

**PREMIO ANUAL
DE BIOÉTICA
2023**

FUNDACIÓN
DR. JAIME ROCA

3^{er} PREMIO

**DE VIRTUDES, FAMILIAS Y CONTEXTOS:
HACIA UNA CARACTERIZACIÓN DE LA
RELACIÓN KINESIÓLOGO/A PACIENTE
DESDE LA PERSPECTIVA DE
PROFESIONALES DEL PARTIDO
DE LA MATANZA**

Autora: Dra. María Florencia Santi
Co-autores: Mg. Maria Sol Terlizzi,
Lic. Cristian La Rosa y Lic. Fabiana Gianini

TABLA DE CONTENIDOS

Resumen	4
1. Introducción	4
2. Antecedentes generales de la relación médica/o-paciente y marco teórico	7
2.1. Modelos de relación médica/o-paciente	8
2.2. Historia de la relación médica/o paciente	8
2.3. La relación profesional sanitario-paciente en la teoría de los principios	9
2.4. La formación de grado en la relación profesional de la salud-paciente	10
2.5. La relación profesional de la salud-paciente hoy	10
3. Metodología	12
4. Desarrollo	12
4.1 Eje virtudes	13
Antecedentes	
Resultados	
Discusión	
4.2. Eje comunicación	19
Antecedentes	
Resultados	
Discusión	
4.3. Eje problemas éticos	25
Antecedentes	
Resultados	
Discusión	
5. Conclusiones y consideraciones finales	30
6. Bibliografía	32
7. Referencias	33

Resumen

El objetivo de este trabajo es presentar los resultados de una investigación original realizada en Argentina que indaga en la relación kinesióloga/o paciente desde una perspectiva ética. La investigación consistió en la realización de una encuesta que fue confeccionada en el marco de un proyecto de investigación financiado por la Universidad Nacional de La Matanza y dirigido por dos investigadoras y docentes universitarias argentinas. El equipo contó con investigadoras/es formados, en formación y becarios-estudiantes provenientes de diversas disciplinas de la salud, de las ciencias sociales y humanas.

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal, con una muestra no probabilística, con selección intencional. La población estuvo constituida por los profesionales matriculados en el Colegio de Kinesiólogos de la Provincia de Buenos Aires (COKIBA). Se diseñó un cuestionario estructurado que fue distribuido por medios digitales. La encuesta era anónima y autoadministrada e indagaba en cinco ejes. Este trabajo recoge los resultados de tres ejes de la encuesta: relevancia de las virtudes en el ejercicio de la relación kinesióloga/o paciente; comunicación profesional de la salud-paciente y tipos de problemas éticos.

Respecto del eje virtudes el resultado principal que se obtuvo es que todas las virtudes son consideradas como muy importantes o importantes por las/os kinesiólogas/os, siendo la empatía la que mayor adhesión tuvo y la ausencia de autointerés la que recibió respuestas más variadas.

Los resultados obtenidos en el eje de comunicación son de dos tipos. Por un lado, se observa un importante acuerdo entre los/as kinesiólogas/os en cuanto a la importancia de desarrollar diversas habilidades y competencias para lograr una buena comunicación con el/la paciente. Por el otro, no hay un grado de acuerdo tan importante respecto del rol de la familia en este proceso.

En cuanto al eje de problemas éticos, se encontró que son percibidos como más problemáticos los problemas vinculados a la distribución de recursos y los vínculos institucionales que los que dependen del propio profesional.

El presente trabajo está organizado en cuatro secciones. En la Introducción (sección I) se presenta el problema de investigación y los antecedentes principales vinculados a la relación médica/o-paciente. En la sección II se describe la metodología utilizada

y los recaudos éticos. En la sección III, se desarrollan tres ejes de la encuesta de acuerdo con el siguiente formato: antecedentes teóricos del eje planteado; resultados de la encuesta del eje en cuestión y discusión. Finalmente se presentan las conclusiones (sección IV) y se esbozan líneas futuras de debate, investigación y reflexión.

1. Introducción

La relación profesional-paciente es el vínculo que se establece en el encuentro clínico entre un/a profesional de la salud y su paciente cuyo fin primordial es restablecer la salud de este/a, siempre que ello sea posible. Se ha abordado esta relación desde los tiempos de Hipócrates en el siglo V a.C., centrándose especialmente en la toma de decisiones en medicina y en la relación médico/a-paciente, esto es, focalizándose en el profesional de la salud que ejerce la medicina¹.

En cambio, la relación que se establece entre kinesióloga/o¹-paciente no ha sido suficientemente analizada en la literatura sobre el tema²⁻⁶. Asesorar, informar, curar, cuidar, rehabilitar, prevenir, paliar el dolor son algunos de los resultados esperables de la relación kinesióloga/o-paciente. Ahora bien, ¿presenta características particulares esta relación? ¿En qué se asemeja y en qué se distingue del vínculo que se establece entre otras/os profesionales de la salud y sus pacientes, tales como médicas/os y enfermeras/os? Desde un punto de vista ético ¿requiere del desarrollo de virtudes especiales por parte del/de la kinesiólogo/a? ¿Es necesario contar con habilidades y competencias especiales para garantizar la comunicación con el/la paciente? ¿Qué rol juega la familia en esto, es importante involucrarla o eso implica avasallar la autonomía del/de la paciente? ¿Cómo influyen las dinámicas de trabajo, las prácticas institucionales y la disponibilidad de recursos en el reconocimiento de cuestiones éticas?

Un primer antecedente en el abordaje de cuestiones éticas vinculadas a la kinesióloga es la labor realizada por Ruth Purtilo en la década de 1970². Fue la primera autora en centrar la atención en la naturaleza única de las cuestiones éticas de las/os kinesiólogas/os (physical therapists), señalando la necesidad de determinar los problemas éticos que se generan en el ejercicio de dicha profesión^{2,4}. Unos años más tarde, en 1980, Guccione realiza una encuesta sobre cuestiones

éticas en la práctica de la kinesiología cuyos resultados indicaron poco avance en esta área de estudio⁷. En las décadas de 1980 y 1990 todavía había muy pocos artículos que abordaran cuestiones éticas en kinesiología⁸.

Una referencia ineludible en esta temática es la investigación realizada por Laura Lee Swisher, quien compiló y sistematizó los trabajos académicos que abordaron cuestiones éticas en kinesiología entre los años 1970-2000 con el fin de desarrollar un modelo que describiera esta evolución⁴.

Siguiendo esta línea, diversas/os autoras/es continuaron abordando cuestiones éticas en kinesiología desde el año 2000 en adelante. Desde entonces, como se observará con mayor profundidad en los próximos apartados, se ha continuado este abordaje de aspectos éticos relacionados con el ejercicio de la kinesiología, sobre todo en Estados Unidos, Canadá, Dinamarca, Grecia y España^{4,9-21}.

En Latinoamérica, en cambio, ha habido un abordaje menor de cuestiones éticas en kinesiología. No obstante, se destacan varios artículos y documentos que trabajan en temas vinculados a la ética, la bioética y la kinesiología. Entre ellos, cabe destacar diversas investigaciones realizadas sobre empatía en estudiantes de kinesiología de universidades chilenas que utilizan la escala de Empatía Médica de Jefferson en una versión adaptada²²⁻²⁴. Asimismo, Torres Narváez, Muñoz Fernández y Perafán González abordan las cuestiones éticas y bioéticas en fisioterapia en Colombia desde una mirada histórica^{25,26}. En Colombia también Moscoso Herrera realizó una investigación cualitativa sobre toma de decisiones en fisioterapia²⁷. Por su parte, Ricci Fuentes, San Martín Ramírez y Robinovich Benadof et al. plantean la importancia de la ética profesional y la formación en ética de las/os estudiantes de kinesiología^{5,28}. En Argentina, se han abordado cuestiones bioéticas vinculadas al comienzo de la vida en pacientes pediátricos, en especial neonatos²⁹. Y recientemente se presentó una tesina que indaga en torno al entendimiento de las/os estudiantes de kinesiología sobre cuestiones de ética profesional y derechos del paciente³⁰. Finalmente, Ladeira y Koifman llevaron a cabo un estudio en Brasil en el que analizan la formación en valores y aspectos humanísticos en la carrera de fisioterapia e investigan la percepción de profesoras/es y estudiantes sobre los problemas éticos relacionados con la práctica profesional³¹.

Una constante en la literatura sobre ética y kinesiología es la necesidad de una mayor formación en el área de la bioética de las/os estudiantes de kinesiología

y la actualización permanente de profesionales para poder abordar conflictos éticos frecuentes que se dan en el ámbito de esta disciplina, tanto en la clínica como en la investigación. Esto coincide con lo planteado en otras profesiones de salud donde se propone la educación permanente y se destaca la importancia de la educación en bioética³².

Actualmente la kinesiología abarca cuatro ámbitos: clínico, investigación, docencia y gestión²⁰. Los problemas y dilemas éticos pueden emerger en cualquiera de estos ámbitos e incluso ser fruto del conflicto entre ámbitos diferentes como se analizará en la sección dedicada a los problemas éticos (apartado 3.4).

Las/os profesionales dedicadas/os a la kinesiología lograron con esfuerzo un lugar destacado, propio y autónomo en el equipo de salud a nivel global y local¹¹ y se ganaron el reconocimiento social de su labor, clave en la reciente pandemia de covid-19. Explorar la particularidad de este vínculo entre kinesiólogas/os y pacientes desde un punto de vista ético es parte de ese reconocimiento de la kinesiología como disciplina y del/la kinesiólogo/a como profesional autónomo, capaz de reflexionar sobre su propia práctica. Cada disciplina dedicada a la salud presenta puntos en común pero así también singularidades que creemos que deben ser investigadas en sus vínculos con las/os pacientes, y con las instituciones de salud que las/os albergan. La relación kinesiólogo/a paciente en muchas de las especialidades es un vínculo que se establece por un tiempo prolongado, de años en ocasiones, que implica un contacto físico único y que conlleva el establecimiento de metas y compromisos mutuos para lograr el objetivo terapéutico establecido. El/la kinesiólogo/a es un/a profesional que no solo nutre su mente de saberes sino que prepara su cuerpo ... sus manos para poder atender a sus pacientes.

Teniendo en cuenta esta vacancia en el abordaje del tema y la relevancia de indagar al interior de este vínculo entre kinesiólogas/os-pacientes se buscó describir esta relación y destacar sus particularidades. Con este fin se confeccionó un instrumento especialmente diseñado para indagar al interior de esta relación. El instrumento fue creado en el marco de un proyecto de investigación¹¹ financiado por una Universidad Nacional de Argentina cuyo equipo estuvo constituido por profesionales de la salud y de las ciencias humanas y sociales, entre ellas/os: 3 kinesiólogas/os, 1 fonoaudióloga, 2 bioeticistas y 1 metodólogo. El equipo de investigación incluía 2 estudiantes de kinesiología y 1 joven kinesiólogo recientemente graduado, quienes se iniciaron en la labor investigativa en el marco de

dicho proyecto.

Una vez confeccionado el instrumento, se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal, con una muestra no probabilística, con selección intencional. La población estuvo constituida por los profesionales matriculados en el Colegio de Kinesiólogos de la Provincia de Buenos Aires (COKIBA^{IV}). El cuestionario era estructurado y fue distribuido por medios digitales. La recolección de datos se realizó entre diciembre de 2021 y abril de 2022. La encuesta era anónima y autoadministrada e indagaba en cinco ejes:

Eje 1: Relevancia de las virtudes.

Eje 2: Comunicación (dimensiones: Habilidades y competencias en la comunicación; Comunicación con la familia; Comunicación en la alianza terapéutica; Comunicación en el efecto nocebo).

Eje 3: Uso y evaluación de tecnologías aplicadas a la salud (dimensiones: Uso de la teleasistencia; Evaluación de la teleasistencia; Uso de las apps de salud; Evaluación de las apps de salud).

Eje 4: Límites en el ejercicio profesional (dimensiones: Respeto de los límites en el ejercicio profesional; Influencia de límites en el vínculo kinesiólogo/a-paciente).

Eje 5: Tipos de problemas éticos (Problemas éticos vinculados a la atención del paciente y Problemas éticos vinculados a las dinámicas de trabajo y a la disponibilidad de recursos. Para ambas dimensiones se indagó el grado de frecuencia y de conflictividad que presentan).

Este trabajo recoge los resultados de los ejes 1, 2 (parcial) y 5 de dicha encuesta: el de la relevancia de las virtudes, el de la comunicación (en dos de sus cuatro dimensiones) y el de los problemas éticos. Esto se debe a dos cuestiones principales: en estos ejes se abordan los aspectos éticos centrales en kinesiología que consideramos son los más relevantes para la presente convocatoria. Los otros ejes o dimensiones de la encuesta se vinculan con otras disciplinas como el derecho y las tecnologías de la información y la comunicación o son muy específicos de la práctica kinésica, cuyos resultados serán presentados para su publicación en revistas especializadas. La segunda razón es de espacio. Analizar todos los ejes superaría los límites establecidos para este trabajo.

La motivación principal de esta investigación surge del mismo ejercicio de enseñanza de la bioética y ética profesional a estudiantes de kinesiología de dos

dicho proyecto.

Una vez confeccionado el instrumento, se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal, con una muestra no probabilística, con selección intencional. La población estuvo constituida por los profesionales matriculados en el Colegio de Kinesiólogos de la Provincia de la información y la comunicación o son muy específicos de la práctica kinésica, cuyos resultados serán presentados para su publicación en revistas especializadas. La segunda razón es de espacio. Analizar todos los ejes superaría los límites establecidos para este trabajo.

La motivación principal de esta investigación surge del mismo ejercicio de enseñanza de la bioética y ética profesional a estudiantes de kinesiología de dos Universidades nacionales: Universidad Nacional de La Matanza y Universidad Nacional de Entre Ríos. La literatura sobre relación profesional-paciente se centra casi exclusivamente en el médico/a-paciente o enfermero/a paciente. Si bien, y como parte de la enseñanza, se intenta caracterizar y buscar particularidades en conjunto con las/os estudiantes de la relación kinesiólogo/a-paciente, una investigación sistemática y rigurosa sobre esto resultaba imprescindible.

Adicionalmente, se buscó promover la investigación en kinesiología, una disciplina en cuyo seno predomina el ejercicio profesional por encima de las actividades de investigación.

En tal sentido, este trabajo constituye un aporte tanto para el campo de la bioética como para el de la kinesiología en varios aspectos. Por un lado, avanza en la caracterización de una relación que es poco explorada en ambos campos de estudio. Por otro lado, contribuye con datos empíricos con la caracterización de la relación específica que se da entre el kinesiólogo/a y su paciente. La investigación basada en datos permite informar el debate sobre un tema y ser un insumo tanto para la discusión como para el diseño de políticas públicas. Además, lo hace desde una perspectiva local, indagando en el vínculo que se da en nuestro contexto y con nuestras realidades. Finalmente, aunque la muestra es pequeña y, como toda investigación, tiene limitaciones, se constituye en el germen de una nueva línea de investigación en el área de bioética y kinesiología, que podría tomar como punto de partida el instrumento desarrollado para esta investigación y replicarlo en otros contextos.

2. Antecedentes generales de la relación médica/o-paciente y marco teórico

La relación médica/o-paciente, paradigma de la relación profesional de la salud-paciente, es una relación que sufrió modificaciones a lo largo del tiempo. Uno de los cambios claves se dio en torno al respeto por la autonomía del/de la paciente. Anteriormente, la beneficencia estaba por encima de todo, es decir, predominaba el paternalismo. Esta preeminencia del paternalismo se basaba en el supuesto conocimiento y experiencia del/de la profesional, la falta de racionalidad y objetividad del/de la paciente y la imagen del/de la médico/a como desinteresado/a y altruista y del/de la paciente como un ser dependiente³³. Sin embargo, en la década de 1960 se produjeron cambios sociales vinculados a la reivindicación de derechos de minorías, y una década después se consolidó la bioética como disciplina. Ambos hechos, entre otros, conllevaron un cambio en la percepción de la relación médica/o-paciente. En un primer momento emerge en primera plana la autonomía de las/os pacientes y la importancia de la toma de decisiones del/ de la paciente en primera persona. El reconocimiento de la autonomía de las/os pacientes fue celebrado desde un punto de vista ético aunque rápidamente comenzaron a aparecer críticas a este punto de vista prometedor pero alejado de la realidad social, económica, cultural y de género de muchas personas³³.

Una de las críticas más sólidas provino de la bioética feminista, quienes plantearon que el debate autonomía-paternalismo se concentra demasiado en quién tiene el control, ignorando lo realmente significativo: cómo fortalecer la capacidad de acción moral del/ de la paciente, cómo ayudarlo/a a tomar decisiones. Desde el feminismo se resaltan las diferencias de género, raza, etnia, edad que influyen en la relación profesional de la salud-paciente. En segundo lugar, se criticó la noción clásica de autonomía, proponiendo a cambio el concepto de autonomía relacional. Y finalmente, se cuestionó el énfasis en nociones como la del poder del/de la médico/a argumentando que es una instancia ilustrativa de las muchas desigualdades existentes en el orden social. La noción clave, señalaban, no es la de autonomía sino la de empoderamiento³³.

Los cambios que emergen en la relación profesional de la salud-paciente se tradujeron en un cambio en la terminología utilizada para caracterizar dicha relación: "la terminología ha ido variando y de *relación médico-enfermo* se pasó a *relación médico-paciente* (el paciente no siempre está enfermo), *relación terapéutica* (el paciente debería salir siempre de la entrevista mejor de lo que estaba, aunque haya ido para un examen periódico de salud, un certificado, etc.), *relación asistencial*..."³⁴. Como puede observarse, se corre el foco de la enfermedad hacia el/ la paciente como sujeto y de una relación que ponía el foco en el/la profesional a otra donde se valoriza a ambas partes de la relación y cuyo horizonte es la asistencia.

Al mismo tiempo, se comienza a percibir la importancia de esta relación en momentos específicos de la vida de los y las pacientes, muchos de los cuales están en estado de vulnerabilidad. Personas que han sufrido un accidente que los ha dejado postrados por meses, individuos que atraviesan enfermedades avanzadas, o adultos mayores cuyos movimientos no son los de antes requieren de una atención especial por parte de las/os profesionales de la salud: "sin duda la relación cobra más importancia en las enfermedades crónicas, las discapacidades y la rehabilitación, las enfermedades terminales"³⁴. En todos estos casos, una buena relación entre el/la profesional y el/la paciente es fundamental para mitigar el sufrimiento del/de la paciente, para mejorar la adherencia al tratamiento y obtener mejores resultados a largo plazo.

De hecho, la caracterización actual de la relación médica/o paciente tiene muy en cuenta este último aspecto: "la relación médico paciente es un proceso interpersonal, intersubjetivo y que enfrenta en una relación dinámica al paciente que se reconoce por lo menos socialmente como tal, con el médico a quien también se reconoce como tal (...). El núcleo del acto médico es, para esta visión, el encuentro interhumano, que si se da bien (de manera sólida, empática, de confianza mutua y dialógica) va a permitir la instalación progresiva de la relación, la fijación de metas y su cumplimiento, a través de la constitución de una alianza terapéutica"³⁴. Como puede observarse, el componente intersubjetivo de esta relación es fundamental. No hay vínculo sin una participación activa de ambas partes de la diada. Sin embargo, no puede soslayarse que hay una asimetría entre ambos porque el profesional es quien detecta el saber técnico mientras que el o la paciente necesita del médico/a y su situación de enfermedad lo torna vulnerable.

El abordaje de la relación médica/o-paciente se ha ampliado y enriquecido enormemente en la actualidad y dicho vínculo se puede analizar desde múltiples lugares. A continuación se presentan algunos ejes de análisis: en primer lugar, se exponen los modelos médico-paciente propuestos por Veatch. En segundo lugar, se presentan las etapas de la medicina propuestas por Siegler. En tercer lugar, la perspectiva de los principios éticos en salud. Luego, se focaliza en la formación de grado en la relación profesional de la salud-paciente. Finalmente, se realiza un análisis de la relación profesional de la salud-paciente desde la actualidad.

2.1. Modelos de relación médica/o-paciente

La relación médico-paciente ha sido caracterizada por Robert Veatch en un texto fundamental "Modelos para una medicina ética en una época revolucionaria" de 1973. Como toda construcción modélica, supone una caracterización formalizada de relaciones que se dan en la realidad. En tal sentido, en la práctica ninguno de estos modelos se da de manera pura y aislada, es más frecuente encontrar yuxtaposiciones o combinaciones de modelos.

El autor presenta cuatro modelos de relación médico-paciente:

1. Modelo hipocrático o sacerdotal.

Se trata de una relación caracterizada por la presencia de un médico que actúa como un sacerdote; en donde habita una estructura jerárquica y asiste el misterio inherente a la desigualdad de conocimiento. El médico traslada su conocimiento del aspecto técnico al moral. El principio ético que lo sustenta es el de la beneficencia y el de no maleficencia. Impera aquí el paternalismo. Este modelo es rechazado por Veatch porque presupone una noción de beneficencia cuestionable, supone una abdicación moral del paciente y porque existen otras reglas morales importantes como la dignidad, la libertad.

2. Modelo ingenieril.

En este modelo el médico actúa como un experto técnico que presenta los hechos sin emitir juicios de valor. Es el paciente el que debe decidir ante los hechos presentados. El principio de beneficencia es un principio más que puede ser superado por otros. Veatch lo rechaza porque es imposible librarse de valores y, aun cuando fuera posible, supone una abdicación moral del médico, el cual sería un mero "plomero" [sic] haciendo reparaciones.

4. Modelo contractual.

Este es el modelo del autor. Es un punto intermedio entre el contractual y la realidad de la atención sanitaria. Permite compartir responsabilidades preservando la dignidad moral de ambos. Médico y paciente son agentes morales libres que participan en la toma de decisiones. El médico desde lo técnico, el paciente en lo que respecta a las decisiones que involucran sus valores personales. Las normas de veracidad, libertad y dignidad son básicas aquí. La fe y la confianza son esenciales, aunque se reconoce que no hay igualdad de intereses.

Este modelo ha sufrido varias objeciones, la principal señala que no es cierto que exista un "contrato" entre médico y paciente como parecería inducir su nombre y el lenguaje de tipo legal resulta inapropiado ya que oculta lo moralmente significativo en este vínculo, como el cuidado.

A raíz de estos problemas, Linda y Emanuel Ezequiel³⁵ proponen una nueva forma de entender la relación médico-paciente que supere la díada paternalismo-autonomía y que analice otros aspectos relevantes de la relación como el rol que juegan los valores del paciente, el concepto de autonomía involucrado, y el rol y las obligaciones del médico. Proponen dos modelos adicionales: el interpretativo y el deliberativo.

En el modelo interpretativo los valores del paciente, en lo que respecta al cuidado de su salud, no son del todo claros y pueden entrar en conflicto. El médico actúa como el intérprete y consejero de este, brindándole la información necesaria para ayudarlo a clarificar sus valores. El concepto de autonomía presente aquí es el de la capacidad de autocomprensión. La crítica más importante a este modelo es que no es posible separar la interpretación de la imposición de valores.

En el modelo deliberativo el rol del médico es ayudar al paciente a elegir los valores óptimos en el cuidado de su salud. En este caso el médico es un amigo o maestro cuya obligación es brindar información, interpretar los valores y sugerir a cuáles de ellos se puede aspirar en una determinada situación. El concepto de autonomía implicado aquí es el de autodesarrollo moral.

2.2. Historia de la relación médica/o paciente

Siegler, recogiendo los pensamientos de Lain Entralgo, describe la relación entre el médico y el enfermo de una forma particular: la concibe como una relación de amistad (philia) médica:

“En cuanto el hombre es naturaleza y la salud un hábito psicossomático de esa naturaleza suya (...), la relación médica debe ser algo más que simple camaradería, debe consistir en amistad. (...) el buen médico ha sido siempre amigo del enfermo, de cada enfermo. Por encima de toda barrera psicológica o social, el enfermo, a su vez, tiende a ser y es con frecuencia verdadero amigo del médico”³⁶.

Con esta definición en mente el autor divide la historia de la relación médico-paciente en cuatro etapas de la medicina:

1) La edad del paternalismo médico

(“la edad del médico”);

2) La edad de la de la autonomía

(“la edad del paciente”);

3) La edad de la burocracia médica

(“la edad del financiador”), y

4) La edad de la toma de decisiones compartida por el médico y el paciente³⁶.

La edad del paternalismo (también llamada del médico) se prolongó desde el siglo VI a la década de 1960. Simboliza la tendencia autoritaria y sacerdotal de la medicina, la toma de decisiones por parte del médico en beneficio de un paciente dependiente. En esta etapa el médico ofrecía información, ayuda psicológica y alivio sintomático³⁶.

En la segunda época (de 1945 al presente), también conocida como la edad del paciente, el foco es la comprensión de la enfermedad y el desarrollo de terapias médicas y quirúrgicas extraordinarias. Fue una etapa que favoreció el tratamiento por encima de la prevención, la sanación por encima del cuidado. Pasa a ser primordial el consentimiento informado. El médico brinda la información sin intentar influir en las decisiones del paciente³⁶.

La tercera época, la edad de la burocracia (o “del financiador”), irrumpió hace unos treinta o cuarenta años, cuando otras organizaciones, a menudo públicas, comenzaron a sufragar los gastos sanitarios. En ella los médicos deben dividir sus lealtades y atender a las exigencias de eficiencia y justicia social por parte de la sociedad, y de atención personal por parte de sus pacientes. A diferencia de las dos etapas anteriores, los deseos de pacientes y médicos se someten cada vez más a los deseos de administradores y burócratas³⁶.

La edad de la toma de decisiones compartida por el médico y el paciente se basa en un modelo

desarrollado por el mismo Siegler a comienzos de la década de 1980 denominado “acuerdo entre médico y paciente”. En este modelo la toma de decisiones es compartida, se basa en la comunicación, la discusión y la negociación entre el médico y el paciente. Señala Siegler:

“El modelo de acuerdo entre médico y paciente se centra en el proceso mediante el cual este médico y estos pacientes, en estas circunstancias, negocian esta relación médico-paciente comprometida con la consecución de estas metas”³⁶.

Se lo denomina también como atención centrada en el paciente, toma de decisiones participativa, toma de decisiones sensible a las preferencias, medicina colaborativa y modelo de autonomía avanzada³⁶.

Este autor señala que los estudios empíricos han puesto de manifiesto que la toma de decisiones compartida entre pacientes y médicos repercute en mejoras en la atención de los pacientes en cada uno de los siguientes aspectos: los pacientes tienen una mayor confianza en sus médicos; cumplen mejor los tratamientos que han acordado con ellos; los médicos y los pacientes adoptan decisiones adecuadas desde el punto de vista económico; los pacientes se sienten más satisfechos con la atención recibida y presentan mejores resultados en diversas enfermedades crónicas, como hipertensión, diabetes, úlcera péptica y artritis reumatoide³⁶.

Finalmente, el autor se pregunta: ¿sobrevivirá la relación médico-paciente? Y responde que sí, por tres motivos: la medicina atiende una necesidad humana universal e inalterable; tienen el objetivo fundamental e inalterable de ayudar a los pacientes y la mayor parte de la ayuda médica se procura durante el encuentro directo entre médico y paciente, en el seno de la relación médico-paciente³⁶.

2.3. La relación profesional sanitario-paciente en la teoría de los principios

Otra referencia en materia de ética y asistencia sanitaria es la teoría de los principios publicada bajo el título: *Principios de ética biomédica*. Esta teoría fue desarrollada a fines de la década del 1970 por dos bioeticistas norteamericanos: Tom Beauchamp y James Childress. Su objetivo es mostrar cómo la teoría ética puede ayudar en los problemas que se suscitan en la asistencia sanitaria. Los autores se proponen ofrecer un marco de referencia para los juicios morales y la toma de decisiones en la atención de la salud.

“La ética médica [señalan los autores] gozó de un considerable grado de continuidad desde los días de Hipócrates hasta que sus sólidas tradiciones empezaron a ser sustituidas, o al menos suplementadas, a mediados del siglo XX. El desarrollo científico, tecnológico y social de este último período produjo grandes cambios en las ciencias biológicas y en la asistencia sanitaria. Este desarrollo puso a prueba muchos de los conceptos prevalentes sobre las obligaciones morales de los profesionales sanitarios y de la sociedad ante las necesidades de los enfermos y heridos”³⁷.

Su teoría está compuesta por cuatro principios éticos *prima facie*: el respeto a la autonomía, la no maleficencia, la beneficencia y la justicia. Estos principios a su vez se especifican en reglas morales como decir la verdad, prevenir daños, respetar la intimidad, etc. Si los principios éticos o reglas señalados entran en conflicto entre sí en el ejercicio de las profesiones sanitarias se evalúan las características particulares del caso en cuestión con el fin de determinar cuál tiene mayor peso y se actúa, si se adhiere a esta teoría, en base a dicha evaluación.

Esta obra ha recibido mucha aceptación pero no obstante ha recibido numerosas y fundadas críticas. Una de las críticas principales la realizaron Gert y Clouser, quienes plantean que los principios son meras listas de chequeo y que no corporizan una teoría. Así también señalan que el vínculo entre los principios no es claro. En tercer lugar, cuestionan que la teoría no brinde orientaciones claras para la acción. Finalmente, agregan que el hecho de que existan principios en conflicto resulta equivalente a contar con teorías en conflicto haciendo compleja su aplicación en la práctica ³³⁻³⁸.

El contenido de la obra *Principios de ética biomédica* se ha ido actualizando en las diversas ediciones y ha receptado algunas de las críticas recibidas.

Entre los temas abordados en esta obra se encuentra la *relación profesional sanitario paciente* (así es como la denominan), que es caracterizada por diversas obligaciones por parte de las y los profesionales de la salud: la veracidad, intimidad, confidencialidad y fidelidad. Estas obligaciones, señalan los autores, no son absolutas y deben ser ponderadas a la luz de otras obligaciones morales en conflicto. Asimismo, destacan el rol primordial que deben cumplir los rasgos de carácter y las virtudes en la formación y en el ejercicio de las profesiones sanitarias.

2.4. La formación de grado en la relación profesional de la salud-paciente

Buena parte de lo que hace a la relación médica/o paciente se aprende con la práctica, la experiencia y el tiempo. Pero otra buena parte nace o se desarrolla en las aulas, cuando el futuro profesional de la salud es aún un/a estudiante. En esos momentos, el acercamiento a los conceptos, temas y problemas éticos ofrece un espacio de reflexión -individual y colectiva- que contribuirá a la formación integral del/la profesional: “la formación para el ejercicio profesional es por naturaleza, una actividad moral, en el sentido de no ser solo un ejercicio técnico, sino una práctica donde los aspectos cognoscitivos, morales y habilidades prácticas se fusionan ineludiblemente. Esto fundamenta incluir en el currículum de la formación universitaria una formación ética”³⁹.

En la misma línea se inscriben algunos aportes de la bioética de la virtud. Para algunos autores, como Pellegrino, además de respetar las reglas legales y morales, el/la profesional de la salud debe cultivar virtudes especiales como la empatía, la prudencia y la ausencia de autointerés⁴⁰. Esta perspectiva se tradujo en el movimiento de profesionalismo médico en la educación que considera que la visión tradicional es deficiente para ayudar al/a la paciente a lidiar con la pérdida de su salud. Por ello es necesario formar desde el comienzo a los futuras/os médicas/os para que adquieran capacidades interpersonales bien desarrolladas. El objetivo es formar médicas/os virtuosas/os a través del contacto con las humanidades (artes, filosofía, etc.). Si bien este enfoque se limita al ejercicio de la medicina y la enfermería, en menor medida, es en principio extensible a otras profesiones sanitarias como la kinesiología.

2.5. La relación profesional de la salud-paciente hoy

Aunque esta relación existe desde hace siglos, está sujeta a modificaciones, a raíz de cambios sociales y culturales. En las últimas décadas, las sociedades son cada vez más multiculturales, y ha habido modificaciones profundas en muchos ámbitos, incluido el de las identidades de género. En este contexto, algunas/os autoras/es como Salles destacan que, debido a la diversidad cultural de nuestras sociedades, una atención adecuada de la salud requiere del desarrollo de sensibilidad cultural por parte de las/os profesionales de la salud: reconocer que existen tradiciones múltiples y respetarlas, y reconocer que la medicina misma está inmersa en una cultura determinada³³.

La adquisición de competencias culturales adecuadas permite al profesional de la salud comprender el contexto del paciente y poder brindarle una atención acorde a sus expectativas. Esto mismo es reconocido en el ámbito de los derechos humanos, especialmente en el derecho a la salud: entre otros elementos, la atención sanitaria debe ser aceptable desde el punto de vista cultural⁴¹.

De acuerdo con esto, la sensibilidad cultural no es meramente un elemento deseable que desarrollar por las/os profesionales de la salud sino más bien una obligación moral de las profesiones sanitarias en la etapa actual. Esto es, las/os kinesiólogos/as –como cualquier otra/o profesional sanitario– tienen que hacer esfuerzos por comprender y respetar la diversidad cultural, y las instituciones y estados generar instancias de formación y sensibilidad acordes a ello^V.

Al mismo tiempo, en muchas de las sociedades del siglo XXI la situación económica del país en el que se desarrolla hace que las condiciones laborales de los/as trabajadores/as sean precarias, y tengan que tener dos, tres y a veces más empleos para llevar una vida digna, incluso entre profesionales de la salud. Asimismo, el propio estado y las instituciones de salud carecen de recursos básicos o tienen grandes dificultades para atender las demandas de salud de todas las personas. Todo ello tiene un impacto importante en la relación profesional-paciente, haciendo que deban tenerse en cuenta otros actores por fuera de la díada: institución para la que se trabaja, sociedad y estado, familia del paciente, familia del/de la médico/a, otras/os pacientes, etc. Surgen así conflictos de obligaciones en las/os profesionales de la salud que tienen que lidiar con las obligaciones hacia sus pacientes, pero también hacia la institución para la que trabaja, otras/os pacientes, su propia familia y la sociedad toda^{14,33,36}.

Por último, la comunicación en la relación profesional de la salud-paciente también se vio modificada a partir del uso masivo de internet y, en los últimos años, a raíz de la telemedicina, en especial durante la pandemia de covid-19^{VI}.

A pesar de todos los avances en tecnologías de la información y la comunicación, es de destacar que el/la profesional de la salud sigue estando en el primer lugar a la hora de brindar información sobre salud. La búsqueda de información y la comunicación son los dos grandes usos de internet. La búsqueda de información relacionadas con la salud y la enfermedad se sitúan en una de las posiciones principales. Un estudio en España mostró que los usuarios buscaban

información sobre temas de nutrición y problemas alimentarios (45%); estar en forma y ejercicio físico (43%); tratamientos alternativos (28%); seguros médicos (26%); productos médicos o de salud: gafas, audífonos, muletas, prótesis (22%). Un 47% consultaba recursos de asociaciones de pacientes y grupos de apoyo emocional. Un dato importante: aunque el número de personas que buscaba información en internet era alto, solo el 10/12% intentaba tratarse o autodiagnosticarse con esta información. Esto significa que el/la usuario/a busca información en internet pero no sustituye con esto al/a la profesional médico. El/la profesional de la salud sigue siendo la fuente elegida para brindar información sobre salud⁴².

Las/os autores señalan que se han redefinido las relaciones de confianza en cuestiones de salud: el/la paciente busca información en internet y si da la ocasión la debate con su médico/a. Esto tiene claras implicancias en la relación médica/o paciente. Las/os profesionales más paternalistas temen perder esa ventaja con sus pacientes. Las/os médicos, que buscan constantemente información en internet sobre salud, no recomiendan en general a sus pacientes que hagan lo mismo. Algunos argumentan que el/la paciente, al no contar con la experticia médica, no está capacitada/o para distinguir entre información útil, rigurosa y objetiva de aquella que puede ser errónea, dañina o engañosa. Esto se vincula con la capacidad de discriminación de las fuentes de información. La libertad de elección que plantea la red para buscar información está determinada, no obstante, por varios factores. Puede haber alguna restricción de acceso a la red. Otros factores que determinan esta búsqueda es la “cultura digital” de quien busca, el lugar de origen, el nivel académico, etc.

Este recorrido por la medicina y la relación profesional de la salud-paciente no ha intentado ser exhaustivo sino que se ha buscado reflejar los puntos más salientes en torno a dicha relación: modelos médica/o-paciente; etapas de la medicina; principios éticos en salud; formación de las/os profesionales y relación profesional de la salud-paciente desde la actualidad.

El abordaje en kinesiólogía, como se mostró, es sustancialmente menor aunque significativo y prometedor. Esto fundamenta y justifica la relevancia de profundizar en este vínculo.

3. Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal, con una muestra no probabilística, con selección intencional. La población estuvo constituida por los profesionales matriculados en el Colegio de Kinesiólogos de la Provincia de Buenos Aires (COKIBA) y la muestra estuvo compuesta por 53 kinesiólogos/as sobre un universo de 233 profesionales.

Criterios de inclusión: Licenciados en Kinesiología (o en Kinesiología y Fisiatría) que ejerzan en el ámbito privado y/o público del partido de La Matanza matriculados en COKIBA. Con una experiencia mayor o igual a 3 años.

Criterios de exclusión: Licenciados en Kinesiología (o en Kinesiología y Fisiatría) que no estén matriculados en COKIBA; que estén matriculados en COKIBA y no pertenezcan al partido de La Matanza; que estén matriculados en COKIBA y pertenezcan al partido de la Matanza con una experiencia menor a 3 años.

Para la recolección de datos se diseñó un cuestionario estructurado tomando como referencia los instrumentos validados sobre la relación médico paciente descritos en Eveleigh et al.⁴³. La encuesta "Caracterización de la relación kinesiólogo-paciente desde una perspectiva ética" fue realizada con Google Forms, validada por un grupo de expertos^{VII}, distribuida a través del Colegio de Kinesiólogos de la Provincia de Buenos Aires; y enviada además a docentes de la carrera de Kinesiología y Fisiatría de la Universidad Nacional de La Matanza vía email y WhatsApp. La encuesta era anónima y autoadministrada y la recolección de datos se realizó entre el 13 de diciembre de 2021 y el 27 de abril de 2022.

A través del cuestionario se relevaron las siguientes variables:

- Socio demográficas: edad, género autopercebido, área de trabajo, lugar de trabajo, ámbito, antigüedad, formación en bioética, formación en TIC (tecnologías de la información y las comunicaciones).
- Relevancia de las virtudes.
- Comunicación (dimensiones: Habilidades y competencias en la comunicación; Comunicación con la familia; Comunicación en la alianza terapéutica; Comunicación en el efecto nocebo).
- Uso y evaluación de tecnologías aplicadas a la

salud (dimensiones: Uso de la teleasistencia; Evaluación de la teleasistencia; Uso de las apps de salud; Evaluación de las apps de salud).

- Límites en el ejercicio profesional (dimensiones: Respeto de los límites en el ejercicio profesional; Influencia de límites en el vínculo kinesiólogo-paciente).
- Tipos de problemas éticos (Grado de conflictividad de los problemas éticos vinculados a la atención del paciente; Grado de frecuencia de los problemas éticos vinculados a la atención del paciente; Grado de conflictividad de los problemas éticos vinculados a las dinámicas de trabajo y a la disponibilidad de recursos; Grado de frecuencia de los problemas éticos vinculados a las dinámicas de trabajo y a la disponibilidad de recursos).

Para el análisis de los datos se utilizaron métodos de estadística descriptiva, se realizó un análisis bivariado con diferencias porcentuales. El análisis se realizó con SPSS y la base de datos se confeccionó en Microsoft Excel.

El proyecto de investigación, junto con el cuestionario y el consentimiento informado, fueron aprobados por el comité de ética en investigación del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de La Matanza.

4. Desarrollo

A continuación, se presentarán los antecedentes, resultados y la discusión de cada uno de los ejes de la encuesta seleccionados para analizar en este trabajo. La elección de realizar un análisis separado de estos tres puntos para cada eje obedece a una cuestión práctica, para facilitar y amenizar su lectura. No obstante, deberían entenderse como un conjunto, como elementos de un todo mayor. En primer lugar, se desarrollará el eje dedicado a la relevancia de las virtudes en el ejercicio profesional de la kinesioterapia. En segundo lugar, el eje dedicado a la comunicación en dos de las cuatro dimensiones exploradas en la encuesta: habilidades y competencias en la comunicación y comunicación con la familia^{VIII}. Y finalmente, el eje que aborda los problemas éticos en kinesioterapia.

4.1. Eje virtudes

Antecedentes

La ética de la virtud se ocupa de las virtudes o el carácter del agente moral (de la persona que actúa), de sus motivos e intenciones al realizar una acción, del rol de las emociones en la vida moral y de la consideración del tipo de persona que el agente moral debe o quiere llegar a ser. El criterio normativo es la buena persona, la que hace el bien en todas las circunstancias posibles⁴⁰.

La ética de la virtud tiene su origen en la antigüedad clásica, en los escritos de Platón y Aristóteles, principalmente. La pregunta que se hacía Aristóteles era: ¿cómo puedo vivir una buena vida? ¿Qué debe hacer una persona para llevar una vida que sea considerada buena? La ética aristotélica, como su filosofía, es teleológica, es decir que tiene como meta un fin. En el caso de la ética, el fin hacia el cual el ser humano debe tender es la felicidad, la eudaimonía: actividad del alma conforme a la virtud mejor y más perfecta. Pero entendida como excelente desempeño de lo propio del ser humano que es la capacidad de razonar.

Aristóteles distingue entre virtudes intelectuales y virtudes morales. Las virtudes intelectuales constituyen la perfección en lo referido al conocimiento y la verdad y se adquieren mediante la instrucción. Las virtudes morales constituyen la excelencia en el carácter y se aprenden y mejoran con la costumbre y el hábito, y a lo largo de toda la vida. Son un término medio entre el exceso y el defecto. La sabiduría práctica [*phronesis*] es la deliberación correcta con respecto a aquello que es bueno para el ser humano. Es el hombre prudente aquel que puede reconocer el punto medio en cada situación⁴⁴.

En la antigüedad clásica la ética de la virtud guió a los seres humanos orientándolos en su actuar durante décadas y, mantuvo su esplendor, en forma adaptada y guiada por la tradición cristiana y su recepción de los filósofos clásicos durante miles de años. En los períodos posmediavales y postiluministas su fuerza normativa comenzó a erosionarse⁴⁰. No obstante, persistió, pero con un alcance limitado.

En 1981, de la mano del filósofo Alasdair MacIntyre, la virtud vuelve a estar en escena. El autor toma como punto de partida el fracaso de la filosofía moral occidental y los debates interminables en los que termina involucrada. Apelar a consideraciones racionales no resuelve los desacuerdos éticos, en tanto, no existe una tradición moral compartida a partir de la cual

se pueda razonar. Su propuesta consiste en retomar la perspectiva del telos aristotélico y establecer una base de valores comunes que puedan fundar un conjunto de virtudes. A diferencia de Aristóteles, MacIntyre argumenta que el fin del ser humano no puede estar dado de antemano, sino que será determinado por las prácticas sociales⁴⁰.

Este retorno a la ética de la virtud fue retomado por diversos autores y aplicado a ámbitos específicos como la medicina. Edmund Pellegrino y David Thomas desarrollan una teoría de la virtud específicamente para el ámbito de la atención de la salud. Pellegrino, en un artículo clave, señala que la ética basada en la virtud perdió su fuerza normativa, ya que la filosofía que la sustentaba no está más vigente. Reinstaurar una ética de la virtud general es prácticamente imposible. No obstante, es posible restaurar la virtud como concepto normativo en la ética de las profesiones sanitarias; acompañadas de filosofías morales más comprensivas. Esto es posible porque en la ética profesional se puede lograr un acuerdo con respecto al telos, al fin de la relación entre un profesional de la salud y un paciente, y este fin primario es esencialmente lograr el bien del paciente⁴⁰.

Con este objetivo en mente Pellegrino desarrolla una teoría normativa de la ética de la relación de curar basada en la virtud compuesta por tres elementos: 1) una teoría de la medicina para definir el telos, el bien de la medicina; 2) una definición de virtud basada en esta teoría; y 3) un conjunto de virtudes que caracterizarían al "buen" profesional de la salud. La teoría de la medicina se basa en tres elementos esenciales: el hecho de la enfermedad (reconocer al/a la paciente como alguien vulnerable que necesita ayuda), el acto de profesión (la promesa de que el/la profesional va a hacer todo lo posible por ayudarla/o) y el acto de la medicina (curar) (poner en marcha todas las herramientas posibles para alcanzar dicho fin). Define la virtud como "un rasgo de carácter que dispone habitualmente a su poseedor a la excelencia en el intento y en la realización respecto del telos específico a la actividad humana" (40). Y propone una lista de virtudes adecuadas al ámbito de la salud: fidelidad a la confianza y a la promesa; benevolencia; ausencia de autointerés; compasión y cuidado; honestidad intelectual; justicia y prudencia. Su ámbito de aplicación es la salud, específicamente la medicina y la enfermería. Pellegrino no contempla el ámbito específico de la kinesiólogía, pero es posible aplicar su propuesta, ya que puede concebirse un telos de la kinesiólogía que sea común: curar, rehabilitar, etc.

En el ámbito específico de la kinesiología se han realizado diversas investigaciones sobre la virtud de la empatía. Se utilizó la escala de Empatía Médica de Jefferson en una versión adaptada en estudiantes de kinesiología de universidades chilenas^{22-24,45}.

En la encuesta se indagó sobre las siguientes virtudes: empatía, compasión, ausencia de autointerés, paciencia, prudencia, fidelidad a la confianza y a la promesa; honestidad intelectual y decoro. Varias de estas virtudes corresponden a la propuesta de Pellegrino, y otras fueron incorporadas atendiendo a las particularidades de la kinesiología.

Resultados

El eje dedicado a las virtudes, denominado "Relevancia de las virtudes", buscaba indagar cuán relevante les parece a las y los kinesiólogas/os el desarrollo de virtudes en el ejercicio profesional. Para ello se les preguntaba lo siguiente: "En cualquier profesión sanitaria las virtudes cumplen un rol en la relación con el paciente. Pensando específicamente en el vínculo kinesiólogo-paciente, ¿cuán importantes le parecen las siguientes virtudes?"

Luego de esto, se listaban y definían ocho virtudes:

- > Empatía (ponerse en el lugar del/la paciente, sentir algo de su experiencia).
- > Compasión (preocupación por el sufrimiento del paciente acompañado por la motivación para ayudarlo).
- > Fidelidad a la confianza y a la promesa (cumplir con la atención del paciente y honrar el compromiso adquirido de su cuidado).

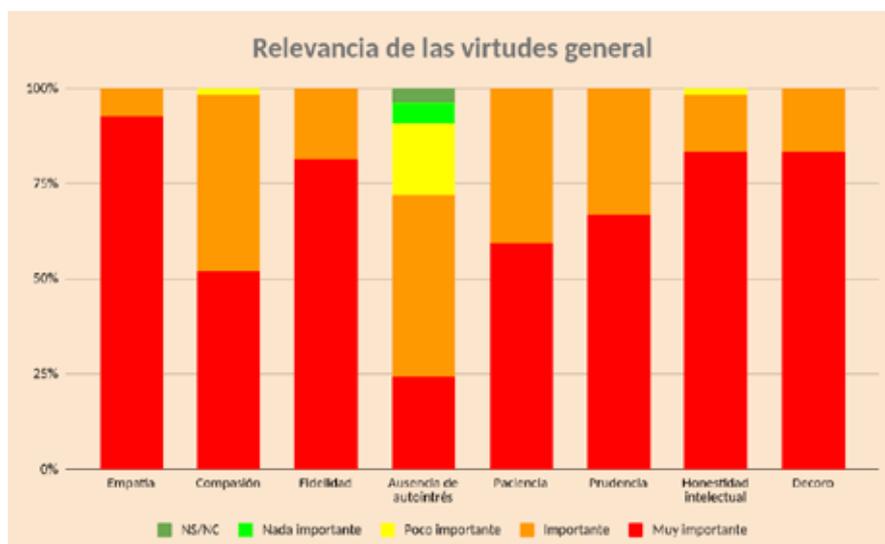
- > Ausencia de autointerés (dejar de lado los propios intereses en pos del cuidado y atención del paciente).
- > Paciencia (comprender, respetar y tolerar los tiempos, el carácter y las particularidades de cada paciente).
- > Prudencia (sopesar alternativas en situaciones complejas o de incertidumbre y actuar en consecuencia).
- > Honestidad intelectual (reconocer que se desconoce algo, informarlo y derivar oportunamente).
- > Decoro (honor y respeto que se debe a un/una paciente).

Las opciones para responder eran las siguientes: muy importante, importante, poco importante, nada importante, NS/NC.

A continuación, se mencionan los resultados generales.

Como puede observarse en el gráfico 1, hay una fuerte adhesión a la idea de que todas las virtudes son muy importantes o importantes. Se calculó un promedio para el total de las virtudes, obteniendo que el 68% de la muestra considera que las virtudes son muy importantes, reduciéndose 40 puntos porcentuales (en adelante, pp.) para la categoría "importante" (28%); en cambio solo el 3% las ve como poco importante, y menos del 1% las considera para nada importante y no sabe/no contesta.

Gráfico 1. Relevancia de las virtudes.



Fuente: elaboración propia.

La empatía fue la virtud que mayor porcentaje de adhesión recibió: un 93% de las personas encuestadas la consideran muy importante y un 7% importante (-86 pp.). En el otro extremo, la ausencia de autointerés recibió opiniones más variadas (gráfico 2): casi la mitad (48%) la considera importante, un 24% opina que es muy importante (-24 pp.), y un

19% poco importante (-29 pp.), reduciéndose a un 6% para quienes dijeron que no es nada importante (-42 pp.), y a un 4% de no sabe/no contesta a la pregunta (-44 pp.). Solo otras dos virtudes son consideradas como poco importantes por las personas encuestadas, aunque en un porcentaje muy reducido (compasión y honestidad intelectual menos del 2% en cada caso).

Gráfico 2. Relevancia de la virtud de ausencia de autointerés.



Fuente: elaboración propia.

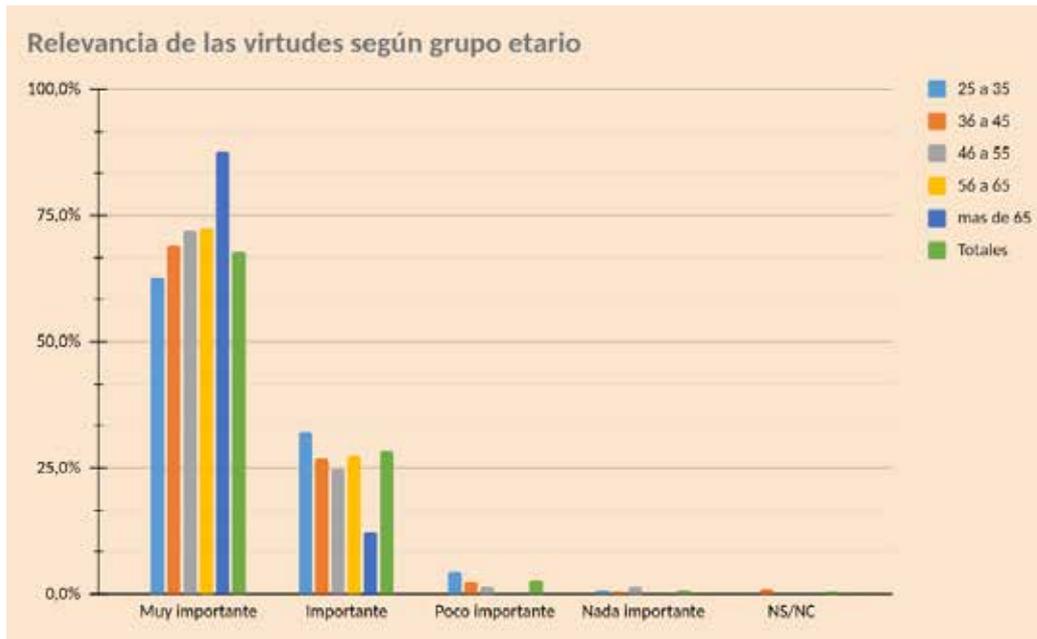
Una de las preguntas que nos hacíamos al momento de diseñar la encuesta era si la relevancia de las virtudes era percibida diferente de acuerdo con la edad y el género del kinesiólogo/a y si había alguna correlación entre las respuestas y dichas variables. Para responder estas preguntas analizamos el eje de las virtudes según grupos etarios y géneros.

Al analizar las virtudes según grupo etario (gráfico 3) se observa que, a mayor edad de la persona encuestada, mayor relevancia se les concede a las virtudes. Globalmente, el 88% de las del grupo etario de más de 65 años las considera muy importante, reduciéndose al 73% y 72% para los/as de 56 a 65 años y de 46 a 55 años respectivamente (implicando una reducción de 15 y 16 pp. respectivamente), llegando a un 69% para el grupo de 36 a 45 años y a un 63% para el más joven (-19 y -22 pp. en cada caso). Respecto de quienes consideran al conjunto de virtudes como importante: se observa un 32% para el grupo más joven, frente a un 28% del grupo de 56 a 65, a un 27% para

los/as de 36 a 45 años y a un 25% para el grupo etario intermedio (-4, -5 y -7 pp. respectivamente); finalmente, descendiendo al 13% para el grupo de mayor edad (-19 pp.). Las categorías de poco importante, nada importante y no sabe/no contesta presentan menos del 5% en todos los grupos etarios, siendo poco relevante para el análisis.

Sin embargo, si se analiza cada virtud en particular según edad, se observa que la ausencia de autointerés es percibida como poco o nada importante entre los grupos más jóvenes de las personas encuestadas: un 32% del grupo más joven la considera como poco importante, reduciéndose a un 14% y 13% para los grupos etarios subsiguientes (implicando una disminución de 18 y 19 pp. en cada caso). Para quienes entienden a la mencionada virtud como nada importante, se observa un 13% para profesionales de 46 a 55 años, reduciéndose a un 5% tanto para aquellos/as de 25 a 35 años como de 36 a 45 años (-8 pp. en ambos casos).

Gráfico 3. Relevancia de las virtudes según grupo etario.

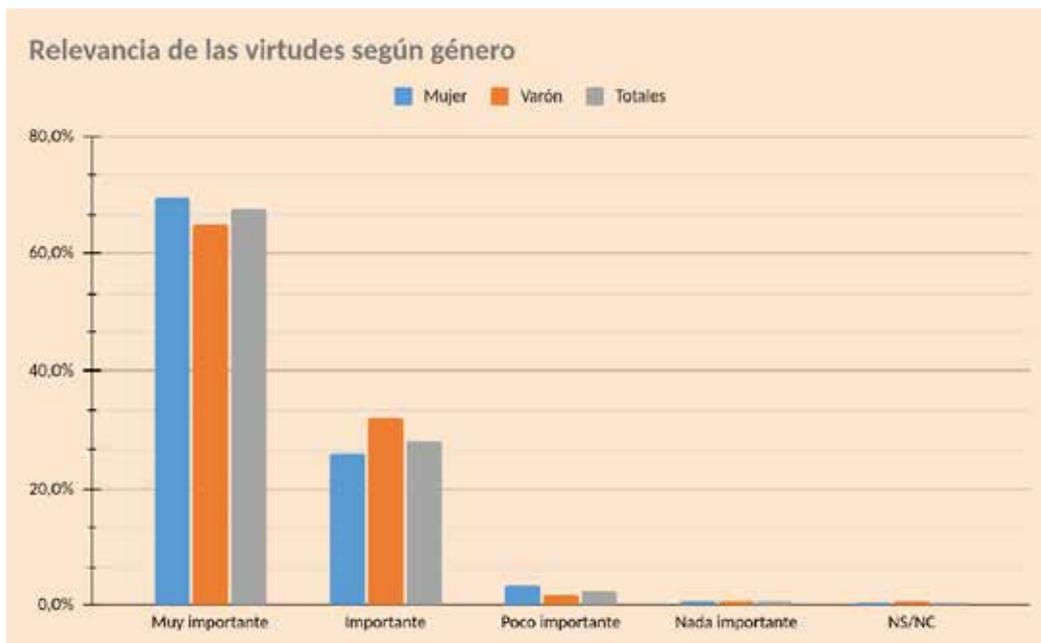


Fuente: elaboración propia.

En cambio, si se analizan las virtudes según género no se encuentran cambios significativos en la valoración de varones y mujeres (gráfico 4). A la hora de considerar las virtudes de manera global, sólo se observan diferencias para las opciones “muy importante”

(69,5% de las mujeres frente a 64,5% de varones, 5 pp. a favor de las profesionales mujeres) e “importante” (26,1% de mujeres y 31,9% de varones, habiendo 6 puntos a favor de los varones); las diferencias para las otras opciones de respuesta no se muestran como relevantes según género.

Gráfico 4. Relevancia de las virtudes según género.



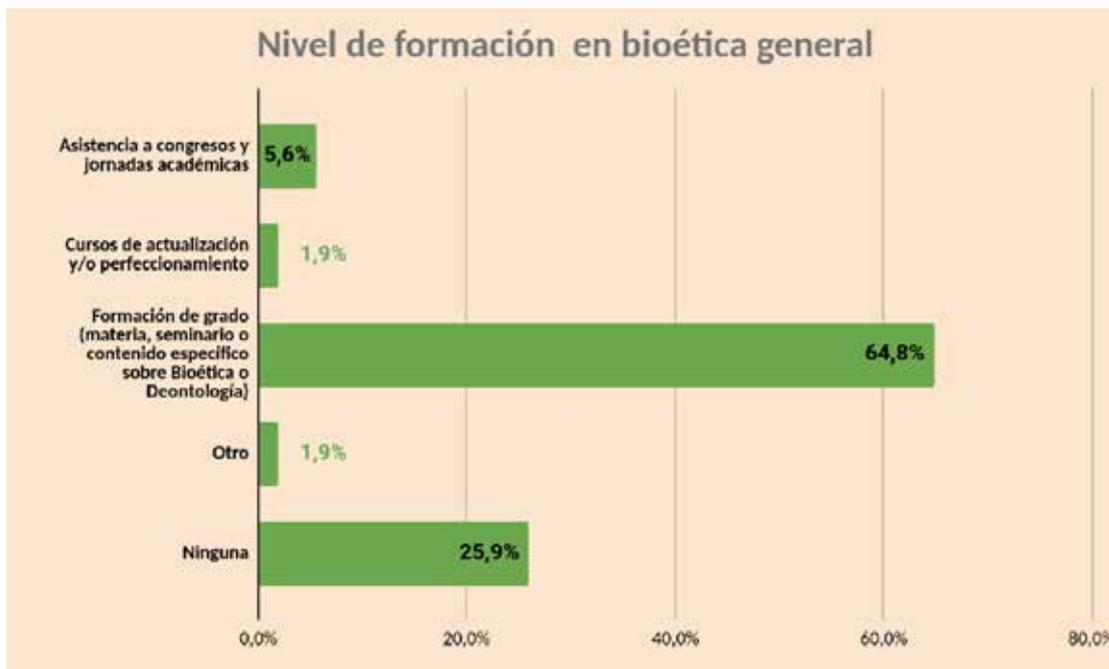
Fuente: elaboración propia.

También nos preguntamos si la formación en bioética es un elemento que tiene alguna incidencia en la percepción de los/as profesionales sobre la relevancia de las virtudes.

Con respecto al nivel de formación en bioética en general, se puede observar en el gráfico 5 que un 65% del total de las personas encuestadas afirmó tener bioética durante la formación de grado y menos del

10% en instancias restantes (asistencia a congresos y jornadas académicas, Cursos de actualización y/o perfeccionamiento, y/u otras instancias, implicando -55 puntos porcentuales en cada caso), mientras que un 25% (-40 pp.) no ha recibido ninguna formación de ese tipo. Las opciones de Diplomatura, Especialización, Maestría y Doctorado en Bioética no registraron casos.

Gráfico 5. Nivel de formación en bioética de la muestra.



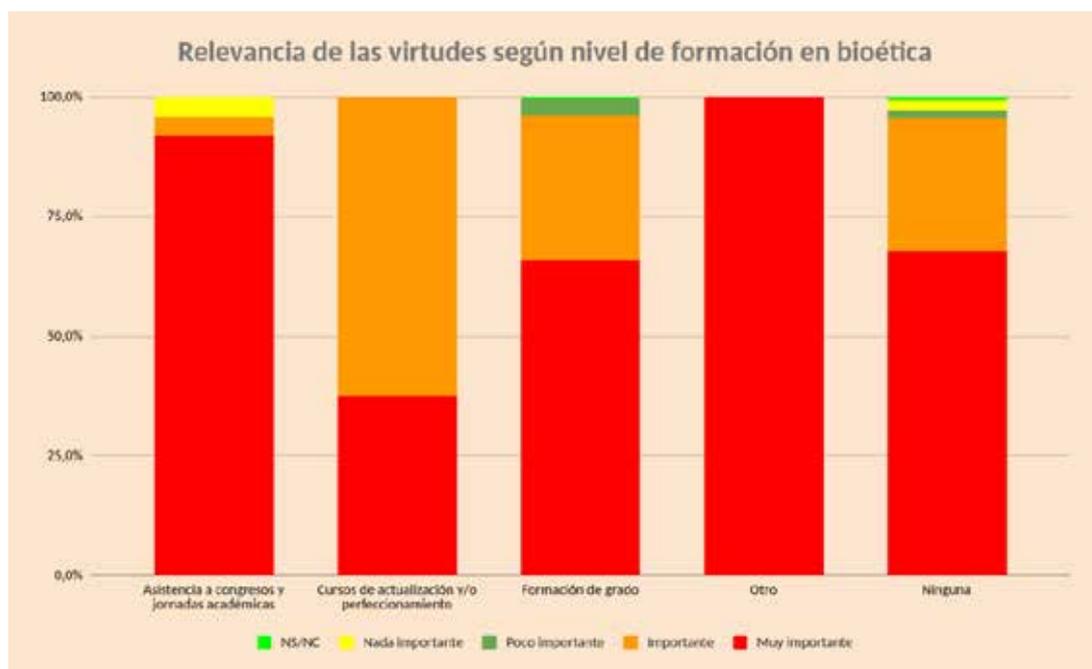
Fuente: elaboración propia.

Aunque no se observan diferencias significativas en la formación de grado entre varones y mujeres (64,5% en mujeres y 65% en varones), se presenta una variación en el resto de las formaciones (5, 8% mujeres frente a 15% en varones); así como quienes contestaron que no tenían formación alguna eran mayormente mujeres (29,4% frente a 20%). En cuanto al nivel de formación en bioética según grupo etario, se observa que el grupo más joven es el que más formación de grado tiene (84%), este porcentaje va decayendo (57,1%, 50% y 60% en los siguientes grupos) hasta llegar al 0% en el grupo de mayor edad.

Si se considera a todas las virtudes mencionadas de forma global, se obtienen los siguientes resultados según nivel de formación en bioética: el 100% de quienes se formaron en Otras instancias la considera muy importante, así como el 92% de quienes se formaron en Asistencia a congresos y jornadas académicas (-8 pp.), reduciéndose a un 68% para quienes

No tienen ninguna formación (-29 pp.) y a un 66% de quienes tuvieron Sólo formación de grado (implicando una reducción de 32 y 34 pp., respectivamente), llegando a un 38% para formados/as en Cursos de actualización y/o perfeccionamiento (-72 pp.). Respecto de quienes consideran al conjunto de virtudes como importante: se observa un 63% para formados/as en Cursos de actualización y/o perfeccionamiento, frente a un 30% de quienes tuvieron Sólo formación de grado (-33 pp.), a un 28% para quienes No tienen ninguna formación (-35 pp.) y tan sólo un 4% para quienes se formaron en Asistencia a congresos y jornadas académicas (-59 pp.). Las categorías de poco importante, nada importante y NS/NC presentan menos del 5% en todos los grupos de formación, siendo poco relevante para el análisis. En síntesis, no se encuentran grandes diferencias en la apreciación de las virtudes entre los distintos tipos de formación.

Gráfico 6. Relevancia de las virtudes según nivel de formación en bioética.



Fuente: elaboración propia.

Si se analiza la virtud empatía en base a esta variable observamos que, al igual que según el análisis general, es la virtud que más adhesiones presenta en todos los tipos de formaciones. El 100% de quienes se formaron en Asistencia a congresos y jornadas académicas, en Cursos de actualización y/o perfeccionamiento y en Otras instancias la consideran muy importante, reduciéndose 7 pp. Entre quienes tienen formación de grado (93%) y 9 pp. Para quienes no tienen ninguna formación (91%), para estos últimos dos grupos, el porcentaje restante (menos del 9% en ambos casos) se distribuye en la categoría "importante" al considerar la virtud mencionada.

Discusión

Los resultados generales de este eje muestran que para las personas encuestadas las virtudes son relevantes para el ejercicio de la kinesiología, en especial la empatía. Estos resultados se observan también para todos los grupos etarios, géneros y niveles de formación en bioética. Esto coincide con la preeminencia dada a esta virtud en los numerosos estudios realizados que utilizan la escala de empatía de Jefferson en versión adaptada en estudiantes de kinesiología de universidades chilenas^{22-24,45}. Los resultados obtenidos en tres de estas investigaciones dan cuenta de altos niveles de empatía en las/os estudiantes de kinesiología en las Universidades Santiago de Chile y Universidad Mayor (sedes Santiago de Chile y Temuco)^{22-24,45}.

Asimismo, el análisis de las virtudes según grupo etario y formación en bioética mostró una variabilidad en algunas virtudes, aunque no en la virtud de la empatía, presente en algunos estudios. Los resultados obtenidos en la investigación realizada en la Universidad de Atacama también mostraron niveles altos de empatía no obstante presentaron variabilidad del comportamiento empático en los diversos cursos analizados presentando una disminución en el segundo año, sucesivo a esto se produce un aumento progresivo hasta el cuarto y en quinto año se produce una declinación. Las/os autoras/es señalan que los resultados son consistentes con la presencia de variabilidad del comportamiento empático, especialmente en América Latina²³.

En contraste con esto la investigación realizada en la Universidad Bernardo O'Higgins en Santiago de Chile muestra que los resultados observados de los niveles de empatía son relativamente bajos en los estudiantes en relación con otros de iguales o diferentes carreras profesionales. No se observa en esta investigación el proceso de declinación empática tradicional, pero sí la disminución brusca de la empatía en el último año con alumnas/os en régimen de internado²².

Globalmente, no se encontraron diferencias significativas en la apreciación de las virtudes según los distintos tipos de formación en bioética. En el caso de la virtud empatía llama la atención que tanto el grupo que dice haber tenido formación de grado como aquel

que dice no haber obtenido ninguna formación hayan obtenido valores similares en la categoría muy importante (92%) e importante (menos del 9%). Esto no coincide con lo relevado en otros estudios con grupos de características similares, aunque no iguales, en donde hay una diferencia mayor entre quienes están más avanzados en las carreras y quienes no. En las investigaciones realizadas en las Universidades de Santiago de Chile y en Temuco se evidencia un aumento del comportamiento empático a medida que avanzan en formación los estudiantes^{24,45} con una única excepción de declinación en el quinto año en la Universidad Mayor Sede Temuco en mujeres⁴⁵. Estos hallazgos, señalan las/os autoras/es, no concuerdan con investigaciones similares en las cuales se evidencia que la orientación empática va disminuyendo en los estudiantes de medicina a medida que avanzan en su carrera. Esta tendencia a obtener mayores puntuaciones en los cursos superiores -hipotetizan- puede vincularse con el tipo de formación que reciben las/os alumnos en carreras del área de la terapia física, donde el profesional debe pasar mucho tiempo con el/la paciente y donde el resultado de su terapia estará directamente vinculado con la relación que establezca con él/ella, así como con el enfoque de las carreras basado en un modelo biopsicosocial según la nueva definición de la Organización Mundial de la Salud²⁴. Sumado a esto el carácter regional donde las/os estudiantes realizan sus estudios permiten una cercanía con el/la paciente y la posibilidad de una atención más personalizada⁴⁵.

Una hipótesis -no basada en los datos- que podemos ofrecer para esta ausencia de diferencia en la apreciación de las virtudes según la formación en bioética es que ninguna de las 53 personas que respondieron la encuesta afirma tener formación de posgrado en bioética (Diploma, Especialización, Maestría, Doctorado). Presumiblemente es en las instancias avanzadas de formación en donde puede estudiarse y, por tanto, ser conscientes, de la importancia de las virtudes en la kinesiología. Otra posibilidad es que el desarrollo de virtudes como la empatía no requieran tanto estudio o formación como otras virtudes, lo que explicaría los resultados casi idénticos entre quienes tenían formación y quienes no en lo relacionado con esta virtud.

Por último, en este estudio no se encontraron diferencias significativas en la apreciación de las virtudes según el género. Esto coincide con otras investigaciones en las cuales, a pesar de que las mujeres obtuvieron puntuaciones ligeramente mayores que los varones, las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

En suma, de los hallazgos de las diversas investigaciones relevadas se destacan las altas puntuaciones obtenidas en la escala de empatía por parte de los/as estudiantes, independientemente del género, lo cual da cuenta de la presencia e importancia de esta virtud en estudiantes de kinesiología en la mayoría de las universidades estudiadas. Los resultados de la encuesta realizada a kinesiólogos/as de un partido de la provincia de Buenos Aires son similares a dichos hallazgos. Aunque ambos grupos no son idénticos y, por tanto, no son comparables, muestran una tendencia en el área de la kinesiología a considerar a las virtudes como elementos a tener en cuenta entre profesionales o futuras/os profesionales de este campo de conocimiento.

4.2. Eje comunicación

Antecedentes

Si bien el vínculo de la relación profesional-paciente y los problemas éticos vinculados a esta se ha abordado desde los tiempos de Hipócrates en el siglo V a.C. 1, centrándose especialmente en la relación médico-paciente, los antecedentes referidos a la dimensión comunicacional de esta relación, específicamente en el área de la Kinesiología, son pocos.

En primer lugar podemos mencionar el trabajo de investigación realizado por Martínez y Patiño en 2001⁴⁶. En dicho artículo, dirigido a estudiar la calidad en la atención kinésica, las/os autores colocan la comunicación como uno de los factores determinante de la calidad de la atención, sobre todo de la entrevista clínica. Con este fin se proponen analizar el encuentro clínico en kinesiología atendiendo a aquellos aspectos que favorecen una buena comunicación. En el aspecto relacional, señalan, cobran gran importancia las técnicas para la adquisición o mejora de las habilidades comunicacionales. Destacan cuatro áreas: el contexto (entorno que debe favorecer la entrevista); la escucha (que facilita la narración del/de la paciente); la comprensión (captación y reconocimiento de lo que el/la consultante siente y manifiesta) y la estrategia (elaboración de un plan en conjunción con el/la paciente). Las/os autoras/es consideran que la relación fisioterapeuta-paciente, en tanto relación continuada en el tiempo, precisa de habilidades específicas como las comunicacionales para que el proceso terapéutico o preventivo se desarrolle satisfactoriamente⁴⁶.

Por otro lado, en un trabajo de investigación sobre los dilemas éticos de los fisioterapeutas a la hora de la toma de decisiones, Moscoso Herrera (2011) toma la

comunicación y las habilidades comunicativas como determinante de esta relación y como un elemento formativo clave para las/os profesionales del área. La relación fisioterapeuta-paciente, señala la autora, se enmarca en una comunicación inicial con el/la paciente y/o su familia cuyo fin es socializar dudas, inquietudes y preocupaciones con el fin último de generar un proceso comunicativo profundo en el que se pongan de manifiesto también los valores y deseos del/de la paciente. La autora considera la competencia comunicativa como central para el buen ejercicio de la profesión²⁷.

En cuanto a la comunicación con los familiares de las/os pacientes, John Hardwig se preguntó qué tan importante era que las familias de los dolientes estuvieran al tanto de la situación de su familiar y cómo la comunicación o la falta de esta los afectaba⁴⁷. Aunque se trata de un estudio de interés, el trabajo de Hardwig se basó en el punto de vista médico. En el ámbito de la fisioterapia, la bibliografía sobre esta inquietud es aún más escasa. Van Willigen analizó la experiencia de cinco profesionales en rehabilitación física y cinco grupos familiares de pacientes internados en una unidad de cuidados intensivos en el Reino Unido. El objetivo del estudio era explorar la experiencia de rehabilitación física en la unidad de cuidados intensivos (UCI), desde la perspectiva de pacientes y familiares. En dicha investigación se destacaron como buenos atributos por parte de los profesionales la empatía, el uso del humor y entusiasmo a la hora de comunicarse como así también el tomarse el tiempo para explicar los términos de la rehabilitación⁴⁸.

Resultados

En este eje se buscó indagar en las representaciones de los kinesiólogos/as encuestados/as sobre distintos aspectos de la comunicación en la relación con el/la paciente. Para ello se dividió el eje en cuatro dimensiones: 1. Habilidades y competencias en la comunicación; 2. Comunicación con la familia; 3. Comunicación en la alianza terapéutica; 4. Comunicación en el efecto nocebo. En cada una de las dimensiones se presentaban distintas afirmaciones para que los/as participantes expresen su grado de acuerdo con cada una (Totalmente de acuerdo, Parcialmente de acuerdo, Parcialmente en desacuerdo, Totalmente en desacuerdo, NS/NC).

A continuación, se presentan únicamente los resultados de las dimensiones 1 y 2 de este eje.

Habilidades y competencias

En la primera dimensión, se presentaron nueve enunciados que debían ser valorados por la persona encuestada. Luego de un párrafo introductorio, se le solicitaba que señalara cuán de acuerdo estaba con las afirmaciones presentadas:

En la atención kinésica es importante...

1. "... saber leer el lenguaje corporal del paciente".²⁸
2. "... informar claramente el tratamiento al paciente y comunicar y reproducir con claridad los ejercicios".
3. "... dar al paciente siempre las indicaciones por escrito, con lenguaje simple, claro y con letra legible".
4. "... no dar por sobreentendidos conceptos de salud y conocimientos preexistentes".
5. "... hablar con términos adecuados al paciente, de modo que entienda".
6. "... conocer algo de la cultura o las costumbres de la comunidad o grupo de pertenencia del paciente".
7. "... saber dónde buscar información en caso de que no se sepa sobre la patología del paciente".
8. "... el trabajo interdisciplinario"
9. "... tocar al paciente"

Al igual que sucedió con el eje 1, los resultados obtenidos para esta dimensión muestran que hay un importante acuerdo entre los/as encuestados/as en cuanto a la importancia de desarrollar un conjunto diverso de habilidades y competencias para lograr una buena comunicación con el/la paciente. En términos globales, se calculó un promedio para el total de las frases que conforman la dimensión 1, obteniendo que el 80% de la muestra manifiesta estar totalmente de acuerdo, reduciéndose casi 60 pp. Para quienes están parcialmente de acuerdo (19%); y alcanzando menos del 1% para quienes están parcialmente de acuerdo y aquellos/as de no sabe/no contesta.

Tabla 1. Habilidades y competencias en la comunicación.

En la atención kinésica es importante...	Grado de acuerdo	TOTAL
Saber leer el lenguaje corporal del paciente	Totalmente de acuerdo	87,0%
	Parcialmente de acuerdo	13,0%
	Parcialmente en desacuerdo	0,0%
	Totalmente en desacuerdo	0,0%
	NS/NC	0,0%
Informar claramente el tratamiento al paciente y comunicar y reproducir con claridad los ejercicios	Totalmente de acuerdo	90,7%
	Parcialmente de acuerdo	9,3%
	Parcialmente en desacuerdo	0,0%
	Totalmente en desacuerdo	0,0%
	NS/NC	0,0%
	Totalmente de acuerdo	94,4%
	Parcialmente de acuerdo	5,6%
Dar al paciente siempre las indicaciones por escrito, con lenguaje simple, claro y con letra legible	Parcialmente en desacuerdo	0,0%
	Totalmente en desacuerdo	0,0%
	NS/NC	0,0%
No dar por sobreentendidos conceptos de salud y conocimientos preexistentes	Totalmente de acuerdo	35,2%
	Parcialmente de acuerdo	59,3%
	Parcialmente en desacuerdo	1,9%
	Totalmente en desacuerdo	0,0%
	NS/NC	3,7%
Saber dónde buscar información en caso de que no se sepa sobre la patología del paciente	Totalmente de acuerdo	61,1%
	Parcialmente de acuerdo	35,2%
	Parcialmente en desacuerdo	3,7%
	Totalmente en desacuerdo	0,0%
	NS/NC	0,0%
El trabajo interdisciplinario	Totalmente de acuerdo	77,8%
	Parcialmente de acuerdo	22,2%
	Parcialmente en desacuerdo	0,0%
	Totalmente en desacuerdo	0,0%
	NS/NC	0,0%
Tocar al paciente	Totalmente de acuerdo	90,7%
	Parcialmente de acuerdo	9,3%
	Parcialmente en desacuerdo	0,0%
	Totalmente en desacuerdo	0,0%
	NS/NC	0,0%
GLOBAL DIMENSIÓN 1	Totalmente de acuerdo	79,6%
	Parcialmente de acuerdo	19,3%
	Parcialmente en desacuerdo	0,6%
	Totalmente en desacuerdo	0,0%
	NS/NC	0,4%

Fuente: elaboración propia.

Si se tiene en cuenta cada enunciado por separado, y como se puede observar en la tabla 1, la mayoría de las frases suscitan grados de acuerdo total o parcial, siendo la tercera (“Dar al paciente siempre las indicaciones por escrito, con lenguaje simple, claro y con letra legible”) y la sexta frases (“Conocer algo de la cultura o las costumbres de la comunidad o grupo de pertenencia del paciente”) las que presentan mayores grados de acuerdo (94,4% totalmente de acuerdo). En el otro extremo, se encuentra el cuarto enunciado (“En la atención kinésica es importante no dar por sobreentendidos conceptos de salud y conocimientos preexistentes”), que presenta más matices: el 59% está parcialmente de acuerdo, disminuyendo a un 35% para quienes están totalmente de acuerdo (-24 pp.), y siendo tan sólo de 4% para el NS/NC y de 2% para quienes están parcialmente en desacuerdo (-55

y -57 pp. respectivamente). También el séptimo enunciado (“En la atención kinésica es importante saber dónde buscar información en caso de que no se sepa sobre la patología del paciente”) presenta algunas variaciones: 61% dijo estar totalmente de acuerdo, el 35% parcialmente de acuerdo (-26 pp.), y el 4% restante parcialmente en desacuerdo (-57 pp.).

Nos preguntamos en este eje si el lugar de trabajo podría influir en la valoración de las competencias y habilidades propuestas. Los resultados (tabla 2) muestran que en términos globales las personas que trabajan en Ambulatorio adhieren 100% a todas las afirmaciones presentadas, seguido por quienes trabajan en centros deportivos (88,9%). Quienes menos porcentaje de acuerdo presentan son el grupo de quienes trabajan en consultorio.

Tabla 2. Habilidades y competencias en la comunicación según lugar de trabajo

En la atención kinésica es importante...	Grado de acuerdo	Lugar de trabajo										TOTAL
		Consultorio	Ambulatorio	Internación	Consulta domiciliaria	Internación domiciliaria	Centros de rehabilitación	Centros deportivos (gimnasios, clubes)	Establecimientos educativos	Geriátricos	Otros	
GLOBAL DIMENSIÓN 1	Totalmente	69,4%	100,0%	77,8%	83,3%	77,8%	77,1%	88,9%	86,7%	77,8%	88,9%	79,6%
	Parcialmente	30,6%	0,0%	20,7%	13,9%	22,2%	21,5%	11,1%	13,3%	22,2%	11,1%	19,3%
	Parcialmente	0,0%	0,0%	0,7%	2,8%	0,0%	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%
	Totalmente	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	NS/NC	0,0%	0,0%	0,7%	0,0%	0,0%	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%

Fuente: elaboración propia.

Al analizar la cuarta frase según lugar de trabajo se observan aún más los matices vistos en el análisis global: el 100% de quienes trabajan en el ámbito ambulatorio estuvieron totalmente de acuerdo con la frase, frente al 80% de aquellos que trabajan en establecimientos educativos (-20 pp.) y al 50% de los/as kinesiólogos de centros deportivos (-50 pp.); ello se reduce al 38% para profesionales de centros de rehabilitación y a un 33% tanto quienes se desempeñan en internación como en otros espacios (implicando una reducción de 62 pp. para el primer caso, y de 67 pp. para los otros dos); por último, un 25% de profesionales que trabajan en consulta domiciliaria está totalmente de acuerdo con la frase. Algo similar ocurre con el enunciado séptimo, donde quienes están totalmente de acuerdo van del 100 % (ambulatorio, internación domiciliaria, centros deportivos y geriátricos) al 44% (centros de rehabilitación), pasando por instancias intermedias (80% para profesionales de establecimientos educativos, 67% para los/as otros espacios, 60% internación y un 50% de consultorio y de consulta domiciliaria).

Comunicación con la familia ³¹

En la segunda dimensión se presentaron cuatro enunciados que debían ser valorados por la persona encuestada. Luego de un párrafo introductorio, se le solicitaba que señalara cuán de acuerdo estaba con las afirmaciones presentadas:

1. “Es tan importante comunicar al paciente como a los familiares el tratamiento a seguir”.
2. “Solo en los casos de niños o personas que no tienen capacidad de decidir es importante comunicar el tratamiento a los cuidadores o familiares, en los casos de pacientes autónomos no”.
3. “Las opiniones de los familiares son tan importantes como la de los pacientes”.
4. “Involucrar a los cuidadores y familiares en el proceso comunicativo depende del deseo de cada paciente, no es algo que deba decidir el kinesiólogo”.

A diferencia de la dimensión 1, los resultados globales de esta segunda dimensión muestran que no hay un grado de acuerdo tan importante entre quienes respondieron la encuesta respecto de las frases presentadas. Como puede observarse en la tabla 3, todas las afirmaciones presentan algún grado de desacuerdo total o parcial, siendo la cuarta frase (“Involucrar a los cuidadores y familiares en el proceso comunicativo depende del deseo de cada paciente, no es algo que deba decidir el kinesiólogo”) la que presenta un grado de acuerdo mucho menor que el resto: solo un 11% manifestó estar totalmente de acuerdo, seguido de un 55% que está parcialmente

de acuerdo y un 24% parcialmente en desacuerdo y un 9,3% está totalmente en desacuerdo).

Asimismo, a pesar de que las frases 1 (“Es tan importante comunicar al paciente como a los familiares el tratamiento a seguir”) y 2 (“Solo en los casos de niños o personas que no tienen capacidad de decidir es importante comunicar el tratamiento a los cuidadores o familiares, en los casos de pacientes autónomos no”) podrían considerarse contradictorias, los resultados muestran grados de aceptación idénticos (64,8% totalmente de acuerdo en ambos casos y 31,5% y 29,6% parcialmente de acuerdo, respectivamente).

Tabla 3. Comunicación con la familia.

Frases	Grado de acuerdo	
	TOTAL	
Es tan importante comunicar al paciente como a los familiares el tratamiento a seguir	Totalmente de acuerdo	64,8%
	Parcialmente de acuerdo	31,5%
	Parcialmente en desacuerdo	3,7%
	Totalmente en desacuerdo	0,0%
	NS/NC	0,0%
Solo en los casos de niños o personas que no tienen capacidad de decidir es importante comunicar el tratamiento a los cuidadores o familiares, en los casos de pacientes autónomos no	Totalmente de acuerdo	64,8%
	Parcialmente de acuerdo	29,6%
	Parcialmente en desacuerdo	3,7%
	Totalmente en desacuerdo	1,9%
	NS/NC	0,0%
Las opiniones de los familiares son tan importantes como la de los pacientes	Totalmente de acuerdo	61,1%
	Parcialmente de acuerdo	29,6%
	Parcialmente en desacuerdo	3,7%
	Totalmente en desacuerdo	5,6%
	NS/NC	0,0%
Involucrar a los cuidadores y familiares en el proceso comunicativo depende del deseo de cada paciente, no es algo que deba decidir el kinesiólogo	Totalmente de acuerdo	11,1%
	Parcialmente de acuerdo	55,6%
	Parcialmente en desacuerdo	24,1%
	Totalmente en desacuerdo	9,3%
	NS/NC	0,0%
GLOBAL DIMENSIÓN 2	Totalmente de acuerdo	50,5%
	Parcialmente de acuerdo	36,6%
	Parcialmente en desacuerdo	8,8%
	Totalmente en desacuerdo	4,2%
	NS/NC	0,0%

Fuente: elaboración propia.

Si analizamos la cuarta frase según lugar de trabajo, observamos que en prácticamente todas las áreas se presenta algún grado de desacuerdo con dicha afirmación, a excepción de ambulatorio y otros que solo obtuvieron respuestas positivas. Entre los lugares de trabajo que mayor desacuerdo manifiestan se encuentran: Geriatria con el 50% de las respuestas para

totalmente en desacuerdo, seguido por consultorio (25%), internación (13%) y rehabilitación (6,3%). Entre las respuestas parcialmente en desacuerdo se observan aún más diferencias: centros deportivos e internación domiciliaria representan el 50%; internación 26,7%; rehabilitación, consulta domiciliaria y consultorio con 25% y establecimientos educativos con 20%.

Tabla 4. Comunicación con la familia según lugar de trabajo.

Frasas	Grado de acuerdo	Lugar de trabajo										TOTAL
		Consultorio	Ambulatorio	Internación	Consulta domiciliar	Internación domiciliar	Centros de rehabilitación	Centros deportivos (gimnasios, clubes)	Establecimientos educativos	Geriátricos	Otros	
Involucrar a los cuidadores y familiares en el proceso comunicativo depende del deseo de cada paciente, no es algo que deba decidir el	Totalmente de acuerdo	0,0%	100,0%	6,7%	0,0%	0,0%	12,5%	50,0%	20,0%	0,0%	0,0%	11,1%
	Parcialmente de acuerdo	50,0%	0,0%	53,3%	75,0%	50,0%	56,3%	0,0%	60,0%	50,0%	100,0%	55,6%
es algo que deba decidir el	Parcialmente en desacuerdo	25,0%	0,0%	26,7%	25,0%	50,0%	25,0%	50,0%	20,0%	0,0%	0,0%	24,1%
	Totalmente en desacuerdo	25,0%	0,0%	13,3%	0,0%	0,0%	6,3%	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%	9,3%
	NS/NC	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Fuente: elaboración propia.

Discusión

Los hallazgos de la primera dimensión de este eje muestran que hay un importante acuerdo entre los/as encuestados/as en cuanto a la importancia de desarrollar un conjunto diverso de habilidades y competencias para lograr una buena comunicación con el paciente, lo cual coincide con la literatura sobre el tema^{27,46,48}.

Los enunciados vinculados al lenguaje en comunicación (“Informar claramente el tratamiento al paciente y comunicar y reproducir con claridad los ejercicios” y “Dar al paciente siempre las indicaciones por escrito, con lenguaje simple, claro y con letra legible” y “Saber leer el lenguaje corporal del paciente”) obtuvieron el 100% de respuestas afirmativas. En la investigación realizada por Van Willigen (2020) fueron los pacientes y sus familiares los que remarcaron la importancia de desarrollar habilidades como la empatía y el tomarse el tiempo para explicar los términos de la rehabilitación para que ellos pudieran entender. Aunque en este caso quienes respondieron la encuesta fueron pacientes y no profesionales de la kinesiología, puede observarse que hay una concordancia en este aspecto de la comunicación.

Asimismo, la altísima adhesión a la frase “En la atención kinésica es muy importante conocer algo de la cultura o las costumbres de la comunidad o grupo de pertenencia del paciente” (94%), tanto en términos globales como según área de trabajo, coincide con la perspectiva actual de que una atención adecuada de la salud requiere del desarrollo de sensibilidad cultural por parte de los profesionales sanitarios^{33,41}.

En cuanto a la dimensión de comunicación con la familia, en términos generales se observa que no hay un grado de acuerdo tan importante entre quienes respondieron la encuesta respecto de las frases presentadas, en todas las afirmaciones se presenta algún grado de desacuerdo. No obstante esto, sigue habiendo una amplia aceptación en las primeras

tres frases. La tercera afirmación (“Las opiniones de los familiares son tan importantes como la de los pacientes”) obtuvo un nivel de aceptación de 91%, lo cual concuerda con lo expuesto por Hardwig y Van Willigen^{47,48}.

La discusión de las dos primeras frases requiere un párrafo aparte. Las frases 1 (“Es tan importante comunicar al paciente como a los familiares el tratamiento a seguir”) y 2 (“Solo en los casos de niños o personas que no tienen capacidad de decidir es importante comunicar el tratamiento a los cuidadores o familiares, en los casos de pacientes autónomos no”) muestran grados de aceptación idénticos (64,8% totalmente de acuerdo en ambos casos y 31,5% y 29,6% parcialmente de acuerdo, respectivamente). Sin embargo, ambas frases tienen significados opuestos (en pacientes autónomos, o se comunica al paciente solamente o a este y su familia), con lo cual estos resultados resultan contradictorios. Podemos hipotetizar que esto se pudo deber a diversos factores: interpretación diferente de la esperada del enunciado, ambigüedad en el enunciado, que el enunciado 2 era demasiado largo, que la encuesta misma pudo resultarles un poco larga, que estuvieran cansados y respondieran apresuradamente... En cualquier caso, este hallazgo indica que, para un próximo uso del instrumento, estas afirmaciones deberían ser revisadas con el fin de disminuir la ambigüedad y centrarse en un solo aspecto.

Finalmente, se destaca también los hallazgos vinculados a la cuarta frase: sólo un 11% dijo estar totalmente de acuerdo con la idea de que “Involucrar a los cuidadores y familiares en el proceso comunicativo depende del deseo de cada paciente, no es algo que deba decidir el kinesiólogo”, siendo que más del 33% manifestó un rechazo parcial o total. Esto parece sugerir que es el/la kinesiólogo/a el que debería decidir el grado de participación, sin embargo, no podemos afirmar -con base en los datos- que esto sea así. También podría tratarse de situaciones en las cuales el involucramiento de familiares y cuidadores

dependa no solo del paciente o el/la kinesiólogo/a sino también del familiar mismo, o de la propia circunstancia. En cualquier caso, estos resultados nos invitan a reflexionar sobre hasta qué punto el involucramiento de la familia en el proceso comunicativo depende solo del deseo del/de la paciente. Si lo analizamos desde la perspectiva del lugar de trabajo, encontramos que es en Geriátrica donde se encuentra el mayor grado de desacuerdo con esta afirmación (50% de los casos). Al respecto es necesario destacar que tanto en geriátricos como en internación domiciliaria los pacientes que ahí se encuentran suelen tener mayor dependencia de sus familiares o cuidadores que en las demás áreas consultadas, lo cual podría explicar que la mitad de quienes respondieron entienden que no es decisión del paciente hacer partícipe a la familia si no de alguno de los otros actores. Para indagar en estos y otros aspectos de la dimensión de comunicación con la familia, sería conveniente complementar la encuesta con un estudio cualitativo que utilice entrevistas en profundidad -sea con profesionales de la kinesiólogía, cuidadores y/o pacientes, con el fin de recoger mejor las apreciaciones sobre estos puntos.

4.3. Eje problemas éticos

Antecedentes

La kinesiólogía en la actualidad incluye competencias en cuatro ámbitos: clínico, investigación, docencia y gestión²⁰. Los problemas y dilemas éticos pueden emerger en cualquiera de estos ámbitos e incluso ser fruto del conflicto entre ámbitos diferentes. En lo que sigue se relevan los antecedentes principales en problemas éticos en kinesiólogía recogidos en la literatura. Luego se reproducen los escenarios presentados en la encuesta que expresan varios de estos problemas.

Ruth Purtilo en la década de 1970 fue la primera autora en centrar la atención en la naturaleza única de las cuestiones éticas de las/os kinesiólogas/os (*physical therapists*), señalando la necesidad de determinar los problemas éticos que se generan en el ejercicio de dicha profesión^{2,4}. Guccione, en 1980, realiza la primera encuesta sobre cuestiones éticas en la práctica de la kinesiólogía. Como era esperable los resultados mostraron escaso abordaje de cuestiones éticas en kinesiólogía⁷. En las décadas de 1980 y 1990 todavía había muy pocos artículos que abordaran cuestiones éticas en este ámbito⁸.

En el año 2002 fue Laura Lee Swisher quien compiló y sistematizó los trabajos académicos que abordaron

cuestiones éticas en kinesiólogía entre los años 1970-2000. Su objetivo era desarrollar un modelo que describiera esta evolución⁴. Según esta investigación, los principales temas que se describen en la literatura en el período 1970-1979 fueron el establecimiento del papel de la/ del kinesiólogo/a como tomador de decisiones éticas, el consentimiento informado, la ética de la investigación y la enseñanza de la ética en kinesiólogía. En el período 1980-1989 los tópicos principales fueron: la aplicación de principios filosóficos a problemas éticos, la justicia en la asignación de recursos, el consentimiento informado y la responsabilidad ética de la práctica autónoma. En el último período analizado (1990-2000) se agregaron los problemas vinculados a la atención médica administrada (*managed care*) y los recursos escasos, los prejuicios y la discriminación, y la evolución de la relación entre kinesiólogas/os y pacientes. Finalmente, en la revisión de la literatura de Swisher se destaca la necesidad de identificar las cuestiones éticas propias del ejercicio de la kinesiólogía⁴.

Siguiendo esta línea, diversas/os autoras/es continuaron realizando revisiones sistemáticas de cuestiones éticas en kinesiólogía desde el año 2000 en adelante. Carpenter y Richardson llevaron a cabo una revisión de la literatura sobre el conocimiento de ética en kinesiólogía entre los años 2000 y 2008¹². Se destacan los siguientes temas: desarrollo de la ética de la kinesiólogía; cuestiones éticas relacionadas con la realización y publicación de investigaciones sobre kinesiólogía; investigaciones empíricas que abordan cuestiones y dilemas éticos en el ejercicio de la kinesiólogía, la integración del razonamiento ético en la toma de decisiones clínicas; así como el desarrollo de modelos teóricos que vinculan la práctica de la kinesiólogía con la ética¹².

Poulis abordó cuestiones bioéticas en kinesiólogía e identificó la estrecha relación física que se establece entre terapeuta y paciente como uno de los temas clave. Esto frecuentemente implica tocar al/a la paciente o hacer ejercicios asistidos, también puede incluir movilización del cuerpo, así como masajes¹⁷.

Entre los problemas éticos abordados en las revisiones sistemáticas se destaca lo que se denomina como la "práctica restringida" de la/del kinesiólogo/a (*constrained physical therapist practice*). Esta situación se presenta cuando la/el profesional se ve obligada/o a proporcionar una atención diferente de la requerida teniendo en consideración las necesidades de salud de su paciente¹⁴. Las causas de la práctica restringida pueden ser internas (propias de la persona, como falta de experiencia) o externas (como leyes o

reglamentaciones). Los efectos de la atención restringida pueden ser débiles o fuertes, es decir, no tener un efecto discernible en la/el paciente o afectarla/o causándole un daño por esta restricción en la atención¹⁴. La situación dilemática planteada por la "práctica restringida" es muy frecuente y transversal a las diversas especialidades, y ha sido recogida por la literatura desde los inicios del debate ético en kinesiología^{7-8,15,49}.

Diversas autoras/os abordan también la problemática ética vinculada al consentimiento informado y la confidencialidad en kinesiología^{10-11,16}. Si bien es una problemática ética reconocida y presente en los códigos de ética y Colegios de diversas asociaciones de kinesiólogas/os, su incorporación al día a día de la atención presenta particularidades y resistencias⁵⁰⁻⁵².

Finalmente, Triezenberg, en la reconstrucción que realiza Šore Galleguillos clasifica los problemas éticos en fisioterapia en tres tipos: 1) problemas relacionados con el bienestar y los derechos de los pacientes; 2) problemas relacionados con el rol profesional y con la responsabilidad y 3) problemas relacionados con relaciones de negocios y factores económicos.

1) Problemas relacionados con el bienestar y los derechos de los pacientes:

- > Identificación de factores que constituyen el consentimiento informado.
- > El derecho a la protección de la confidencialidad.
- > Prevención e identificación del abuso sexual y físico.
- > Empleo de guías éticas para el uso de seres humanos en investigación.
- > Atención a todos los pacientes según sus necesidades sin tener en cuenta sus factores personales o sociales.
- > Definición de los límites de la intervención del fisioterapeuta.

2) Problemas relacionados con el rol profesional y con la responsabilidad:

- > La sobreexplotación o sobrecarga de los servicios de fisioterapia el mantenimiento de las competencias clínicas.
- > El adecuado nivel de entrenamiento del personal de soporte al fisioterapeuta.
- > La responsabilidad con el medio ambiente en el uso de productos contaminantes.
- > Los riesgos asociados con la atención de terapia física.
- > El deber de informar de malas conductas de colegas.

3) Problemas relacionados con relaciones de negocios y factores económicos:

- > Tarifas no abusivas.
- > Veracidad en la publicidad.
- > Adquisición de equipos o productos en que los fisioterapeutas pueden recibir un beneficio económico.
- > Fraudes en la contabilidad de terapia física^{8,20}.

Resultados

En el último eje de la encuesta se presentaron cinco escenarios (E) en los cuales podían darse dos tipos de situaciones problemáticas desde un punto de vista ético: las relacionadas única o principalmente con el vínculo kinesiólogo-paciente (escenarios 1 y 2); y aquellas que estaban vinculadas principalmente con las dinámicas de trabajo, las prácticas institucionales y la disponibilidad de recursos (escenarios 3-5). La elección de los escenarios éticamente problemáticos abrevó de la literatura sobre el tema y de la experiencia de las/os autoras/es de este trabajo y participantes del grupo de investigación proveniente tanto de su práctica clínica como de su labor docente en la enseñanza de la bioética en kinesiología.

Los escenarios eran los siguientes:

1. En una jornada de capacitación en kinesiología se muestran imágenes y videos de pacientes indicando sus patologías y tratamientos sin haber solicitado su autorización y consentimiento para mostrar esos registros. Aunque los rostros están cubiertos, pueden identificarse ciertos rasgos (género, edad, etc.).
2. Un joven deportista llega al consultorio kinésico donde realiza un tratamiento para lumbociatalgia. La kinesióloga le solicita que se desvista y se acueste en la camilla. La profesional realiza una maniobra en la zona afectada tocando el cuerpo del paciente sin previo aviso y sin informar el motivo u objetivo.
3. Una paciente llega a la consulta y al ver al kinesiólogo pone mala cara porque sabe que tendrá que volver a contarle su situación una vez más, ya que desde que comenzó su tratamiento fue atendida por varias/os kinesiólogas/os diferentes que no actualizaron la historia clínica.
4. En un centro de rehabilitación seis pacientes son atendidos en boxes en simultáneo por el kinesiólogo lo que hace que el tiempo destinado a cada uno sea limitado.
5. Una paciente con una patología compleja que es atendida en un consultorio privado fue autorizada por su obra social para recibir un número determinado de sesiones que es inferior a la cantidad de sesiones necesarias para tratar su patología.

En cada escenario se le pidió al/ a la encuestado/a que señalara si para él o ella esa situación era muy problemática, algo problemática, poco problemática, nada problemática, NS/NC (grado de conflictividad) y si consideraba que sucedía muy frecuentemente, frecuentemente, ocasionalmente, raramente, nunca, NS/NC (grado de frecuencia).

A continuación, presentamos los resultados generales. En términos generales, se puede observar que todas las situaciones presentadas son percibidas como muy problemáticas o algo problemáticas, partiendo de un piso de 61,1% para el escenario 1 y llegando al 100% en el escenario 5 (E2: 81,5%; E3: 88,9% E4: 98,2%). Los problemas éticos relacionados con las dinámicas de trabajo, las prácticas institucionales y la disponibilidad de recursos (E 3, 4 y 5) fueron considerados como los más problemáticos.

Respecto de la frecuencia, también se observa una amplia aceptación, siendo consideradas como muy frecuentes o frecuentes todas las situaciones, ocupando el primer lugar el escenario 4 con un 98,1%, seguido por el E5 con 88,9%; el 3 con 77,7%, el E2 con 68,5% y el 1 con 64,8%. Nuevamente, los problemas éticos relacionados con las dinámicas de trabajo, las prácticas institucionales y la disponibilidad de recursos (E 3, 4 y 5) fueron considerados como los más frecuentes. Considerado globalmente, el E4 fue visto como más

problemático y frecuente (81,5% lo vio como muy problemático y el 72,2% como muy frecuente). En el extremo opuesto, el E1 fue el considerado como más problemático solo por un 25,9% de encuestados y el E2 como muy frecuente solo por 18,5%.

Una de las cuestiones que nos planteamos al diseñar los indicadores de esta dimensión era si en la apreciación de los problemas influye la especialidad o rama de la kinesiología en la cual se desempeña el profesional. Los resultados analizados según área de trabajo muestran que solo para las personas que trabajan en docencia e investigación el E1 resulta muy problemático en el 100% de los casos, frente a un 50% de Hidroterapia (-50 pp., relevante) y a un 33% de Terapia intensiva (-67 pp.); ello desciende a un 30% para quienes trabajan en Otras áreas (-70 pp.), a un 25% de Clínica general (-75 pp.), y a un 17% de Geriatria (-83 pp.). En el otro extremo, el 100% de profesionales de Deporte ven tal situación como nada problemática, frente a un 50% de Neurología (-50 pp.) y a un 33% de Geriatria (-67 pp.). Asimismo, como puede observarse en los gráficos 7 y 8, el E4 es percibido como muy problemático en el 100% de los casos de las áreas de Traumatología y Ortopedia, Deporte, Hidroterapia y Docencia e Investigación; y como muy frecuente en el 100% de los casos en las áreas de Deporte, Geriatria, Hidroterapia y Docencia e Investigación.

Gráfico 7: Grado de conflictividad del escenario 4 según área de trabajo.



Fuente: elaboración propia.

Gráfico 8: Grado de frecuencia del escenario 4 según área de trabajo.

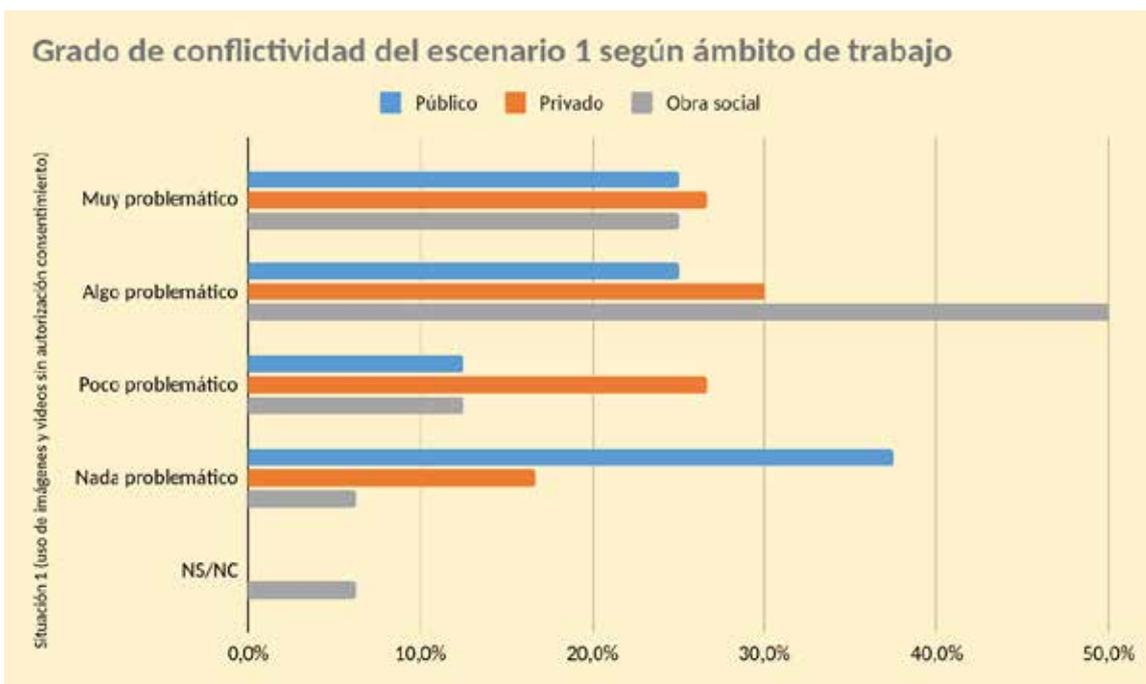


Fuente: elaboración propia.

También nos preguntamos si en la valoración de los problemas éticos influye el ámbito laboral al que pertenece el profesional. Si se analizan los escenarios según el ámbito de trabajo, se puede observar que el E1 fue considerado como el menos problemático en todos ellos. En el gráfico 9 se puede visualizar que del total de personas que percibieron este escenario

como nada problemático (16,7%), 37,5% corresponden al ámbito público, frente a un 17% del ámbito privado (-21 pp., relevante) y a un 6% de obra social (-32. pp.). En el gráfico 10 se puede apreciar que, respecto de la frecuencia, un 50% de profesionales del ámbito público observa tal situación muy frecuentemente, frente a un 30% del ámbito privado (-20 pp., relevante) y a un 13% de obra social (-39 pp.,).

Gráfico 9: Grado de conflictividad del escenario 1 según ámbito de trabajo.



Fuente: elaboración propia.

Gráfico 10: Grado de frecuencia del escenario 1 según ámbito de trabajo.



Fuente: elaboración propia.

Discusión

Uno de los resultados principales de este eje es que son percibidos como más problemáticos los problemas vinculados a la distribución de recursos y los vínculos institucionales que los que dependen del propio profesional. Los resultados del eje coinciden con lo planteado en la literatura sobre el tema. La caracterización actual de los problemas a los que deben enfrentarse las/os profesionales de la salud según la literatura muestra que en la relación profesional de la salud-paciente se observan otros actores y problemas por fuera de la díada. Salles analiza los conflictos de obligaciones que tienen los profesionales al tener que lidiar con las obligaciones hacia sus pacientes, pero también hacia la institución para la que trabaja, otros pacientes, su propia familia y la sociedad toda³³. Por su parte, Swisher y Page recogen este problema y lo presentan como una situación ética particularmente difícil de resolver y habitual para las y los kinesiólogos: cuando las normas éticas de su lugar de trabajo entran en conflicto con su moral, valores y deberes profesionales. Su perspectiva y la del Código de ética de APTA es que la obligación principal de las y los profesionales es con el/la paciente y no con la organización o los accionistas; e instan a las y los kinesiólogos a identificar, ocuparse y resolver este conflicto⁵³. Nalette aborda este problema y señala que muy frecuentemente la lealtad del profesional kinesiólogo/a está dividida entre sus empleadores y sus valores profesionales. El autor caracteriza y

analiza en profundidad este problema ético y lo denomina en términos de “práctica restringida”¹⁴. La atención brindada puede verse restringida cuando el/la kinesiólogo/a determina que un/a paciente necesita una intervención en particular, pero la cobertura de salud no lo incluye, o solo autoriza una intervención diferente. Y agrega que si el/la profesional elige brindar un servicio al paciente inferior al necesario sus acciones pueden ser consideradas como no éticas¹⁴. Otros autores también plantean este problema dando cuenta de lo habitual que es en la práctica de la kinesioterapia^{7,13,15,49}.

Otro resultado relevante es que el escenario 1, que indagaba sobre prácticas que implicaban el uso no autorizado de imágenes, no es percibido como tan problemático por las/os profesionales encuestadas/os, aunque sí como frecuente, a excepción de en el área de docencia e investigación, donde es considerado como muy problemático por todas las personas que respondieron el cuestionario. A pesar de que el resguardo de la privacidad y la protección de datos personales son temas clásicos en el ámbito de la bioética, y son materia regulada por normativa legal, no se refleja en los resultados de este estudio.

La encuesta no indagaba en el conocimiento sobre los aspectos legales del uso de imágenes o videos ni en las razones de por qué consideraban los escenarios planteados como problemáticos o no, por lo cual no podemos afirmar en base a los datos que el escenario

1 es considerado como el menos problemático por falta de entrenamiento o formación en cuestiones éticas o legales. Sin embargo, el hecho de que los profesionales del área de docencia e investigación, más acostumbrados a tratar con los aspectos legales y éticos de la profesión, lo hayan percibido como más problemático que el promedio podría mostrar un vínculo entre el grado de problematización y la formación en ética y bioética.

Ya la literatura ha advertido sobre la importancia de la formación en bioética en el ámbito de la kinesiología por diversas razones²⁸. Swisher vinculó la ética con la autonomía profesional: durante décadas las/os kinesiólogas/os han buscado y han logrado obtener un papel más autónomo en la toma de decisiones clínicas dentro del sistema de atención médica; esta autonomía refleja (o debería reflejar) una mayor complejidad de dilemas éticos y responsabilidad por parte de estas/os profesionales⁴. Por otra parte, diversas/os autoras/es destacan la importancia de la formación de estudiantes de kinesiología en ética como componente esencial para su futura práctica profesional^{8,28}. Así también para Gabard y Martín la ética en kinesiología constituye un elemento integral de la profesión¹⁶.

El escenario número 2, junto con el 1, fueron los considerados menos problemáticos. Estos resultados están en línea con algunas investigaciones realizadas con kinesiólogas/os que perciben el consentimiento informado como parte de su práctica de rutina más que como parte del proceso de brindar opciones al/a la paciente y propiciar su elección autónoma¹¹.

5. Conclusiones y consideraciones finales

En este trabajo se presentaron y discutieron los resultados de una encuesta a kinesiólogos/as sobre tres cuestiones centrales en el vínculo profesional de la salud-paciente: la presencia y relevancia de las virtudes, el desarrollo de habilidades y competencias y el rol de la familia en la comunicación con el/la paciente y los tipos de problemas éticos, su grado de conflictividad y frecuencia. El objetivo era determinar cómo operan estos tres ejes en el vínculo particular kinesióloga/o-paciente.

Respecto del eje virtudes el resultado principal que se

obtuvo es que todas las virtudes son consideradas como muy importantes o importantes por la mayoría de las personas encuestadas, siendo la empatía la que mayor adhesión tuvo -lo que coincide con la preeminencia dada a esta virtud en los numerosos estudios previos- y la ausencia de autointerés la que recibió respuestas más variadas. Esto se refleja en todos los grupos etarios, géneros y niveles de formación en bioética. No se encontraron diferencias significativas en la apreciación de las virtudes entre los distintos tipos de formación o género. Sin embargo, en lo que respecta a la variable edad, se observa que, a mayor edad de la persona encuestada, mayor relevancia se les concede a las virtudes.

Al igual que sucedió con el eje anterior, los resultados obtenidos en la dimensión Habilidades y competencias dentro del eje comunicación muestran que hay un importante acuerdo entre los/as encuestados/as en cuanto a la importancia de desarrollar un conjunto diverso de habilidades y competencias para lograr una buena comunicación con el paciente. Es en los enunciados vinculados al lenguaje en comunicación ("Informar claramente el tratamiento al paciente y comunicar y reproducir con claridad los ejercicios" y "Dar al paciente siempre las indicaciones por escrito, con lenguaje simple, claro y con letra legible" y "Saber leer el lenguaje corporal del paciente") donde se obtuvieron el 100% de respuestas afirmativas, lo que muestra la importancia dada a este aspecto de la comunicación por parte de los/as encuestados/as. Mientras que en frases relacionadas con otros aspectos ("En la atención kinésica es importante no dar por sobreentendidos conceptos de salud y conocimientos preexistentes" y "En la atención kinésica es importante saber dónde buscar información en caso de que no se sepa sobre la patología del paciente") se encuentran más matices (solo un 35% y un 61% dijeron estar totalmente de acuerdo, respectivamente). Cabe destacar también que las/os encuestadas/os coinciden con la perspectiva actual de que una atención adecuada de la salud requiere del desarrollo de sensibilidad cultural por parte de las/os profesionales sanitarios, en la medida en que el 94% sostuvo que "En la atención kinésica es muy importante conocer algo de la cultura o las costumbres de la comunidad o grupo de pertenencia del paciente".

Sin embargo, los resultados globales de la segunda dimensión (familia) muestran que no hay un grado de acuerdo tan importante entre quienes respondieron la encuesta respecto de las frases presentadas. Todas las afirmaciones presentan algún grado de desacuerdo total o parcial, siendo la cuarta frase ("Involucrar a los cuidadores y familiares en el proceso comunicativo

depende del deseo de cada paciente, no es algo que deba decidir el kinesiólogo”) la que presenta un grado de acuerdo mucho menor que el resto: solo un 11% manifestó estar totalmente de acuerdo. Estos resultados nos invitan a reflexionar sobre hasta qué punto el involucramiento de la familia en el proceso comunicativo depende solo del deseo del/de la paciente. Asimismo, se observan resultados contradictorios en las respuestas a las dos primeras afirmaciones en la medida en que obtuvieron grados de aceptación idénticos siendo que se trata de afirmaciones opuestas. Este hallazgo invita a revisar la formulación de dichas afirmaciones con el fin de evitar problemas en la comprensión ocasionadas por ambigüedades.

En cuanto al eje de problemas éticos, se encontró que son percibidos como más problemáticos los problemas vinculados a la distribución de recursos y los vínculos institucionales que los que dependen del propio profesional, lo que coincide con lo planteado en la literatura sobre el tema, según la cual en la relación profesional de la salud-paciente se observan otros actores y problemas por fuera de la díada. Otro resultado relevante es que el escenario que indagaba sobre prácticas que implicaban el uso no autorizado de imágenes en la mayoría de los casos no es percibido como tan problemático por las/os profesionales encuestadas/os, aunque sí como frecuente.

Dado que existe muy poca investigación sobre la relación kinesiólogo/a-paciente en general y sobre las virtudes, la comunicación y los problemas éticos en dicha relación en particular, este estudio constituye un aporte al debate sobre el tema tanto para el área de la bioética como para el campo de la kinesiología, contribuyendo con elementos empíricos en el avance de la caracterización y análisis de las cuestiones éticas en kinesiología.

Sin embargo, este estudio está sujeto a limitaciones. En primer lugar, se trata de una investigación que indaga sobre distintas cuestiones éticas a través de la opinión de las/os encuestados, en tal sentido, es un estudio sobre las percepciones y representaciones que tienen las/os kinesiólogas/os sobre dichas cuestiones, no sobre las cuestiones éticas en sí. En segundo lugar, explora las representaciones de un solo actor de la díada kinesiólogo/a-paciente, esto es, el propio profesional de la salud. Acaso sea conveniente complementar este estudio con la perspectiva de las/os pacientes. En tercer lugar, se realizó un análisis estadístico preliminar que podría ser profundizado en el futuro, cruzando más aspectos de la misma variable. En cuarto lugar, este análisis se realizó sobre tres variables, en una de las cuales se analizaron dos dimen-

siones de cuatro; el análisis del resto de las variables y dimensiones exploradas en la encuesta se presentarán en otras publicaciones académicas en el corto plazo. En quinto lugar, la muestra de este estudio está limitada al partido de La Matanza. Sería conveniente continuar replicando esta encuesta en otras jurisdicciones con el fin de comparar resultados, aspecto que está siendo desarrollado por el equipo de investigación. Por último, los resultados del eje de comunicación mostraron dos debilidades frecuentes en los estudios cualitativos. Por un lado, la necesidad de revisar cuidadosamente los enunciados que se realizan en las encuestas. A pesar de que el instrumento fue validado por un grupo de expertos y tuvo una prueba piloto, hay indicios de que algunas de estas afirmaciones no fueron comprendidas en el sentido que los y las autoras lo diseñaron. Por otro lado, las preguntas de ese eje no apuntaban a las causas de por qué se estaba de acuerdo o no con las afirmaciones propuestas (por ejemplo respecto de la importancia de comunicarse con la familia), sin embargo, resulta interesante explorar las causas y motivaciones al menos de algunas de esas respuestas. En tal sentido, podrían realizarse estudios complementarios con ese objetivo, utilizando instrumentos tales como entrevistas en profundidad.

La labor de investigación realizada en esta encuesta fue ardua dada la escasez de literatura que aborde el tema y de instrumentos existentes que indaguen en la relación kinesiólogo/a-paciente. Pero fue una tarea colaborativa y formativa para todo el equipo de investigación. A su vez, la realización de esta investigación y la consecuente confección e implementación del instrumento estuvo atravesada por la pandemia de covid-19 y con todo lo que ello implicó para las personas en general, por el aislamiento preventivo obligatorio, y para las/os profesionales de la salud en particular. Esto nos llevó a reorganizar algunas actividades planteadas inicialmente (que implicaban instancias presenciales) y nos alentó a incorporar en la propia encuesta elementos de la misma realidad que estábamos viviendo.

Concluimos este trabajo con la alegría de haber realizado un aporte a la bioética y a la kinesiología; haber propiciado y alentado la investigación en kinesiología en estudiantes, jóvenes recibidos y kinesiólogas/os y otras/os profesionales de la salud y haber plantado una semilla para el inicio de una línea de investigación en bioética y kinesiología con perspectiva local y situada.

Bibliografía

- Gordon JS. Bioethics. Internet Encyclopedia of Philosophy [sede web]. 2012. Disponible en: <http://www.iep.utm.edu/bioethic/>
- Purtilo RB. Understanding ethical issues: the physical therapist as ethicist. *Phys Ther.* 1974; 54:239–242. <https://doi.org/10.1093/ptj/54.3.239>
- Purtilo RB. Ethics teaching in allied health fields. *Hastings Cent Rep.* 1978; 8(2):14–16. <https://doi.org/10.2307/3560399>
- Swisher LL. A retrospective analysis of ethics knowledge in physical therapy (1970–2000). *Phys Ther.* 2002 Jul;82(7):692–706. PMID: 12088466. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12088466/>
- Ricci Fuentes MV, San Martín Ramírez V. Dilemas éticos en el quehacer kinesico. *Revista Ciencias de la Actividad Física.* 2013;14(2): 47–54. ISSN: 0717-408X. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=525657741006>
- Santi, M. F. et al. "Conflictividad y frecuencia de problemas éticos presentes en la práctica profesional según kinesiólogos/os del partido de La Matanza. Estudio descriptivo", *Revista de Investigaciones del Departamento de Ciencias de la Salud*, 2(2):11–20, UNLaM, e-ISSN: 2796-9991. Disponible en: <https://doi.org/10.54789/rs.v2i2.25>
- Guccione AA. Ethical issues in physical therapy practice: a survey of physical therapists in New England. *Phys Ther.* 1980; 60:1264–1272. <https://doi.org/10.1093/ptj/60.10.1264>
- Triezenberg HL. The identification of ethical issues in physical therapy practice. *Phys Ther.* 1996;76(10):1097–107; discussion 1107–8. doi: 10.1093/ptj/76.10.1097. PMID: 8863763.
- Finch E, Geddes EL, Larin H. Ethically-based clinical decision-making in physical therapy: process and issues. *Physiother Theory Pract.* 2005 Jul-Sep;21(3):147–62. doi: 10.1080/09593980590922271. PMID: 16389696.
- Delany CM. Respecting patient autonomy and obtaining their informed consent: ethical theory—missing in action. *Physiotherapy.* 2005;91:197–203. <http://dx.doi.org/10.1016/j.physio.2005.05.002>
- Delany CM. In private practice, informed consent is interpreted as providing explanations rather than offering choices: a qualitative study. *Aust J Physiother.* 2007;53(3):171–7. [https://doi.org/10.1016/s0004-9514\(07\)70024-7](https://doi.org/10.1016/s0004-9514(07)70024-7). PMID: 17725474.
- Carpenter C, Richardson B. Ethics knowledge in physical therapy: a narrative review of the literature since 2000. *Phys Ther.* 2008;13:366–374. <https://doi.org/10.1179/174328808X356393>
- Triezenberg HL, Davis CM. Beyond the code of ethics: Educating physical therapists for their role as moral agents. *J Phys Ther Educ.* 2000;14(3):48–58. <https://doi.org/10.1097/00010146-200010000-00009>
- Nalette E. Constrained Physical Therapist Practice: An Ethical Case Analysis of Recommending Discharge Placement From the Acute Care Setting. *Phys Ther.* 2010;90(6): 939–952. <https://doi.org/10.2522/ptj.20050399>
- Greenfield BH, Anderson A, Cox B, Tanner MC. Meaning of caring to 7 novice physical therapists during their first year of clinical practice. *Phys Ther.* 2008; 88:1154–1166. <https://doi.org/10.2522/ptj.20070339>
- Gabard DL, Martin MW. *Physical therapy ethics*, McGraw Hill. 2011.
- Poulis I. Bioethics and physiotherapy. *J Med Ethics.* 2007; 33:435–436. <https://doi.org/10.1136%2Fjme.2007.021139>
- Amer Cuenca JJ, Martínez Gramage J. Estudio del marco de referencia bioético en estudiantes españoles de Fisioterapia. *Revista iberoamericana de fisioterapia y kinesioterapia.* 2009;12(1):4–11.
- Praestegaard J, Gard G. Ethical issues in physiotherapy—Reflected from the perspective of physiotherapists in private practice. *Physiother Theory Pract.* 2013;29(2):96–112. doi:10.3109/09593985.2012.700388.
- Šore Galleguillos J. Bioética en la práctica clínica del fisioterapeuta. *Rev Bio y Der.* 2020; 48: 193–207.
- Drolet MJ, Hudon A. Theoretical frameworks used to discuss ethical issues in private physiotherapy practice and proposal of a new ethical tool. *Med Heal Care Philos.* 2014;18(1):51–62. doi:10.1007/s11019-014-9576-7.
- Ávila Alarcón V, Carrasco Alfaro C, Osorio Cerda L, Calzadilla Núñez A, Díaz Narváez VP. Estudio transversal de empatía con el paciente en estudiantes de kinesioterapia. *Educ Med Super [Internet].* 2020; 34(2):e1919. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412020000200008&lng=es. Epub 01-Jun-2020.
- Ramos Pison M, Vega Yáñez N, Morales Fritis L, González Zapata F, Sandoval Tapia D. Empatía y estudiantes de kinesioterapia. *Rev Ciencias Médicas [Internet].* 2019; 23(2):295–301. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942019000200295&lng=es.
- Rojas Serey AM, Castañeda Barthelemiez S, Parraguez Infesta RA. Orientación empática de los estudiantes de dos escuelas de kinesioterapia de Chile. *Educ. méd. [Internet].* 2009; 12(2):103–109. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132009000300006&lng=es.
- Torres Narváez MR. Bioética y fisioterapia. Serie Documentos de Investigación 16. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, 2007. Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/96de3e8c-e00d-4681-9b31-374b4f61b67e/content>
- Muñoz Fernández SA, Perafán González DY. Ética y bioética en Fisioterapia. En: Bermeo De Rubio M, Pardo Herrera I. eds. *De la ética a la bioética en las ciencias de la salud* [online]. Santiago de Cali: Editorial Universidad Santiago de Cali, 2020, pp. 195–225. ISBN: 978-62-87501-63-8. Available from: <https://books.scielo.org/id/trn8b/pdf/bermeo-9786287501638-10.pdf>. <https://doi.org/10.35985/9789585147744>.
- Moscoso Herrera JR. Los dilemas del fisioterapeuta en el área asistencial: una mirada a la toma de decisiones. *mov.cient.* 2011;5(1):6–24
- Robinovich Benadof J, Morales Manriquez K, Oppliger Quinteros W, Arriagada López A. Formación en ética de los estudiantes de la carrera de kinesioterapia de la universidad de la frontera. En Correa FJL. editor. *Docencia de la bioética en Latinoamérica*, FELAIBE, Sociedad Chilena de Bioética y Fundación Ciencia y Vida, Fundación Interamericana Ciencia y Vida; 2011. p. 219–224.
- Capón C, Giorgetti L.M. Aspectos bioéticos al principio de la vida. *Revista científica, Colegio de kinesiólogos de la Provincia de Buenos Aires.* 2010;9(33):7–20
- Fabrissin A. Análisis del entendimiento de los estudiantes sobre cuestiones de ética profesional y derechos del paciente en las prácticas de Kinesioterapia y Fisiatría de la UGR. Tesina presentada para acceder al título de grado de la carrera de licenciatura en kinesioterapia y fisiatría. Director: Lic. Silva, Gustavo Fecha de Presentación: 28/08/2020. Universidad del Gran Rosario, Argentina.
- Leite Ladeira T, Koifman L. Bioética na prática clínica do fisioterapeuta: concepções de docentes e discentes. *Rev. Bioét.* 2021;29(3):588–599. DOI: 10.1590/1983-80422021293494
- Vidal SM. Nuevas y viejas preguntas en la educación en Bioética. En Vidal SM (Editora). *La Educación en Bioética en América Latina y el Caribe: experiencias realizadas y desafíos futuros*, UNESCO. 2012.
- Salles A. La relación médico-paciente. En: Luna F, Salles A. Editor. *Bioética: Nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. FCE; 2008. p. 137– 164.
- Manzini JL. Relación médico-paciente. En Tealdi JC. (ed.) *Diccionario Latinoamericano de Bioética*, UNESCO, 2008: 441–444.
- Emanuel E, Emanuel L. Four Models of the Physician–Patient Relationship. *Journal of the American Medical Association.* 1992; 267(16): 2221–2226.
- Siegler M. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. Las tres edades de la medicina y la relación médico-paciente. Fundació Víctor Grífols i Lucas. c/ Jesús i Maria (ed.) 2011;16
- Beauchamp T, Childress J. *Principios de ética biomédica*. Buenos Aires. Masson (ed.) 4ta edición. 1998
- Clouser KD, Gert B. A Critique of Principlism. *Journal of Medicine and Philosophy.* 1990;15(2):219–236.
- Bolivar A. El lugar de la ética profesional en la formación universitaria. *Revista Mexicana de Investigación Educativa* 2005; 10 (24):93–123
- Pellegrino E. Hacia una ética normativa para las profesiones sanitarias basada en la virtud. *Kennedy institute of ethics journal.* 1995; 5(3): 253–277
- Organización Mundial de la Salud y Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. *El derecho a la salud*. Folleto informativo N° 31. 2008.
- Revuella G. Conflictos éticos de la comunicación médica en internet. En Revuella G. (coord.) *Dilemas y acuerdos éticos en la comunicación médica*. Aranzandi, 2010.
- Eveleigh RM, Muskens E, van Ravesteijn H, van Dijk I, van Rijswijk E, Lucassen P. An overview of 19 instruments assessing the doctor–patient relationship: different models or concepts are used. *J Clin Epidemiol.* 2012;65(1):10–5. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2011.05.011>

44. Aristóteles. Ética Nicomáquea. Planeta DeAgostini, 1997.

45. Díaz Narváez VP, Salas Alarcón D, Bracho Milic F y Ocaranza Ozimica J. Empatía en estudiantes de kinesiología. Universidad Mayor, sede Temuco, Chile. Revista Ciencias de la Salud. 2015;13(3):383-393. ISSN: 1692-7273. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56242524006>

46. Martínez A, Patiño S, Paseiro G, Martínez S, Náchez N, Fernández R. Influencia del contexto en la calidad de la entrevista clínica en Fisioterapia. Rev Iberoam Fisioter Kinesiol 2001;4(2):75-80

47. Hardwig J. What about the family? Hastings Center Report. 1990;20(2):5-10

48. Van Willigen Z, Ostler C, Thackray D, Cusack R. Patient and family experience of physical rehabilitation in the intensive care unit: a qualitative exploration. Physiotherapy. 2020; 109:102-110.

49. Purtilo RB. Whom to treat first, and how much is enough? Ethical dilemmas that physical therapists confront as they compare individual patients' needs for treatment. Int J Technol Assess Health Care. 1992 Winter;8(1):26-34. <https://doi.org/10.1017/s0266462300007881>. PMID: 1601590.

50. Code of ethics for the physical therapist [Internet]. APTA.2020.Disponible en: <https://www.apta.org/apta-and-you/leadership-and-governance/policies/code-of-ethics-for-the-physical-therapist>

51. COKIBA. Consentimiento informado [Internet]. Disponible en: https://autogestion.cokiba.org.ar/pdf/consentimiento_informado.pdf

52. Swisher LL, Royeen CB. Rehabilitation ethics for interprofessional practice. Sudbury, MA, Estados Unidos de América: Jones and Bartlett; 2019.

53. Swisher LL, Page C. Professionalism in physical therapy: history, practice, Elsevier Inc. 2005.

VII. El grupo de expertos estuvo formado por: Cristina Oleari – Kinesióloga (Universidad de Buenos Aires); Guillermo Scaglione – Kinesiólogo, médico y psicólogo (Universidad Nacional de La Matanza); Martín Di Marco – Sociólogo y Metodólogo (Universidad de Buenos Aires y Universidad Nacional de La Matanza); Santiago Gómez Argüello – Kinesiólogo (Universidad Nacional de La Matanza); y Marta Giacomino – Kinesióloga (Universidad Nacional de Entre Ríos).

VIII. Las otras dos dimensiones eran comunicación en la alianza terapéutica y comunicación en el efecto nocebo.

Referencias

I. La denominación varía de país en país: kinesiología, fisioterapia, terapia física, physical therapist son las principales. Al citar algún/a autor/a respetaremos su uso en la denominación de la disciplina.

II. Esto se refleja en la reciente incorporación de la Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría al artículo 43 de la Ley de Educación Superior. Ver: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/nuevas-carreras-de-interes-publico-y-nuevos-estandares-de-acreditacion>.

III. Los resultados de dicho proyecto de investigación no han sido ni difundidos ni publicados aún. Son presentados por primera vez en el presente trabajo. No obstante esto, resultados parciales en una versión anterior y más breve del eje 5 "problemas éticos" fue enviada para su publicación a una revista científica. Dicho artículo se encuentra en revisión por pares.

IV. Agradecemos al COKIBA por su invaluable colaboración para distribuir la encuesta y especialmente a todas/os las/os kinesiólogas/os que la respondieron.

V. En la Argentina existe la ley 27499 conocida como Ley Micaela que establece la capacitación obligatoria en la temática de género y violencia contra las mujeres para todas las personas que se desempeñen en la función pública en todos sus niveles y jerarquías en los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial de la Nación. El objetivo de la ley es brindar herramientas y (de)construir sentidos comunes, que cuestionen la desigualdad y la discriminación, y transformen las prácticas concretas de las políticas públicas. Se basa en cuatro ejes temáticos: sobre derechos humanos; marco normativo nacional e internacional; e introducción a la perspectiva de género. De acuerdo con esta ley, las universidades nacionales, ministerios, y otras instancias pertenecientes a la esfera pública diseñaron cursos o capacitaciones para sus empleados y estudiantes.

VI. El eje 3 de la encuesta indagó específicamente sobre estas cuestiones. Aunque no incluimos el análisis de ese eje en este trabajo, podemos señalar que casi la mitad de las personas encuestadas no había utilizado la teleasistencia antes de la pandemia, y que el 20% de quienes respondieron la usaron desde que comenzó la pandemia y hasta el día de hoy (frente al 4% de quienes la usaban desde antes de la pandemia). Con respecto a la valoración de la relación kinesiólogo-paciente mediada por teleasistencia, más de la mitad de las personas encuestadas considera que se trata de una relación diferente, ni mejor ni peor que la relación tradicional (presencial), frente a un 26% que la concibe peor, un 6% igual que la relación tradicional, siendo nulo el porcentaje para quienes la ven como algo mejor.

