

Práctica profesional en fisioterapia y ética profesio- sional

PROFESIONALISMO, DEONTOLOGÍA, TOMA DE
DECISIONES Y RAZONAMIENTO CLÍNICO

Marta Aguilar Rodríguez y Elena Marqués Sulé

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	6
2.	LA ÉTICA PROFESIONAL.....	8
3.	IMPORTANCIA DE LA ÉTICA PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA.....	14
	3.1. La Fisioterapia es una profesión social.....	14
	3.2. Relación fisioterapeuta-paciente. Relación de cuidado.....	15
	3.3. El concepto de salud.....	18
4.	LA FISIOTERAPIA REQUIERE UNA ÉTICA PROFESIONAL PROPIA	20
5.	PRINCIPALES CUESTIONES ÉTICAS EN FISIOTERAPIA	24
	5.1. El consentimiento informado.....	29
	5.2. La veracidad.....	31
	5.3. La confidencialidad y la privacidad.....	33
	5.4. Otras cuestiones éticas en Fisioterapia.....	35
6.	LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL.....	38
	6.1. Responsabilidad ética y legal.....	40
7.	LOS PRINCIPIOS ÉTICOS BÁSICOS	43
	7.1. Beneficencia y no maleficencia	44
	7.2. Autonomía.....	45
	7.3. Justicia	46
	7.4. Los principios éticos profesionales en Fisioterapia	47
8.	ÉTICA Y DEONTOLOGÍA	55
9.	LA TOMA ÉTICA DE DECISIONES.....	57
10.	EL RAZONAMIENTO CLÍNICO Y ÉTICO EN FISIOTERAPIA.....	69
	10.1. Razonamiento clínico	69
	10.1.1. Razonamiento hipotético deductivo	70
	10.1.2. Identificación de patrones	71
	10.1.3. Razonamiento narrativo.....	72
	10.2. Razonamiento ético.....	72
11.	BIBLIOGRAFÍA	77

1. INTRODUCCIÓN

Marta Aguilar Rodríguez y Elena Marqués Sulé

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 nacional¹, 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 intencionadamente 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 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. 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

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).

que recurrir a bibliografía procedente de otras Ciencias de la Salud y Ciencias Sociales y Humanidades.

En el presente libro 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.

2. LA ÉTICA PROFESIONAL

Marta Aguilar Rodríguez y Elena Marqués Sulé

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 come-*

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).

tido: 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 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)



La dimen-

sión *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 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, interdisciplinar 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 socio-económico 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.

3. IMPORTANCIA DE LA ÉTICA PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA

Marta Aguilar Rodríguez y Elena Marqués Sulé

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.

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.

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 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:

⁴ En relación a las características de la relación fisioterapeuta-paciente, 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

- 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.
- 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.

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).

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 la 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 al rol 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 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.

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.

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).

4. LA FISIOTERAPIA REQUIERE UNA ÉTICA PROFESIONAL PROPIA

Marta Aguilar Rodríguez y Elena Marqués Sulé

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 directo, por ejemplo en técnicas como el masaje, la manipulación vertebral o los ejercicios asistidos. Estos en-

cuentros 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

Práctica profesional en fisioterapia y ética profesional

las diferencias de la ética en estas tres profesiones sanitarias, para poder desarrollar los materiales más adecuados para su docencia en Fisioterapia (Purtilo, 1978).

5. PRINCIPALES CUESTIONES ÉTICAS EN FISIOTERAPIA

Marta Aguilar Rodríguez y Elena Marqués Sulé

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)



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

peuta 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 re-

		<p>4) Relación con otros profesionales 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 reurología. En TO, primero en enfermedades mentales, seguido de dificultades en el aprendizaje. Ambos utilizaron los mismos principios éticos.</p>
<p>Geddes <i>et al.</i>, 1999</p>	<p>Proporcionar un texto que trate de las cuestiones éticas más importantes de los fisioterapeutas, mediante grupos</p>	<p>Identificaron los siguientes: consentimiento informado, decir la verdad, privacidad y confidencialidad, no discriminación y respeto por las diferencias</p>

	de discusión (<i>focus groups</i>) con estudiantes, docentes y clínicos.	individuales, tratamientos experimentales, trasplante y donación 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?

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

- ¿Qué información se le debe dar a un paciente respecto a su diagnóstico o pronóstico?
- ¿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.

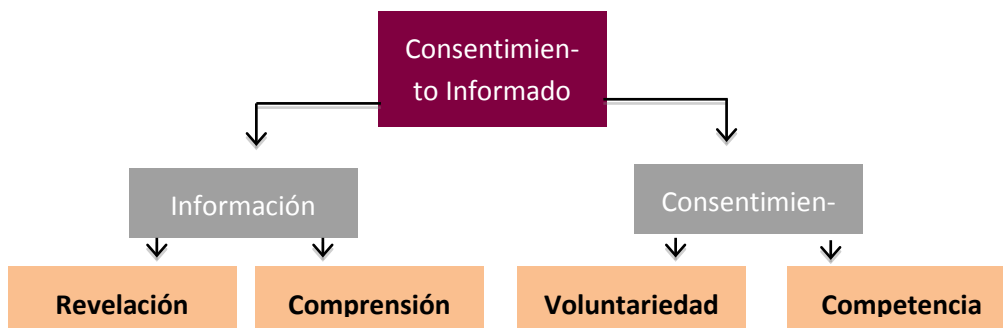
5.1. El consentimiento informado

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).

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 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).



Fuente: French y Sim, 2004

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

⁸ Se hace referencia a los diferentes principios éticos básicos, en el capítulo 7 del presente trabajo.

(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 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.

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).

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?

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 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 reprochable 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.

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 discutir algunas estrategias para que los fisioterapeutas puedan hacerle frente en situaciones en sea éticamente perjudicial para los pacientes	El fisioterapeuta que decide denunciar una irregularidad necesita haber considerado el motivo de su queja con mucho cuidado. Si se ha considerado 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.

Práctica profesional en fisioterapia y ética profesional

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

6. LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

Marta Aguilar Rodríguez y Elena Marqués Sulé

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 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 privada, 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”*.

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:

- 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).

7. LOS PRINCIPIOS ÉTICOS BÁSICOS

Marta Aguilar Rodríguez y Elena Marqués Sulé

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, 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.

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

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.

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”*.

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 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.

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 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 capaci-

dad, 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.

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).

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:

- *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.

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

- 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.
- 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.
 - 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 calificada.

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.

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.
- 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.

8. ÉTICA Y DEONTOLOGÍA

Marta Aguilar Rodríguez y Elena Marqués Sulé

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 trabajo (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.

9. LA TOMA ÉTICA DE DECISIONES

Marta Aguilar Rodríguez y Elena Marqués Sulé

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, enfatizará 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 ten-

dencia 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:

- *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 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

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.

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):

- 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*:

- 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 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.

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.

- *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.*
- **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.*

- *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.

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

- 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?
 - 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 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.

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.

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.

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).

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.

10. EL RAZONAMIENTO CLÍNICO Y ÉTICO EN FISIOTERAPIA

Marta Aguilar Rodríguez y Elena Marqués Sulé

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).

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 puede 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.

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

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).

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).

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 proce-

Los 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.

Edwards *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 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 histo-

¹⁷En 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.

ria 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 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 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.

11. BIBLIOGRAFÍA

- ↪ 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 psicológicos*. Madrid: Aguilar.
- ↪ 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>.
- ↪ 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* (5^a 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 perspective 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.
- ↪ 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.
- ↪ Bruckner, J. (1986). Physical Therapists as double agents: ethical dilemmas of divided loyalties. *Physical Therapy*, 67 (3), 383-387.
- ↪ 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.

- ↪ 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.
- ↪ 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. *Revista de Filosofía Moral y Política* (6), 83-95.
- ↪ 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.
- ↪ 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 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.
- ↪ Edwards, I. (2001). Clinical reasoning in the three different fields of 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. (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*. Barce-

Iona: Ediciones Paidós Ibérica S.A.

- ↪ 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.
- ↪ 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.
- ↪ 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 Threrapy 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 docen-*

te. Madrid: Síntesis.

- ↪ García Sánchez, L. (2006). La relación terapeuta paciente en la práctica fisioterapéutica. *Revista de Ciencias de la Salud*, 4 (1), 33-39.
- ↪ 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. (2005). Three realms of ethics: an integrating map of ethics for the future. En R. Purtilo, G. Jensen, C. Royeen, *Educating for moral 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. Hatzimoysis, *Philosophy and the emotions*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- ↪ González A., López J., Martín G., Martínez G., Moril R., Mula J.M., Nando J., Sanz R., Escámez J. (2011). *El aprendizaje por competencias en la educación obligatoria*. Valencia: Brief.
- ↪ Gracia, D. (2001). La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Medicina Clínica*, 117, 18-23.
- ↪ 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 Physical Therapy Education*, 23 (2), 24-28.
- ↪ 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.
- ↪ Haddad, A. (2005). Applying the scholarship of teaching and learning 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.
- ↪ 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-Heinemann.
- ↪ 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.
- ↪ 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.
- ↪ 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.
- ↪ 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.
- ↪ Kerlinger, F., Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en Ciencias Sociales*. (4ª ed.). México: McGraw-Hill.
- ↪ Kirsch, N. (2008). Ethical Issues and students: Analysis. *PT Magazine of Physical Therapy*, 16, 58-65.
- ↪ 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.
- ↪ Li-Ling, H. (2011). Blended Learning in ethics education: a survey of

nursing students. *Nursing Ethics*, 18 (418).

- ↪ 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., 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.
- ↪ 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.
- ↪ 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.
- ↪ 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-Heinemann.
- ↪ Mostrum, E. (2000). Moral and ethical development in Physical Therapy practice and education: crossing the threshold. *Physical Therapy Education*, 14 (3), 2-3.
- ↪ Nelson, M., Eliastam, M. (1991). Role-playing for teaching ethics in emergency medicine. *American Journal of Emergency Medicine*, 9 (4), 370-374.
- ↪ Nolen, A., Putten, J. (2007). Action research in education: addressing 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.
- ↪ 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.
- ↪ Praestagaard, J., Oresund, C. (2003). Physiotherapists' perceptions of ethics. *Abstracts of the 14th International WCPT Congress*. London: WCPT.
- ↪ 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. (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, FA: Davis.
- ↪ 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.
- ↪ 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 Physical Therapy. *Physical Therapy*, 2 (82), 692-706.
- ↪ Swisher, L. (2005). Environment, professional identity and roles of the ethics educator: an agenda for development af 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.
- ↪ Triezenberg, H. (1996). The identification of ethical issues in Physical Therapy practice. *Physical Therapy*, 76, 1097-1107.
- ↪ Triezenberg, H. (1997). Teaching ethics in Physiotherapy education: a Delphy study. *Journal of Physical Therapy Education*, 59, 1102-1106.
- ↪ Triezenberg, 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.
- ↪ Triezenberg, 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.
- ↪ Tuning Educational Structures in Europe. *Informe final fase I*. (2003). Bilbao: Universidad de Deusto.
- ↪ 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>
- ↪ Viso, J.R. (2010). *Enseñar y aprender por competencias. Vol I: Qué son las competencias*. Madrid: EOS.
- ↪ 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.

