correcta es denunciar al fisioterapeuta, pero hay barreras externas que le impiden llevar a cabo esta acción, ya que respeta bastante al fisioterapeuta porque le ha tratado en alguna ocasión. Además se enfrenta a que tiene que hacerse cargo ella de los pacientes que no atiende su fisioterapeuta. Por lo tanto podríamos clasificar la situación ética como una **situación de distrés moral**, por una parte porque no se atreve a enfrentarse a su fisioterapeuta, y sufre el temor de hacer algo mal a la hora de tratar, por la falta de supervisión, ya que ella lo que quiere es aprender y para ello necesita a alguien que le corrija.

ETAPA 2

Hay varios artículos del código deontológico que hacen referencia a la situación que se da en el caso:

- **Artículo 12:** Todos los pacientes tienen derecho a una atención fisioterápica de buena calidad humana y técnica.
- **Artículo 9:** La principal lealtad del fisioterapeuta es la que debe a su paciente y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia. En la prestación de sus servicios, el fisioterapeuta no hará ninguna discriminación de personas por razón de nacimiento, raza, edad, sexo...

El estudiante tiene varias opciones; puede optar por el silencio, de modo que seguiría tratando durante más tiempo a la mujer del jefe, el cual estaría contentísimo, y el resto de pacientes seguirían prácticamente desatendidos, de esta manera no solucionaríamos nada, ya que el distrés seguiría presente en el estudiante.

La otra opción sería documentarse y contarle el problema al tutor de prácticas.

El test de Kidder es positivo, ya que se infringen valores profesionales.

ETAPA 3

Como antes hemos dicho, la acción más correcta sería denunciar el problema al tutor de prácticas.

ETAPA 4

En esta etapa pondremos en práctica la decisión tomada.

Aunque haya pasado la mayor parte del tiempo decidiendo que hacer, desde pa posición de estudiante, dedicaré a desarrollar un plan acción. Los resultados de esta plan de acción serán considerados, evaluados y re evaluados, para que en un futuro que se me presente una situación semejante, sepa actuar de mejor forma, saber dónde me he equivocado o elegir las palabras adecuadas para dirigirme al tutor de prácticas y al responsable de la asignatura, para no hacer la situación más incómoda de lo que es ya en sí. También la evaluación me puede indicar que el paso 1 se hizo mal: que no se clasificó bien la situación o no se identificaron bien las barreras para la acción.

Esta etapa, me llevará a la reflexión personal y al crecimiento profesional.

El tercer grupo en exponer, el de la autonomía, plantearon la situación de que se encontraban como estudiantes en el servicio de respiratorio de un hospital, en el cual el tratamiento que se ponía a los pacientes era soplar en las bolsas de diuresis y subir bolas, cosas que esta demostrado científicamente de su ineficacia y que puede llegar a ser perjudicial para los pacientes. Esto planteaba una situación de distrés moral para los estudiantes que sabían de estos pero se veían cohibidos para documentar y enfrentarse ante sus fisioterapeutas que les van a evaluar de que están haciendo una mala praxis de la fisioterapia. También se plantea una situación de silencio, ya que si los estudiantes no dicen nada, están contribuyendo a la mala praxis. La acción más acertada, sería hablar con el fisioterapeuta tutor documentado y con bibliografía que demuestre de la no-beneficencia de las técnicas que se están aplicando.

Por último, el último grupo, el de la no-maleficencia, plantearon la situación de que un fisioterapeuta, atiende mal a un paciente por que simplemente no le ha caído bien, y por lo tanto esta incumpliendo el principio de beneficencia, y por el contrario, los pacientes que le entren por el ojo bueno, entonces, recibirán un trato especial por el. Este hecho hay que denunciarlo, no solo, los compañeros que lo están viendo sino también cualquier persona que se percate de ello, incluyendo estudiantes y otros pacientes.

CONCLUSIÓN:

Anexos

Esta conclusión pertenece a las dos últimas clases, en donde se ha resuelto diferentes situaciones éticas por el método. La conclusión más importante que extraemos es que cualquier situación que se nos pueda presentar el día de mañana trabajando tiene solución ética (y no sólo trabajando, sino también como estudiantes en prácticas). Si no sabes qué hacer, o cómo actuar, utilizas el método y ello te llevará a la resolución de la situación de la forma más ética. La ética se debe enseñar para poder usarla, y por ello la enseñanza de este método en la universidad o mientras estas haciendo las prácticas te ayudará a ser mejor fisioterapeuta y tener personalidad para resolver todas las situaciones éticas, porque no olvidemos que siempre hay un problema ético, a veces es fácil de resolver, pero otras veces no tanto, como hemos podido observar a lo largo de estas semanas en clase.

