



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,  
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD

CAMPO DISCIPLINARIO DE HUMANIDADES EN SALUD

BIOÉTICA

## ANÁLISIS BIOÉTICO DE LA ATENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA DEL PACIENTE CON DOLOR CRÓNICO EN MÉXICO

# TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
MAESTRA EN CIENCIAS

PRESENTA:

**FERNANDA DE BLAS LÓPEZ**

TUTOR PRINCIPAL: MARIBLANCA RAMOS ROCHA

DEPARTAMENTO DE HISTORIA Y FILOSOFÍA DE LA MEDICINA

Ciudad Universitaria, CD. MX.

Enero 2021



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
1. Objeto de estudio.....	4
2. Objetivos.....	5
3. Preguntas de investigación.....	5
4. Metodología.....	6
5. Estructura de la tesis.....	6
CAPÍTULO I: La Fisioterapia como Profesión de la Salud.....	7
1.1. Definición de la Profesión.....	8
1.2. Antecedentes Históricos y Sociales de la Fisioterapia.....	11
1.3. Antecedentes Institucionales de la Fisioterapia en México.....	14
1.4. Antecedentes Académicos de la Fisioterapia en México.....	15
1.5. Creación de Asociaciones Mexicanas de Terapia Física.....	16
1.6. Marco legal de la Fisioterapia.....	17
1.7. Hitos del Desarrollo de la Identidad en Fisioterapia.....	18
1.8. Discusión.....	19
CAPÍTULO II: El Paciente con Dolor Crónico.....	22
2.1. Definición del Dolor Crónico.....	22
2.2. Contexto del Dolor Crónico.....	24
2.3. Fisiopatología del Dolor.....	27
2.4. Modelos Explicativos del Dolor: Desde la Teoría Cartesiana hasta las Teorías Unificadoras del Dolor.....	28
2.5. Clasificación del Dolor.....	32

2.6. Aspectos Psicológicos del Dolor Crónico.....	33
2.7. Aspectos socioculturales del Dolor Crónico.....	34
2.8. Tratamiento del Dolor Crónico.....	36
2.9. El Padecer del Paciente con Dolor Crónico.....	41
2.10. Discusión.....	43
CAPÍTULO III: Vulnerabilidad y Autonomía en el Paciente con Dolor Crónico.....	44
3.1. Vulnerabilidad en el Paciente con Dolor Crónico.....	45
3.1.1. Concepto de Vulnerabilidad.....	45
3.1.2. Vulnerabilidad en el Ámbito de la Atención Médica.....	49
3.1.3. Vulnerabilidad Antropológica.....	50
3.1.4. Vulnerabilidad Social.....	52
3.1.5. Vulnerabilidad Cultural.....	53
3.1.6. Principio de Protección a la Vulnerabilidad.....	55
3.2. Autonomía en el Paciente con Dolor Crónico.....	56
3.2.1. Concepto de Autonomía.....	56
3.2.2. Principio de Respeto a la Autonomía de Kemp y Rendtorff.....	57
3.2.3. Principio de Respeto a la Autonomía de Beauchamp y Childress.....	63
3.3. Discusión.....	64
CAPÍTULO IV: Relación Fisioterapeuta-Paciente con Dolor Crónico.....	66
4.1. Fisioterapeuta como Profesional de la Salud.....	66
4.1.1. Valores Profesionales del Fisioterapeuta.....	70
4.1.2. Razonamiento Ético en Fisioterapia.....	71
4.1.3. Perfil Profesional del Fisioterapeuta.....	72
4.1.4. Límites Profesionales del Fisioterapeuta.....	74

4.2. Relación entre el Fisioterapeuta y el Paciente con Dolor Crónico.....	76
4.2.1. Comunicación entre el Fisioterapeuta y el Paciente con Dolor Crónico.....	79
4.2.2. Contacto Físico entre el Fisioterapeuta y el Paciente con Dolor Crónico.....	82
4.2.3. Confianza entre el Fisioterapeuta y el Paciente con Dolor Crónico.....	83
4.2.4. Compromiso entre el Fisioterapeuta y el Paciente con Dolor Crónico.....	84
4.3. Beneficencia y No Maleficencia en la Atención del Paciente con Dolor Crónico.....	86
4.4. Responsabilidad en la Relación Fisioterapeuta-Paciente con Dolor Crónico.....	89
4.4.1. Responsabilidad del Fisioterapeuta.....	90
4.4.2. Responsabilidad del Paciente con Dolor Crónico.....	91
4.5. Discusión.....	92
CAPÍTULO V: Discusión y Recomendaciones.....	95
5.1. El Fisioterapeuta como cuidador.....	96
5.2. El individuo que padece dolor crónico.....	98
5.3. El marco ético de la atención fisioterapéutica del paciente con dolor crónico.....	100
5.4. La alianza terapéutica desde la Responsabilidad.....	103
5.5. Conclusiones.....	107
BIBLIOGRAFÍA.....	109
ANEXO 1.....	118
ANEXO 2.....	120

# INTRODUCCIÓN

## 1. Objeto de estudio

El objeto de estudio de esta tesis es el paciente con dolor crónico. Para caracterizarlo se toma en cuenta su situación de vulnerabilidad, así como la responsabilidad bioética del fisioterapeuta al tratar a dicho paciente.

La importancia de realizar una investigación bioética acerca de la responsabilidad que tienen los fisioterapeutas ante los pacientes con dolor crónico radica en que, al ser la fisioterapia una disciplina nueva, es necesario delimitar su abordaje terapéutico y diferenciarlo del ejercicio profesional de la medicina. Si bien estas dos disciplinas comparten el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente, la forma en la que se realizan los procedimientos diagnósticos y terapéuticos no son iguales.

Existen múltiples razones para considerar el dolor crónico como problema de atención en salud. El primero y más importante es su gran prevalencia. El dolor es un fenómeno multivalente, dinámico y ambiguo, por tanto, es difícil de cuantificar la epidemiología del dolor crónico en todo el mundo. Se estima que el 10% de la población mundial sufre dolor crónico y la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que hasta 1 de cada 10 personas adultas son diagnosticadas con dolor crónico cada año. De aquellos que viven con dolor crónico, la mediana del tiempo de exposición es de 7 años [Goldberg, et al., 2011:1].

La falta de eficacia de los tratamientos para disminuir el dolor puede conllevar riesgos como los que plantea la Sociedad Española de Dolor (SED), que estima que el 29% de los pacientes suele recurrir a la automedicación para tratar su dolor. Esto puede llevar a que el paciente experimente los efectos adversos de los medicamentos utilizados y exista riesgo de interacciones [Torralba, et al., 2014:19].

Tanto la prevalencia e incidencia del dolor crónico, como la gravedad de dicho dolor como la magnitud de cualquier discapacidad acompañante son factores clave para conocer su importancia, ya que la combinación de dolor persistente y trastornos psicológicos produce una discapacidad significativa en todo el mundo [Goldberg, et al., 2011:3].

El dolor y su tratamiento se distribuyen de forma muy desigual en las diferentes poblaciones del mundo. Los más desfavorecidos soportan mayores cargas de dolor persistente y menor probabilidad de tratamiento efectivo. Tales inequidades hacen que el tratamiento global del dolor sea un imperativo ético consecuente con los mandatos de la justicia social. Además, la falta de consideración del dolor ajeno por parte de los profesionales sanitarios constituye un problema ético de primera magnitud que afecta directamente a las personas y que atenta contra su dignidad como lo indican Soler [et al., 2014:50] y Goldberg [et al., 2011:3].

La medicina tiene en la actualidad la importante tarea de mejorar el tratamiento del dolor crónico poniendo los avances de la ciencia y tecnología médica al servicio de la atención de los pacientes con este tipo de sintomatología, pero es necesario caracterizar al paciente que padece dolor crónico como un todo tomando en cuenta la estrecha relación

de interdependencia entre su mundo interno (creencias, valores, sentimientos, etc.) y su realidad externa (rol familiar, social, creencias culturales, etc.) [Martínez, 2006:4].

A pesar de que para los profesionales de la salud es de gran importancia aliviar las enfermedades y el sufrimiento humano la atención médica no siempre está equipada para abordar los factores macrosociales (nivel socioeconómico, ocupación, raza, educación, etc.) que determinan los patrones de dolor y su distribución en las poblaciones. Por lo anterior el enfoque adecuado del tratamiento del dolor crónico en la actualidad se ha destacado por poner en juego la importancia y la necesidad de un enfoque integral [Goldberg, et al., 2011:2 & Pillay, 2015:151].

Por último, un tema relevante dentro de la investigación es la relación fisioterapeuta-paciente, la cual se lleva a cabo de diferente manera con relación a los demás profesionales de salud dado que el fisioterapeuta convive con el paciente de forma directa y cotidiana, y en algunos casos esta convivencia se mantiene hasta por años.

## **2. Objetivos**

Objetivo General:

Analizar desde una perspectiva bioética el ejercicio profesional del fisioterapeuta en el manejo del paciente con dolor crónico.

Objetivos específicos:

1. Analizar la situación de vulnerabilidad en el paciente con dolor crónico.
2. Analizar desde la bioética la responsabilidad del fisioterapeuta en el manejo del dolor crónico.
3. Reflexionar acerca del tipo de relación fisioterapeuta-paciente en el manejo del dolor crónico.

## **3. Preguntas de investigación**

¿Cuál es el ejercicio profesional del fisioterapeuta en el manejo del paciente con dolor crónico, desde una perspectiva bioética?

¿Cuál es la situación de vulnerabilidad en el paciente con dolor crónico?

¿Cuál es la responsabilidad del fisioterapeuta en el manejo del paciente con dolor crónico?

¿Cuáles son las características de la relación entre el fisioterapeuta y el paciente en el manejo del dolor crónico?

#### **4. Metodología**

Se llevará a cabo en un primer momento de la investigación un análisis y reflexión de textos con interpretación hermenéutica de los dos temas principales de la tesis: el paciente con dolor crónico y el fisioterapeuta como profesional de la salud.

Se tomará como base la teoría principialista para discutir las repercusiones bioéticas de la interacción entre el paciente con dolor crónico y el fisioterapeuta. Para ello se utilizarán dos principios: el principio de protección a la vulnerabilidad, desarrollado por Kemp y Rendtorff, y el principio de respeto a la autonomía, utilizando tanto la postura de Beauchamp y Childress como la de Kemp y Rendtorff. Además de estos autores, también se retoman autores como Lydia Feito y João Carlos Loureiro con el objetivo de analizar el concepto de vulnerabilidad desde sus propuestas.

Tomando en cuenta los principios de protección a la vulnerabilidad y de respeto a la autonomía, se llevará a cabo una propuesta acerca de los límites profesionales y la relación entre el terapeuta físico y el paciente con dolor crónico, tomando como eje de dicha relación el concepto de responsabilidad.

#### **5. Estructura de la tesis**

La tesis consta de 5 capítulos. Los primeros dos tienen como objetivo presentar los dos temas principales que se desarrollan a lo largo de la tesis: la fisioterapia como profesión de la salud y el paciente con dolor crónico.

En el tercer capítulo, y tomando en cuenta las características tanto del paciente como del terapeuta físico, se emplean los principios de protección a la vulnerabilidad y de respeto a la autonomía, los cuales servirán como marco de la relación fisioterapeuta-paciente con dolor crónico.

En el capítulo 4 se explica cómo la responsabilidad es el medio por el cual la relación de estos dos actores se puede llevar a cabo respetando los dos principios explicados anteriormente, tomando en cuenta que la responsabilidad de la que se habla es una responsabilidad compartida.

En el último capítulo se discutirán los planteamientos anteriores y se harán una serie de recomendaciones de cada tema expuesto, además se realizará una discusión.



## CAPÍTULO I: La Fisioterapia como Profesión de la Salud

Antes de adentrarnos en los sucesos históricos que hicieron que la fisioterapia se desarrollara como una profesión de la salud es importante reconocer la importancia de llevar a cabo este tipo de investigaciones. Como afirma Terlouw, grupos sociales minoritarios como lo son los fisioterapeutas tienden a no tener conciencia de una identidad colectiva ya que necesariamente implica un conocimiento compartido del pasado. La importancia de tener conciencia acerca de nuestra historia común es que es uno de los lazos que nos une como grupo social. Sin esto somos vulnerables a las imposiciones de estereotipos dudosos, así como a los prejuicios restrictivos sobre lo que es correcto y apropiado que hagamos o no. Así, la historia se vuelve una herramienta necesaria para la realización de este tipo de investigaciones ya que sirve como un depósito de experiencia a través del cual las personas desarrollan un sentido de identidad social, memoria colectiva y perspectivas a futuro [Terlouw, 2000:257].

Hablando específicamente de la terapia física, su historia es una de las claves para entender la profesionalización, ya que es el medio por el cual se define la fisioterapia y se determinan su misión y objetivos. Para forjar una identidad colectiva los fisioterapeutas deben construir sobre su conocimiento compartido del pasado. Como afirman Swisher & Page [2005;24], estudiar el desarrollo de la fisioterapia como profesión les recuerda a los miembros sus logros, les alerta sobre las posibilidades actuales y proyecta el futuro de su profesión. En este tenor, dichos autores mencionan que la historia también puede ayudar a responder ciertas preguntas; por ejemplo:

- ¿Qué une a los miembros de la profesión en un grupo?
- ¿Qué relaciones profesionales existen entre los terapeutas físicos y otros especialistas de atención médica? ¿Cómo evolucionaron estas relaciones?
- ¿Por qué se promulgaron leyes para regular la práctica de la fisioterapia y estas siguen siendo válidas las razones para promulgar estas leyes?
- ¿Qué hace que la práctica de fisioterapia sea diferente de un país a otro?
- ¿Qué nuevos problemas enfrenta la profesión y qué viejos problemas persisten?
- ¿Qué valores consideran importantes los fisioterapeutas?
- ¿Cómo ha cambiado la percepción del papel del terapeuta físico, tanto dentro como fuera de la profesión?

Las preguntas anteriores son relevantes para el análisis que se quiere llevar a cabo en el desarrollo de este capítulo y de la tesis en general, ya que, gracias a las respuestas o a la ausencia de estas, es como podemos vislumbrar la responsabilidad del fisioterapeuta en un escenario en específico como la atención del paciente con dolor crónico.

Es importante reconocer que, en general, los terapeutas físicos tienen poca conciencia histórica acerca de su profesión porque la subestiman, la encuentran poco útil o simplemente desconocen su relevancia. Terlouw señala a propósito que esto resulta en una "amnesia colectiva" sobre la especialidad [Swisher & Page, 2005:24]. Lo anterior

significa que tenemos un problema de identidad y esto puede considerarse una amenaza para la profesionalización de nuestra ocupación [Terlouw, 2000:257].

La “amnesia colectiva” es causada por el hecho de que la historia de la fisioterapia no solo es muy descuidada por los historiadores médicos, sino también por los propios fisioterapeutas, así que resulta relevante llevar a cabo investigaciones que no únicamente se realicen para la recolección de nombres, fechas y descubrimientos, sino que también se analice el proceso de cambio y el contexto en el que tienen lugar los hechos. También es necesario buscar respuestas a preguntas relacionadas con las estrategias de profesionalización de diferentes ocupaciones, las relaciones entre ellas, las cuestiones de género, las características y las relaciones entre la oferta y la demanda de servicios de salud, entre muchos otros temas de interés. El propósito de este tipo de investigaciones, entonces, es identificar tendencias y analizar causas y consecuencias. Es decir, se hace necesario interpretar la historia como un proceso y no solo como una serie de fechas y acontecimientos [Terlouw, 2000:258].

Por todo lo anterior es importante realizar un análisis acerca de las definiciones que se tienen sobre la profesión, así como los procesos que hicieron posible que la terapia física se desarrollara como una profesión independiente dentro del ámbito médico.

### 1.1. Definición de la Profesión

Para reconocer las razones que hicieron que la fisioterapia se haya consolidado como una más de las profesiones de la salud que dan atención a pacientes en nuestro país es importante remontarnos a las definiciones que ha tenido:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1958 a la fisioterapia como:

*"El arte y la ciencia del tratamiento por medio del ejercicio terapéutico, calor, frío, luz, agua, masaje y electricidad. Además, la fisioterapia incluye la ejecución de pruebas eléctricas y manuales para determinar el valor de la afectación y fuerza muscular, pruebas para determinar las capacidades funcionales, la amplitud del movimiento articular y medidas de la capacidad vital, así como ayudas diagnósticas para el control de la evolución" [ICPFC, 2019].*

En esta primera definición se distinguen los agentes físicos que se utilizan para el tratamiento del paciente. Se reconoce que los fisioterapeutas tienen la capacidad de llevar a cabo pruebas diagnósticas con el objetivo de determinar valores analíticos y funcionales.

En 1987, la Confederación Mundial de la Fisioterapia (WCPT, por sus siglas en inglés) realiza la siguiente definición:

*"La fisioterapia es el conjunto de métodos, actuaciones y técnicas que, mediante la aplicación de medios físicos, curan, previenen, recuperan y adaptan a personas afectadas de disfunciones somáticas o a las que se desea mantener en un nivel adecuado de salud" [ICPFC, 2019].*

El concepto anterior busca que se reconozca la capacidad de la fisioterapia no sólo en el tratamiento a pacientes, sino también para prevenir limitaciones y adaptar afecciones crónicas a una adecuada funcionalidad, o incluso a mantener un adecuado nivel de salud.

En México, el Colegio Nacional de Fisioterapia y Terapia Física (AMEFI) define a la Fisioterapia como:

*“Profesión del área de la salud cuyo propósito principal es la promoción óptima de la salud y la función incluyendo la generación y aplicación de principios científicos en el proceso de examinación, evaluación, diagnóstico y pronóstico funcional e intervención fisioterapéutica para prevenir, desarrollar, mantener y restaurar el máximo movimiento y capacidad funcional durante todo el ciclo de vida” [AMEFI, 2018].*

La definición que da la AMEFI de fisioterapia es actual al paradigma que le da sentido a esta disciplina. En primer lugar, porque la reconoce como una profesión de la salud; en segundo lugar, porque la ubica dentro del paradigma biomédico que le da sustento a la profesión y que la inscribe en una forma de producir conocimiento como lo es la ciencia. Incluye también todos los momentos en los que un fisioterapeuta puede actuar, así como las fases por las cuales el terapeuta físico trata al paciente. En tercer lugar, reconoce que la funcionalidad es el concepto clave en el quehacer fisioterapéutico y que por ello el principal objetivo de la fisioterapia es desarrollar, mantener y restaurar la capacidad funcional.

La fisioterapia como disciplina científica requiere de profesionales que desarrollen y lleven a cabo técnicas tanto diagnósticas como terapéuticas. Es por esto que los fisioterapeutas son los actores principales para el análisis de la profesión.

La WCPT explica que los terapeutas físicos:

*“brindan servicios que desarrollan, mantienen y restauran el movimiento máximo y la capacidad funcional de las personas. Pueden ayudar a las personas en cualquier etapa de la vida, cuando el movimiento y la función se ven amenazados por el envejecimiento, lesiones, enfermedades, trastornos, afecciones o factores ambientales. Los fisioterapeutas ayudan a las personas a maximizar su calidad de vida observando el bienestar físico, psicológico, emocional y social. Trabajan en las esferas de la salud de promoción, prevención, tratamiento/intervención, habilitación y rehabilitación” [WCPT, 2016].*

Con las definiciones anteriores podemos concluir que se puede considerar la fisioterapia como una profesión perteneciente a las ciencias de la salud, que posee cierta autonomía para la realización de técnicas de diagnóstico y tratamiento, y que dicha autonomía se considera un rasgo característico de toda disciplina dentro del campo científico [Senado de la República, 2015].

La fisioterapia se fundamenta en bases científicas, pero no se limita a un conjunto de procedimientos o técnicas, sino que requiere del conocimiento del ser humano en su totalidad. Es decir, debe reconocer la importancia de las esferas biológica, psicológica y

social del ser humano, ya que existe una interrelación estrecha entre estos tres ámbitos [Equipo de Marketing, 2014].

El Colegio Nacional de Fisioterapia y Terapia Física A.C. (AMEFI) define cinco características propias de la profesión:

1. **Movimiento:** La capacidad de moverse es un elemento esencial para la salud y el bienestar. El movimiento depende del funcionamiento integrado y coordinado del cuerpo humano a diferentes niveles. El movimiento es intencional y está influenciado por factores externos. La fisioterapia está directamente enfocada hacia las necesidades y el potencial de movimiento del individuo.
2. **Individuos:** Los individuos tienen la capacidad de cambiar como resultado de sus respuestas a factores físicos, psicológicos, sociales y ambientales. El cuerpo, la mente y el espíritu contribuyen al concepto de sí mismo y les permite desarrollar una percepción de sus propias necesidades y objetivos de movimiento. Los principios éticos obligan a los fisioterapeutas a reconocer la autonomía del paciente o el legítimo derecho para buscar sus servicios.
3. **Interacción:** La interacción pretende lograr un entendimiento mutuo entre el fisioterapeuta y el paciente, la familia y los cuidadores. Constituye una parte integral de la fisioterapia. La interacción es un prerrequisito para lograr un cambio positivo en la percepción corporal y el comportamiento motor que pueden promover la salud y el bienestar. La interacción incluye, a menudo, la relación con equipos interdisciplinarios para determinar las necesidades y formular los objetivos de la intervención fisioterapéutica y reconocer al paciente, a su familia y a sus cuidadores como participantes de este proceso.
4. **Autonomía Profesional:** El objetivo de la educación profesional universitaria, a nivel licenciatura, es preparar a los egresados para ser profesionales autónomos. Cuando se coarta la autonomía profesional se atenta contra la libertad del individuo. Cuando los fisioterapeutas egresan de programas universitarios son profesionales autónomos y cuando trabajan en forma individual con los pacientes, sus familias y cuidadores es posible la autonomía profesional para lograr un diagnóstico, el cual orientará sus intervenciones fisioterapéuticas.
5. **Diagnóstico fisioterapéutico o funcional:** El diagnóstico elaborado por el fisioterapeuta dentro de la fisioterapia es el resultado de un proceso de razonamiento clínico que tiende a identificar las deficiencias, limitaciones funcionales y habilidades potenciales existentes. El propósito del diagnóstico es guiar a los fisioterapeutas a determinar un pronóstico e identificar las estrategias de intervención más apropiadas para los pacientes y compartir la información con ellos. Durante la realización del proceso de diagnóstico el fisioterapeuta puede necesitar información adicional de otros profesionales. Si el proceso diagnóstico revela hallazgos que no están dentro del campo de conocimiento, experiencia o experticia del fisioterapeuta, éste referirá al paciente a otro profesional apropiado [AMEFI, 2019].

## 1.2. Antecedentes históricos y sociales de la fisioterapia

Hay acontecimientos que han promovido la terapia física como disciplina. En la búsqueda de los orígenes de la fisioterapia podrían enunciarse tres grandes grupos de acontecimientos determinantes:

1. La utilización de los agentes físicos de forma implícita desde la antigüedad
2. La racionalización del empleo de agentes físicos gracias al desarrollo de las ciencias
3. Los acontecimientos del siglo XX que han determinado la profesionalización de la fisioterapia [Gallego, 2007:2]

Los agentes físicos y su aplicación han estado siempre entre el arsenal terapéutico de aquellos que se encargaban de atender y de cuidar a las personas con enfermedades y lesiones [Gallego, 2007:1]. Gallego también afirma que se puede deducir que en la época primitiva los agentes físicos que estuvieron presentes fueron las fricciones, el uso del calor y del frío, los masajes, el ejercicio físico, entre otros. Estos se integran como elementos empíricos, es decir, no hay una base racional, por lo que se considerarán formas precientíficas de curación. Por otro lado, el autor afirma que la ayuda espontánea, la curación mágica y el empirismo fueron los primeros métodos de curación desde la época primitiva hasta la medicina griega, estas primeras actitudes han coexistido hasta el día de hoy, junto a lo que se conoce con el nombre de “medicina científica”. Finalmente, nos menciona Egipto aparecen las primeras referencias acerca de la utilización de la terapia manual, probablemente aplicada por los llamados “Sinu” o sanadores laicos, y el uso de agentes físicos. Afirma que también se tiene evidencia de la utilización de frío en la etapa inicial de una inflamación y de calor en las etapas más tardías. Además, se utilizó la exposición al sol con fines terapéuticos en recintos específicos para este fin.

Según Reyes [2006] en Mesoamérica los aztecas desarrollaron métodos terapéuticos en el agua por medio de “baños de vapor” llamados *temazcalli* y los mayas realizaban “baños de sudor” denominados *zumpulche*. En este mismo texto Reyes afirma que en la Antigua Mesopotamia se llevaban a cabo tratamientos mediante agentes físicos y también mediante la fitoterapia, es decir, terapéutica por medio de las plantas.

Por otro lado, Tipton [2014:110] nos dice que los ejercicios de respiración, considerados como gimnasia médica, se practicaban en China ya en 2600 a. C. Durante la era del Emperador Amarillo (1050–256 a. C.) estos ejercicios se utilizaron para sujetos que experimentaban escalofríos, fiebre o parálisis completa. Además, también se recomendaba el masaje con ejercicio de las extremidades. Durante este mismo período de tiempo, prevaleció la doctrina yin-yang, y se identificó a yang con la vida y la salud, mientras que la enfermedad y la muerte se asociaron con el yin.

Un siglo o más antes de que se propusieran los avances de Galeno, los médicos de India y Grecia reconocieron que, dentro de la tríada de inactividad-obesidad-diabetes, cada uno tenía el potencial de convertirse en una enfermedad. Es de interés histórico que los

médicos antiguos en estos lugares incluían el ejercicio en regímenes que se prescribieron para controlar, minimizar o tratar los efectos de estas enfermedades [Tipton, 2014:117].

En Gallego, [2007:5] encontramos que la India, dentro de sus textos *Brahmánicos* ya incluye la mayor aportación de la época, porque es aquí donde se desarrolla la terapia por medio del yoga, dividida en diversas partes, y que actualmente se relaciona con técnicas de cinesiterapia.

Se puede afirmar que un punto de referencia importante para el desarrollo de la fisioterapia lo constituye el florecimiento de la cultura helénica, es decir, se encuentra en Grecia un enfoque más racional para entender la salud, la enfermedad y la terapéutica, dejando de lado al empirismo en que se había basado hasta entonces todo acto médico [Reyes, 2006].

Por otro lado, Grillo [2016:88] explica que los antiguos griegos hicieron avances sustanciales en el uso de estos agentes. Hipócrates fue uno de los grandes impulsores de la terapia física, ya que tenía la filosofía terapéutica de ayudar mediante medios naturales las fuerzas de autocuración del cuerpo. Encima, desarrolló diferentes temas como los del movimiento y el masaje, ambos clasificados como agentes físicos.

Tiempo más tarde Galeno, de acuerdo con Melnick [2015:29], fue los primeros practicantes que defendían el uso de las técnicas de terapia manual y la hidroterapia para tratar a las personas. Además, según Jensen [Jensen, et al.2007:4], en Grecia se enfatizaron las propiedades curativas del calor del sol y el valor del ejercicio para producir “mentes sanas en cuerpos sanos”.

Aristóteles también realizó diversos estudios en el campo del movimiento del cuerpo del hombre, específicamente de la marcha humana. Indagó en el campo de la electroterapia mediante descargas eléctricas del pez torpedo, utilizándolo para los ataques de gota [Reyes, 2006].

Toda esta herencia terapéutica del mundo Helénico fue posteriormente perfeccionada por la Civilización Romana, lo que consolidó conceptos básicos de la masoterapia, la hidroterapia, la poleoterapia y los ejercicios terapéuticos [Reyes, 2006].

Puc, en un estudio de 2015 nos dice que, en la Edad Media, de manera general, hubo un estancamiento del desarrollo científico. El cristianismo prohibió la gimnasia y remite el desarrollo médico a curanderos, adivinadores o sabios para el tratamiento de enfermedades. La fisioterapia se siguió utilizando sólo mediante la aplicación de masajes con ungüentos medicinales y la utilización de aguas termales. En el islam y medio oriente se utilizaron los baños, el ejercicio físico, la masoterapia con fines terapéuticos y se entiende al movimiento como pilar para el mantenimiento de la salud. Por otro lado, menciona que en el Renacimiento la fisioterapia se desarrolla mediante los estudios acerca de la masoterapia y su aplicación en pacientes amputados, en cicatrices retráctiles y tejido atrofiado. Se desarrollaron también estudios de los efectos que el ejercicio físico y la gimnasia tienen en el organismo, así como sus indicaciones y contraindicaciones. Gracias a los conocimientos sobre electricidad se da un gran avance en la electroterapia. Finalmente, apunta, en el siglo XVII se atribuyen nuevos beneficios del ejercicio

terapéutico, así como la indicación para el tratamiento del pie equino varo y manipulación en columna para pacientes con raquitismo, así mismo, se retoma la hidroterapia con carácter científico. Hay grandes avances en el conocimiento sobre fisiología y actividad muscular [Puc, 2015].

Nand [2012:20] por su parte, afirma que, en el siglo XVIII, después del desarrollo de la ortopedia, se desarrollaron máquinas como el gymnasticon para el tratamiento de la gota y enfermedades similares mediante el ejercicio sistemático de las articulaciones. Estos trabajos dieron lugar a los desarrollos posteriores en fisioterapia.

Si bien la utilización de agentes físicos para promover la salud de las personas ha sido utilizada desde la antigüedad, la fisioterapia como profesión tiene sus orígenes en el siglo XIX y XX, ya que las personas que se dedicaron a aplicar de forma específica tales remedios empiezan a desarrollar una formación adecuada y unificada gracias a las corrientes de pensamiento vigentes en esa época [Gallego, 2007:13].

Como contexto del surgimiento de la fisioterapia como profesión encontramos que desde principios del siglo XX y con el surgimiento de nuevas escuelas de pensamiento, el dualismo cartesiano y la ciencia misma comenzaron a ser cuestionados, pues se produce una ruptura epistemológica en la historia de la ciencia. Se refuta la visión reduccionista, mecanicista y determinista del mundo de la física newtoniana y el pensamiento cartesiano, prevaleciente desde el siglo XVII, como apunta Lima [et al., 2014:5]. Esto trae como consecuencia que la fisioterapia se desarrolle dentro de este cambio epistemológico y que, si bien retoma posturas dualistas, no se limita a esas posturas e integra a sus conocimientos una visión más integral del ser humano.

Una de las causas más importantes de la profesionalización de la fisioterapia fue la necesidad de profesionales para dar respuesta a demandas sociales como lo fue la Primera Guerra Mundial. En todo el mundo, 16 millones de personas se dedicaron al campo de batalla. En 1917, Estados Unidos entró en la guerra y el ejército reconoció necesario rehabilitar a los soldados para la readaptación a la vida cotidiana por medio de ejercicio terapéutico [Gallego, 2007:10 y Rahim & Maniyat, 2014:257]. Además, la epidemia de poliomielitis fue clave para el desarrollo de la terapia física. De hecho, en los primeros años de aparición, las técnicas estaban muy enfocadas en niños. Sobre todo, en Latinoamérica esta epidemia incentivó la evolución de la profesión [Equipo de Marketing, 2014].

Además de responder a demandas sociales, la fisioterapia surgió también a consecuencia del avance del conocimiento de la medicina y del cambio epidemiológico propio del siglo XX. Con el avance de la medicina, los principales problemas de salud, previamente asociados con enfermedades infecciosas, comenzaron a estar relacionados con enfermedades crónicas. Las dolencias externas, que anteriormente habrían causado la muerte del individuo, se volvieron tratables y curables [Lima, et al., 2014:6]. Esta disminución de la mortalidad sugiere un aumento de personas que tienen que vivir con enfermedades crónicas, las cuales quieren mantener su independencia funcional [Gallego, 2007:15].

Desgraciadamente, a diferencia de países como Estados Unidos, Australia, Noruega, el Reino Unido y los Países Bajos -que han hecho el mayor progreso en el archivo de documentos históricos sobre fisioterapia [Swisher & Page, 2005:24] en México no nos hemos preocupado por documentar la historia de la fisioterapia, es por eso que este apartado ha resultado difícil de desarrollar, pero es un claro ejemplo de la necesidad de reflexionar acerca de la forma en la que esta profesión ha evolucionado y los avances que se han tenido en el terreno de la profesionalización ya que, como veremos a continuación, aún nos quedan muchos objetivos que cumplir en lo respecta a la autonomía de la profesión y su adecuado marco ético y legal. Aun así, se reconoce que en México la necesidad de tratar a niños con secuelas de poliomielitis incentivó el desarrollo de la fisioterapia [Covarrubias, 2012].

Históricamente, el Hospital Infantil de México, Dr. Federico Gómez, fue vanguardista en la materia ya que, desde su creación en 1943, fue el pionero en el campo de la terapia física. Esto debido a que existía la necesidad impostergable de personal especializado en atención a niños a raíz del brote de poliomielitis [Senado de la República, 2015]. Es así como especialistas que se formaban en otras partes del mundo venían al país a implementar esta nueva tendencia de atención al paciente por medio de un tratamiento integral que incluía la prevención de enfermedades y manejo de las secuelas, como documenta Covarrubias [2012] en su estudio *Reseña: Historia y Trascendencia del Departamento de Rehabilitación del Hospital Infantil de México Federico Gómez*.

### 1.3. Antecedentes institucionales de la Fisioterapia en México

En las primeras décadas del siglo XX en nuestro país la rehabilitación era más de manera empírica, y se basaba principalmente en métodos físicos. Tanto el Hospital General de México como el Hospital Juárez ya contaban con un departamento con mecanoterapia, hidroterapia y electroterapia por parte del departamento de radiología [Equipo de Marketing, 2014 & Covarrubias, 2012]. Sin embargo, fue hasta la inauguración del Hospital Infantil de México que se creó el primer departamento de Medicina Física y Rehabilitación a cargo del Doctor Alfonso Tohen Zamudio, en 1943. Ahí se ofrecían tratamientos como electroterapia, rayos infrarrojos, ultrasonido, diatermia de onda larga, iontoforesis, corrientes de baja frecuencia, hidroterapia, mecanoterapia y termoterapia para dar un mejor tratamiento a pacientes con secuelas de poliomielitis [Equipo de Marketing, 2014 & Covarrubias, 2012].

El 4 de junio de 1964 el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), inaugura el Centro “Gaby Brimmer”, el primero de los cuatro centros de rehabilitación en el Distrito Federal cuyo objetivo principal fue dar respuesta a la atención educativa de los niños con discapacidad motora secundaria a la poliomielitis [Ugarte, 2016: 2]. En 2005 el Dr. Juan Manuel Guzmán inicia los servicios de medicina física y rehabilitación en unidades de primer nivel [Equipo de Marketing, 2014].

Como se puede observar, en términos de práctica nuestro país ha vivido un avance paulatino que se ha formalizado hasta la década pasada, logrando que actualmente existan departamentos de terapia física en todo el territorio mexicano [Senado de la República, 2015].



#### 1.4. Antecedentes académicos de la Fisioterapia en México

A partir de 1943 especialistas del Hospital Infantil de México se dieron a la tarea de capacitar a personal técnico con cursos de entrenamiento básico en rehabilitación para prevenir y tratar problemas específicos de la población pediátrica que se atendía en el hospital. Estos tenían una duración de 3 meses. Posteriormente se ampliaron dichos cursos a periodos de 6 meses y luego a un año de duración. Estaban dirigidos, básicamente, a enfermeras generales y profesores de educación física. Fue tanto el éxito de estos cursos que en 1954 se crea en el hospital la primera Escuela de Terapeutas Físicos en México, pero no fue hasta el año 1957 cuando, con un acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación, se le permitió a la Secretaría de Salubridad y Asistencia otorgar un reconocimiento educativo a los egresados de su escuela de Técnicos en Rehabilitación [Covarrubias, 2012; Facultad de Medicina UNAM, 2011].

En el citado año de 1957, Alfonso Tohen Zamudio escribió un libro sobre medicina física y rehabilitación donde recopiló los conocimientos adquiridos sobre su experiencia en el área de fisioterapia en el Hospital Infantil de México, el cual sirvió principalmente para los cursos que se realizaron en este hospital durante los años venideros [Ugarte, 2016:1].

Más tarde se abre la Escuela del Instituto Mexicano de Rehabilitación cuyos alumnos, además de prepararse para la atención de individuos con secuelas de poliomielitis, fueron capaces de dar atención a muchas otras secuelas invalidantes. Posteriormente, dieron inicio las escuelas de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la del DIF, la del Hospital Inglés, la del IMSS y la del ISSSTE [Ugarte, 2016:5].

En el Hospital ABC Adele Ann Yglesias, en 1945, se estableció un curso de capacitación para el personal de enfermería. Este tenía una duración de 6 meses; dicha duración se incrementó al doble en 1954. En las décadas subsecuentes, y derivado de la necesidad de atender a más pacientes, se creó la escuela del Instituto Mexicano de Rehabilitación, aunque sin reconocimiento oficial [Senado de la República, 2015].

El primer curso de “terapia ocupacional” se impartió en 1958. Nos dice Ugarte [2016] que es así como se constata que el desarrollo de estas profesiones fue paralela en nuestro país. El Instituto Mexicano de Rehabilitación fue inaugurado oficialmente el 7 de julio de 1960. En 1962 se formó el Departamento de Enseñanza y se empezaron a impartir los cursos técnicos de terapia física, terapia ocupacional, fabricación de órtesis y prótesis. La carrera tenía una duración de tres años [Ugarte, 2016].

En el año 1965 el Instituto Mexicano del Seguro Social da su primer curso de posgrado en Rehabilitación para médicos generales, donde egresaron generaciones pioneras en nuestro país en fundar clínicas de rehabilitación ayudando así a millones de mexicanos a sobrellevar y mejorar en su enfermedad [Equipo de Marketing, 2014].

En el año de 1964 se realizó el Primer Congreso Latinoamericano de Rehabilitación. Durante el período de 1967 a 1973 la Dirección General de Educación Especial llevó a cabo un censo en el que se evidenció los problemas en los niños desvalidos y la necesidad apremiante de su atención. Surge entonces la primera Escuela de Educación Especial, dirigida por Odalmira Mayagoitia, y la construcción del primer Centro de

Rehabilitación y Educación Especial (CREE) en la ciudad de Campeche, que fue inaugurado el 12 de agosto de 1974. Paralelamente empezaron a funcionar las Unidades Básicas de Rehabilitación en pequeñas poblaciones y municipios de todo el país [Ugarte, 2016:5]. En 1972 la Universidad Nacional de México dio aval al *Curso de especialización en medicina de rehabilitación* impartido en el Hospital Infantil de México [Equipo de Marketing, 2014].

La escuela del ISSSTE abrió sus puertas en el año de 1971, pero en el año de 1985 tuvieron que cambiar la escuela a las aulas del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias de la UNAM debido al sismo que sacudió a la ciudad de México [Ugarte, 2016]. En 1975, la escuela de Técnicos en Rehabilitación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) obtuvo reconocimiento oficial por parte de la SEP a nivel técnico para esta disciplina [Senado de la República, 2015].

La primera institución de Fisioterapia en obtener el Registro de Validez Oficial REVOE para estudios de Licenciatura fue la escuela Adele Ann Yglesias del Hospital ABC en el año de 1980. Sin embargo, hasta el 2001 se pudo ofrecer a nivel universitario una licenciatura en la materia, siendo la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla quien lo implementa [Senado de la República, 2015 y Facultad de Medicina UNAM, 2011].

En 1995 se creó la primera Institución privada de educación superior que inició con la formación de profesionales con nivel de licenciatura en las áreas de terapia física, terapia ocupacional y terapia del lenguaje en nuestro país: la Escuela de Estudios Superiores en Rehabilitación, que más tarde cambió su nombre por Centro Mexicano Universitario de Ciencias y Humanidades (CMUCH) [Ugarte, 2016:6].

En octubre de 1999, se creó el Instituto Teletón de Estudios Superiores en Rehabilitación (ITESUR), en el cual se lleva a cabo la formación de profesionales en el área de rehabilitación pediátrica. Esto ha impulsado la alta calidad en su preparación. La carrera de Terapia física para los centros Teletón se inició en el 2001 con reconocimiento de la Universidad Autónoma del Estado de México [Ugarte, 2016: 6].

En el año de 1988 se lleva a cabo una reestructuración del programa académico de la escuela de Terapeutas Físicos del Hospital Infantil de México, pero fue hasta el 25 de marzo de 1994 cuando se obtiene el registro oficial (REVOE) quedando legalmente constituida la Escuela Superior de Terapia Física del Hospital Infantil de México Federico Gómez y se oferta la Licenciatura en terapia física [Covarrubias, 2012].

Veintitrés años después de su creación, la Escuela Superior de Terapia Física del Hospital Infantil de México Federico Gómez se unificó con la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, iniciando la Licenciatura en fisioterapia en agosto del 2012 [Covarrubias, 2012]. Este avance tan importante en materia profesional implica un reconocimiento a la profesión como parte de la medicina, situación que resalta su relevancia acompañada de las necesidades y retos que se tienen en perspectiva en nuestro país [Senado de la República, 2015].

## 1.5. Creación de Asociaciones Mexicanas de Terapia Física

El Colegio Nacional de Fisioterapia y Terapia Física A.C tiene su origen el 5 de julio de 1955. Operó hasta el 2002 con la denominación: "ASOCIACIÓN MEXICANA DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN A.C." [AMEFI, 2018].

En 1961 la Asociación Médica Latinoamericana de Rehabilitación (AMLAR) fue fundada en México participando países como Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala y Perú, entre otros. Se creó con el objetivo de hacer congresos bianuales y fomentar el intercambio de información, la investigación y contribuir con el desarrollo de los programas de rehabilitación [Equipo de Marketing, 2014].

Debido a la inquietud de varios integrantes de la AMEFI porque la profesión alcanzara el reconocimiento social y profesional que se tenía en otros países, se inició la gestión con universidades de nuestro país para llevar la fisioterapia como licenciatura al nivel superior. El 29 de septiembre de 2001, con el inicio de los estudios de fisioterapia en la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, la Asociación cambia de nombre a "ASOCIACIÓN MEXICANA DE FISIOTERAPIA A.C." [AMEFI, 2018]. AMEFI es miembro de la Confederación Mundial de Terapia Física (WCPT) desde 1970. En el año 2003 obtuvo su reingreso y forma parte de la Región Sur América (SAR-WCPT). AMEFI ingresó también, el 18 de junio de 1998, a la Confederación Latinoamericana de Fisioterapia y Kinesiología (CLAFK), la cual agrupa a las asociaciones, confederaciones, colegios o sociedades de fisioterapia o kinesiología de los países de América Latina. La Asociación logró, el 5 de julio de 2013, el rango de Colegio Nacional, lo que significa que pasa de una representación social a un colegio profesional reconocido y avalado por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.

## 1.6. Marco legal de la Fisioterapia

La justificación de que la fisioterapia tenga un adecuado marco legal en nuestro país radica en el hecho de que es un servicio sumamente necesario que tiene una atención inmediata con el paciente. Considerando la perspectiva de salud en México, en la cual nos enfrentamos a un incremento de las discapacidades en la población mexicana por diversas causas, la profesión de terapia física supone una necesidad de la población mexicana para tratar y prevenir la discapacidad en nuestro país. Asimismo, el proceso de profesionalización acelerado y comprometido por parte de la fisioterapia repercute en la sociedad con mejores condiciones de salud para todas las personas con alguna discapacidad. La necesidad de los servicios de rehabilitación es apremiante, por lo que se consideró pertinente que este tipo de profesionistas fueran incluidos dentro de los servicios profesionales de medicina [Senado de la República, 2015].

En materia legal, el 8 de diciembre de 2017 se reforma el primer párrafo del artículo 79 de la Ley General de Salud y se incluye la terapia física como una más de las actividades profesionales en el campo de la medicina. Ha quedado como sigue:

*Artículo 79.- Para el ejercicio de actividades profesionales en el campo de la medicina, odontología, veterinaria, biología, bacteriología, enfermería, terapia física, trabajo social, química, psicología, optometría, ingeniería sanitaria,*

*nutrición, dietología, patología y sus ramas, y las demás que establezcan otras disposiciones legales aplicables, se requiere que los títulos profesionales o certificados de especialización hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes [Artículo 79 de la Ley General de Salud, 2017].*

### 1.7. Hitos del desarrollo de la identidad en Fisioterapia

El análisis de los procesos por los cuales la fisioterapia ha desarrollado su identidad a lo largo del tiempo es esencial para comprender su historia. Ruth Purtilo se refirió en una conferencia en el año 2000 a la evolución de la fisioterapia dividiéndola en tres períodos de identidad:

- *El período de autoidentidad*, que comenzó con el primer código de ética publicado en 1935 por la ahora APTA. En esta etapa surgieron problemas éticos principalmente en torno a las interacciones con otros profesionales ya que era trascendente la aclaración de su rol con el quehacer de otros profesionales de salud como los médicos y terapeutas ocupacionales [Swisher & Page, 2005:35].
- *El período de identidad*, donde, centrado en el paciente (a partir de 1950), los problemas fueron principalmente en la relación profesional con los pacientes y los derechos de los pacientes. Eso se reflejó en las disputas de derechos civiles de la época y la inclusión del consentimiento informado como un componente rutinario de la atención médica [Swisher & Page, 2005:35].
- El tercer y actual período de identidad abarca las preocupaciones de los dos anteriores. Los fisioterapeutas ahora deben asociarse con instituciones y la comunidad para que su identidad propia con el fin de que los intereses de los pacientes estén "anidados en la responsabilidad social" [Swisher & Page, 2005:35].

Más adelante, utilizando los tres períodos de Purtilo, Swisher y Page [2005:36] evaluaron artículos revisados por pares sobre el conocimiento de la ética desde 1970 hasta 2000 y concluyeron que la literatura, de hecho, se ajustaba a estos períodos de tiempo generales.

Aun con estos hitos, la tendencia actual hacia las alianzas del terapeuta físico -tanto con otros profesionales de la salud como con el mismo paciente- puede ser en parte el resultado del avance en el marco legal que protege a los pacientes de prácticas inadecuadas por parte de los profesionales de salud. En el estudio que se comentó anteriormente se encontró que existe una escasez de publicaciones de ética a lo largo de los años (solo aparecieron 90 artículos de ética en las principales bases de datos de salud), lo que sugiere la necesidad de una mayor exploración del desarrollo de la profesión [Swisher & Page, 2005:37].

## 1.8. Discusión

La fisioterapia ha tenido diversos cambios con el paso del tiempo y tiene relativamente poco tiempo de profesionalización, sin embargo, eso nunca ha limitado el desarrollo de la disciplina. Para los terapeutas el principal reto es seguir innovando, investigando y modificando las técnicas ya existentes para asegurar el carácter científico en cada una de las técnicas fisioterapéuticas, así como plantear pautas para su intervención terapéutica. De acuerdo con Puc [2015], se espera que los terapeutas físicos logren una mejor organización como gremio y promover la buena praxis, la individualidad y el pensamiento crítico basado en evidencia.

Debemos tomar todo lo anterior como resultado del paradigma biomédico con el cual históricamente se han formado los terapeutas físicos ya que, al ser parte de la corriente de pensamiento científico, ven en su método la forma más adecuada de desarrollar los conocimientos propios de la profesión. Así, la investigación y la búsqueda de evidencia para las diferentes técnicas de tratamiento y diagnóstico son un imperativo para los nuevos profesionales. Por lo que la identidad de la Fisioterapia se debe plantear en dos sentidos:

- *Autoidentidad*: interacción con otros Profesionales de la salud y rol del Fisioterapeuta dentro del equipo de intervención terapéutica
- *Identidad centrada en el paciente*: derechos de los pacientes y autonomía

Estos dos sentidos, como podemos observar, plantear la identidad de la Fisioterapia nos da como resultado una “identidad ética”, la cual se centra en la responsabilidad ante la propia profesión y ante los pacientes.

Es importante tomar en cuenta que el alcance de la práctica de la fisioterapia no se limita a la atención al paciente, como anteriormente se creía. Ahora se reconocen cinco dominios profesionales que están implícitos en el perfil profesional del fisioterapeuta y todos los perfiles de egresos de programas educativos [AMEFI, 2019], a saber:

- Asistencia
- Docencia
- Investigación
- Administración
- Gestión

De esta manera es evidente que se requiere que los fisioterapeutas consideren todos los dominios profesionales en su desarrollo profesional, ya que en medida que estos dominios tengan un progreso el conocimiento propio de la profesión también irá en aumento.

En el ámbito educativo, gracias a los nuevos paradigmas dentro de la educación, estas generaciones de terapeutas físicos consideran el movimiento como un elemento esencial de la salud y el bienestar que depende de la función integrada y coordinada del cuerpo humano en varios niveles. El movimiento tiene un propósito y se ve afectado por factores internos y externos. Entonces, la fisioterapia de hoy está dirigida a las necesidades de movimiento y el potencial de las personas y las poblaciones, como bien afirman Rahim y Maniyat [2014: 258-259]. Gracias a la inclusión de factores sociales y culturales sobre el conocimiento del paciente, la fisioterapia busca ahora el tratamiento integral de los pacientes y la alianza terapéutica con los demás profesionales de salud, esto con el fin de aportar un tratamiento tanto a individuos como a la sociedad. Es así como se abren nuevas líneas de investigación dentro de la profesión. Dichas áreas ayudan a ampliar el entendimiento de la profesión y, por ende, mejorar el servicio que este profesional de salud proporciona al paciente.

Las preguntas históricas, filosóficas y sociológicas deben plantearse con mayor frecuencia y la investigación en estas direcciones debe estimularse. De esta manera, se creará un conjunto de conocimientos a partir del cual los encargados de formular políticas en el futuro pueden beneficiarse. Como menciona Terlouw, eventualmente cambiará las actitudes hacia nuestra profesión y ésta mejorará [Terlouw, 2000:260], pero dichas investigaciones dentro de las humanidades deben apegarse a niveles metodológicos rigurosos, pues las incoherencias metodológicas impiden que el análisis progrese más allá del nivel concreto de descripción, dificultando el análisis a un nivel abstracto de exploración, explicación y teorización [Ali, May & Grafton, 2018:25]. De ahí la importancia del trabajo multidisciplinario entre las ciencias biológicas y sociales, con el objetivo de comprender los fenómenos del padecer y su tratamiento en un contexto más amplio.

Para que la colectividad científica reconozca la importancia de las humanidades (entre ellas la bioética) hace falta el reconocimiento de la interdisciplina, ya que solo por medio de ella ambos paradigmas se verán beneficiados y beneficiarán secundariamente a los pacientes, los cuales deben ser siempre el centro de las discusiones, pues su bienestar es el objetivo clave del quehacer de todas las profesiones de la salud [Cancino, 2016:12].

Hablando específicamente del paciente con dolor crónico, la interdisciplina resulta imprescindible para el mejor entendimiento y tratamiento de este fenómeno tan complejo, ya que la atención dependerá en gran medida de los factores psicológicos y socioculturales del paciente.

En el ámbito local se espera que en América Latina se replique el avance de la profesión en el ámbito social, ya que en países europeos los pacientes pueden remitirse a un fisioterapeuta sin que un profesional de la salud les pida que lo hagan [Rahim & Maniyat, 2014:260]. Además, la transición legal en nuestro país podría ayudar a reconocer la fisioterapia como profesión de la salud, lo que conllevará un cambio en el rol del fisioterapeuta con los diferentes profesionales de la salud, la intervención del terapeuta físico con los pacientes, así como la incorporación de los fisioterapeutas en el ámbito administrativo y gestión de institución y hospitales en el sector público y privado.

La oferta de la Licenciatura en fisioterapia en educación superior ha aumentado en los últimos años, sin embargo, en las instituciones públicas aún no se reconoce la fisioterapia como una profesión a nivel superior. Por lo anterior, en la realidad, los salarios aún son remunerados como técnicos. Esta posición también afecta la forma en la que los diferentes profesionales de salud se relacionan con los fisioterapeutas y la forma en la que estos pueden tomar decisiones acerca del tratamiento e intervención de los pacientes. Por lo anterior, es imprescindible que desde la profesión se lleven a cabo investigaciones que fomenten el avance de la profesión y así proponer pautas para los sectores asistencial, ético y legal.

## CAPÍTULO II: El Paciente con Dolor Crónico

La medicina tiene en la actualidad la importante tarea de mejorar el tratamiento del dolor crónico poniendo los avances de la ciencia y tecnología al servicio de la atención de los pacientes con este tipo de sintomatología. Sin embargo, es necesario replantear al paciente que padece dolor crónico como un todo tomando en cuenta la estrecha relación de interdependencia entre su mundo interno (creencias, valores, sentimientos, etc.) y su realidad externa (rol familiar, social, creencias culturales, etc.) como afirma Martínez [2006:1].

A pesar de que para los profesionales de la salud es de gran importancia aliviar las enfermedades y el sufrimiento humano, la atención médica no siempre está habilitada para abordar los factores macrosociales (nivel socioeconómico, ocupación, raza, educación, etc.) que determinan los patrones de dolor y su distribución en las poblaciones. Por esta razón, el enfoque adecuado del tratamiento del dolor crónico en la actualidad se ha destacado por la necesidad de un enfoque *integral* [Pillay, et al., 2014:159 & Goldberg & McGee, 2011:1].

Existen múltiples razones para considerar el dolor crónico como problema de atención en salud. El primero y más importante es su gran prevalencia. Dado que el dolor es un fenómeno multivalente, dinámico y ambiguo es notoriamente difícil de cuantificar la epidemiología del dolor crónico en todo el mundo, sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 10% de la población mundial sufre este tipo de dolor. No obstante, la IASP afirma que en la población general internacional el dolor crónico presenta una prevalencia del 25% al 29%. De aquellos que viven con dolor crónico, la mediana del tiempo de exposición es de 7 años [Goldberg & McGee, 2011:3; Covarrubias-Gómez et al., 2010:208].

De acuerdo con datos de Covarrubias-Gómez [et al, 2010:207], en nuestro país cifras del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) arrojan que, de los 20 principales motivos de consulta durante el período de 1991 a 2002, por lo menos el 5% de los individuos que acudieron a los centros de medicina familiar presentaron una enfermedad dolorosa crónica. Entre ellas destacan dorsalgias (2%), otras artrosis (2%) y enfermedad pélvica inflamatoria (1%).

### 2.1. Definición del dolor crónico

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) lo define como: "Una desagradable experiencia sensorial y emocional asociada con daño tisular real o potencial, o descrito en términos de tal daño" [Merskey & Bogduk, 1994:209]

El concepto de dolor como un "castigo maligno" expresado en muchos idiomas, culturas y épocas, según Visser y Davies [2009:29], sugiere que es más que una simple sensación desagradable: es una experiencia emocional negativa vinculada al "sufrimiento" con dimensiones sociales, espirituales y filosóficas. Estos mismos autores desglosan los componentes de la definición de dolor de la IASP con el objetivo de tener una mejor comprensión de este concepto:



*"El dolor es una desagradable experiencia sensorial y emocional"*. Según la definición se puede afirmar que este factor de desagrado tiene que estar presente al hablar de dolor, sin embargo, las sensaciones desagradables similares como disestesias, picazón o frío no son dolor. No obstante, casos de asimbolia al dolor, como el que experimentan algunos pacientes con lesiones corticales (después de un accidente cerebrovascular) informan claramente que sienten "dolor" (como se entiende por sus experiencias pasadas) pero no lo experimentan como "desagradable", lo que causa un dilema para la definición de IASP [Visser & Davies, 2009:29].

Desglosando dicha información podemos inferir las siguientes premisas:

*"El dolor es ... una experiencia sensorial y emocional"*. Esta afirmación rompe con la idea de que el dolor es percepción, "procesamiento sensorial" o "nocicepción". El dolor no solo tiene dimensiones "sensoriales discriminatorias", sino también "emocionales-afectivas", "cognitivas-evaluativas", "motivacionales" e incluso espirituales. Estas "dimensiones superiores" del dolor son importantes en la experiencia del paciente que vive con dolor.

*"El dolor está [...] asociado con daño tisular real o potencial"*. La importancia de incluir la palabra "potencial" radica en que esta evita la obligación de "vincular" el dolor al daño tisular. Este es un cambio revolucionario del concepto cartesiano del dolor como un "sistema de alarma" para lesiones tisulares. El dolor en el contexto del "daño potencial del tejido" refleja situaciones en las que el daño no se ha producido realmente, pero puede ocurrir, es decir, en situaciones donde el dolor es reportado por personas que simplemente "perciben" que sus tejidos están "bajo amenaza". Ejemplos de dolor en ausencia de daño tisular son los conocidos dolores de miembro fantasma y la alodinia (dolor debido a un estímulo que normalmente no es doloroso) [Visser & Davies, 2009:30].

La definición de dolor que abordan Visser & Davies [2009:31] también dice *"... o se describe en términos de tal daño"*. Por tanto, el dolor es una experiencia totalmente subjetiva del mundo interno del paciente, que se expresa al mundo exterior y usa la narrativa o relato para expresar su vivencia. Las personas aprenden la aplicación de la palabra dolor a través de sus experiencias relacionadas con las lesiones en la vida temprana.

Una nota importante adjunta a la definición de dolor de IASP establece que, *"en ausencia de daño tisular o cualquier causa patofisiológica probable ... si consideran su experiencia como dolor y si lo informan de la misma manera que el dolor causado por daño tisular debe ser aceptado como dolor"*, por lo que el dolor es siempre lo que el paciente refiere. No hay forma de que alguien que no es el paciente pueda saber lo contrario.

*"Por lo general, no hay manera de distinguir su experiencia (del paciente con el dolor) debida al daño tisular, si tomamos el informe subjetivo"*. Esta afirmación deslinda al concepto de dolor de la obligación de que exista un daño en el tejido. Sin embargo, abre un dilema potencial con conceptos como los trastornos de dolor psicógenos o somatomorfos, ya que según dicha definición estos son considerados dolores reales dadas las experiencias del paciente y los informes de que sienten dolor.

Por último, la afirmación “... *O descrito en términos de dicho daño*”. Evidencia la dependencia de los informes verbales del paciente. Esto obviamente “excluye” a los humanos no verbales y animales. Los informes verbales son, así, una respuesta eferente a la experiencia interna de dolor. Otras respuestas eferentes, como ciertos comportamientos (hacer muecas, gemir, frotar un brazo lesionado o huir), no se abordan en la definición de la IASP, pero en la práctica clínica y en la vida cotidiana son claves para identificar a las personas con dolor.

Ahora bien, la definición contemporánea de dolor utilizada por la IASP se basa en la definición multidimensional propuesta por Melzack y Casey de 1968. Estas dimensiones incluyen:

- La sensorial discriminativa (intensidad, ubicación, calidad y duración)
- La afectivo-motivacional (desagradable y la posterior respuesta de huida)
- La cognitivo-evaluativa (valoración, valores culturales, contexto y estado cognitivo) de dolor.

Estas tres dimensiones no son independientes, sino que interactúan entre sí. Sin embargo, son parcialmente dissociables: el estado cognitivo de una persona puede modular una o ambas dimensiones de la percepción del dolor. En general, nos dicen Moayedi y Davis [2013:10], cuanto más intenso sea un estímulo nocivo, más desagradable será.

Resnik et al. [2001:279] afirman que al pensar en la conciencia del dolor es importante darse cuenta de que cualquier sensación dolorosa ocurre como parte de una experiencia completa. Una persona que siente dolor también procesa simultáneamente una gran cantidad de otra información sensorial, cognitiva y emotiva.

A pesar de las limitaciones de la definición de la IASP, como la división mente-cuerpo todavía presente, ésta sigue siendo esencialmente válida, ampliamente aplicable y clínicamente útil. Es importante identificar qué desata el dolor de una lesión tisular obligatoria y, al hacerlo, tiene mérito ético promover la "creencia" de los informes de dolor del paciente, aliviando el estigma del escepticismo. Además, esta definición logra enfatizar que el dolor es una experiencia privada e individual como bien apuntan Visser y Davies, [2009:30] y Lima, et al. [2014;2].

## 2.2. Contexto del dolor crónico

La IASP ha documentado que la prevalencia del dolor crónico es más alta en mujeres, con un 39.6%, y abarca un amplio rango de edades (desde los 15 hasta los 86 años). Los síndromes dolorosos observados con mayor frecuencia en México son: artritis, fibromialgia, cefaleas, cervicalgias, y dorsalgias. Lo anterior es relevante ya que gran proporción de las mujeres con dolor crónico se encuentran en edad reproductiva, por lo que se debe reflexionar acerca del impacto de los medicamentos analgésicos en mujeres en edad fértil [Covarrubias-Gómez et al, 2010: 210]. Por otro lado, un estudio epidemiológico realizado en nuestro país documentó que la prevalencia del dolor en los

sujetos de 50-64 años es del 39.8%, mientras que en los de 65 años o más es de 44.6% [Barragán-Berlanga, et al., 2007: 490]

Debido a la gran prevalencia de pacientes con dolor en nuestro país, desde la década de los sesentas surgieron centros especializados en el manejo del dolor, así como centros para el tratamiento del dolor en hospitales e instituciones del sector salud. El 3 de julio de 1990, en el Diario Oficial de la Nación, aparece la Norma Técnica No. 329 para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria de los servicios de terapéutica del dolor por cáncer. La reforma de la Ley de Salud en materia de cuidados paliativos publicada en el Diario Oficial de la Nación el 5 de enero de 2009 estipula en el artículo 27, fracción III, que los mexicanos tienen derecho a la atención médica integral que comprende actividades preventivas, curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias. Además, agrega un título VIII BIS, que le brinda el carácter de obligatoriedad [GPC en Cuidados Paliativos, 2010; Academia Nacional de Medicina, 2013:54-55].

En la década de los setentas, en diferentes partes del mundo, se comenzaron a formar sociedades para el estudio y tratamiento del dolor. En la Ciudad de México, en el año de 1972, se fundó la primera Clínica del Dolor en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ). La segunda clínica fue fundada en 1976 en el Hospital General de México (HGM). Años más tarde, en 1983, se fundó la primera Clínica del Dolor Interdisciplinaria en el Instituto Nacional de Cancerología, en el que participaron diferentes especialistas (algólogos, psiquiatras, psicólogos, cirujanos oncológicos, oncólogos radioterapeutas, neurólogos, radiólogos, anesthesiólogos, enfermeras y trabajadores sociales) [Academia Nacional de Medicina, 2013:55].

Además de la formación de Centros de Manejo del Dolor, en 1981 un grupo de médicos visionarios conformado por anesthesiólogos, ortopedistas, internistas y neurocirujanos, integraron la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor (AMETD), dedicada a promover el estudio y la enseñanza del dolor y la difusión de esta rama de la medicina actual [Academia Nacional de Medicina, 2013:55].

A pesar del gran avance en cuanto al tratamiento y la investigación del dolor en nuestro país, este se encuentra en una fase avanzada de transición demográfica y epidemiológica y las enfermedades crónicas se han convertido en la principal causa de muerte [Consejo de Salubridad General, 2018: 14]. Adicionalmente se estima que el 80% de los pacientes con SIDA o cáncer, y el 67% de los pacientes con enfermedades cardiovasculares o enfermedades pulmonares obstructivas, experimentaran dolor entre moderado e intenso al final de sus vidas [Consejo de Salubridad General, 2018:15].

A nivel mundial se ha encontrado que los pacientes con enfermedades crónicas que cursan con dolor crónico utilizan más servicios de salud y, en general, incurren en costos médicos más altos. A pesar de los avances en su estudio y el gasto de esta afección el dolor crónico a menudo se maneja inadecuadamente. Webster et al. [2019:2] documentan que lo anterior redundaría en que los pacientes con dolor crónico a menudo viven con depresión, ansiedad y mala calidad de vida.

De acuerdo con Resnik [et al, 2001:277-278] es por eso que especialistas en dolor, científicos sociales e investigadores de políticas en todo el mundo se han preocupado por identificar las principales razones por las cuales el dolor a menudo se trata de manera inadecuada. Éstos incluyen:

- Los profesionales de salud reciben educación inadecuada sobre evaluación del dolor, tratamiento del dolor y cuidados paliativos
- Los profesionales de salud enfrentan presiones legales y regulatorias para restringir el uso de narcóticos para tratar el dolor
- Los profesionales de la salud, los pacientes y las familias están preocupados por los efectos secundarios, probables o posibles, de los analgésicos como sedación, mareos, náuseas, estreñimiento, aumento de la carga cardíaca, disminución de la función renal, tolerancia, dependencia física o adicción
- Los profesionales de salud a veces piensan que los pacientes exageran, imaginan o fingen su dolor
- Los pacientes dudan en hablar con los profesionales de la salud sobre el dolor porque no quieren distraerlos de sus enfermedades "reales" o piensan que un aumento en el dolor significa que su enfermedad está empeorando
- Los pacientes quieren sentir algo de dolor porque lo ven como un indicador general de su salud o piensan que es virtuoso sufrir
- Las organizaciones de atención médica, las agencias gubernamentales y las aseguradoras no proporcionan fondos adecuados para el control del dolor
- La comunidad médica no ha realizado suficientes investigaciones sobre el manejo del dolor y los cuidados paliativos

Además de las razones listadas anteriormente, se suma al problema del manejo del dolor crónico el hecho de que este no es un problema de salud objetivo, por tanto, no encaja con el enfoque científico de la salud y la enfermedad, una filosofía adoptada por la mayoría de los profesionales de la salud. El dolor es fundamentalmente subjetivo y no se ajusta a la estructura causal, explicativa y clínica de la medicina científica. En consecuencia, el dolor a menudo se ve como "irreal", "sin importancia" o "meramente psicológico" [Resnik, et al. 2001:282].

Por lo anterior debemos ubicar el dolor en su contexto científico, clínico, cultural y filosófico más amplio. Al ver el problema desde esta perspectiva podemos entender que, si bien es importante comprender las causas físicas del dolor, las explicaciones y descripciones fisiológicas y bioquímicas tienen limitaciones. Es por esto que para describir, explicar y tratar el dolor debemos comprender los aspectos psicológicos, sociales y culturales, como se ha mencionado anteriormente.

Así, el dolor crónico es un fenómeno complejo que no puede entenderse sólo con base en el paradigma biomédico, porque es una experiencia individual e involucra aspectos distintos de los físicos. Hoy el dolor es visto como la suma de factores físicos, psicológicos

y sociales y, por esta razón, debemos entender que no puede abordarse por separado del individuo que lo expresa [Lima, et al., 2014:2].

### 2.3. Fisiopatología del dolor

La percepción del dolor, desde el punto de vista neurofisiológico, requiere de la participación del Sistema Nervioso Central (SNC) y del Sistema Nervioso Periférico (SNP). El dolor desencadena una serie de reacciones en ambos sistemas que permite la percepción de este con la finalidad de disminuir la causa y limitar las consecuencias. Los mensajes nociceptivos son transmitidos, modulados e integrados en diferentes niveles del sistema nervioso; van desde la periferia por vía medular a centros superiores (tálamo y corteza cerebral) [Romera, et al., 2000:12].

Los estados de dolor crónico se caracterizan por una percepción intensificada del dolor ante un estímulo nociceptivo y la percepción de que un estímulo normalmente inocuo es doloroso. Se ha demostrado que el dolor crónico depende de la sensibilización de la médula espinal, la activación de vías nociceptivas que se proyectan a los sitios medulares y del cerebro medio, además de la activación de los sistemas de facilitación del dolor descendente [Vanderah, 2007:6].

Los mecanismos fisiológicos relacionados con la sensación de dolor, también llamados “nocicepción”, ocurren en cuatro etapas: transducción, transmisión, modulación y percepción. Los seres humanos tienen receptores químicos especiales (receptores nociceptivos) en la superficie de las terminaciones nerviosas libres que están diseñados para responder a diversos estímulos como presión, lesiones, daños en los tejidos, irritantes químicos o extremos de calor o frío. Estos receptores se distribuyen por todo el cuerpo [Resnik, et al. 2001:279].

La *transducción* ocurre cuando los receptores nociceptivos responden a los estímulos desencadenando la despolarización de las neuronas. Durante la *transmisión*, los receptores nociceptivos transmiten la señal nerviosa al sistema nervioso central a través de vías neuronales aferentes. Los dos tipos principales de nervios nociceptivos aferentes son las fibras C no mielinizadas, que conducen lentamente y transmiten dolor sordo, y las fibras A mielinizadas, que conducen rápidamente y transmiten dolor punzante. Diferentes neuronas transmiten señales nerviosas por medio de mensajeros químicos conocidos como neurotransmisores.

Una vez que la señal nerviosa alcanza el SNC, la *modulación* de la señal puede ocurrir cuando la neurona aferente está influenciada por otras neuronas aferentes o eferentes. Las neuronas excitadoras amplifican la señal nerviosa, mientras que las neuronas inhibitoras amortiguan la señal. Esta es la base de la teoría del control de la compuerta de Melzack y Wall, publicada en 1965 [Resnik, et al. 2001:279]. Se cree que algunas técnicas no farmacológicas efectivas para el control del dolor, como el masaje, la acupuntura y la estimulación eléctrica transcutánea, pueden modular el dolor al inhibir o confundir las señales.

La *percepción* del dolor ocurre cuando el SNC transmite señales de dolor a las partes más altas del cerebro a través del tallo. Una vez que se percibe el dolor, el cerebro

también puede modular la nocicepción activando neuronas eferentes e inhibitoras. Dado que el cerebro y el SNC juegan un papel clave en la modulación y la percepción del dolor, la respuesta al dolor puede variar mucho de un individuo a otro [Resnik, et al. 2001:280].

La definición de dolor de la IASP resalta claramente que el dolor y la nocicepción no son lo mismo: *"el dolor es un fenómeno subjetivo, mientras que la nocicepción es el objeto de la fisiología sensorial"*. Es decir, la nocicepción es el proceso sensorial que con mayor frecuencia desencadena la experiencia multidimensional y consciente del dolor. Sin embargo, el dolor puede ocurrir claramente en ausencia de nocicepción. Por lo anterior, no podemos hablar estrictamente de "vías del dolor", ya que estas son más bien vías nociceptivas que logran una sensación que el individuo percibe como dolor [Visser & Davies, 2009:32].

Para encontrar una metáfora sensorial, nos explican Visser y Davies [2009:32], la nocicepción es comparable al proceso de conversión de la energía del sonido en impulsos nerviosos en el oído interno, que se transmiten a la corteza auditiva. La audición es la experiencia consciente de estos estímulos auditivos y el dolor es más como "música", una experiencia sensorial y emocional compleja que puede ocurrir incluso sin esa energía del sonido. Al igual que el dolor, se puede experimentar música en ausencia de entradas sensoriales: como una melodía que suena en tu cabeza y que no necesita de una fuente de sonido.

#### 2.4. Modelos explicativos del dolor: desde la Teoría cartesiana hasta las Teorías unificadoras del dolor

La importancia de comprender los modelos que se han desarrollado a lo largo de la historia con el fin de entender el fenómeno doloroso radica en que, desde el inicio de la medicina, esta se ha relacionado con el alivio del dolor y no habría arte médico sin su búsqueda de remedios efectivos o su esfuerzo por interpretar el dolor con el propósito de nombrar al órgano afectado o predecir la cura para la enfermedad. Por tanto, fue en la medicina contemporánea que el dolor crónico se convirtió en un objeto médico de estudio derivado de una construcción histórica y epistemológica. Este desarrollo fomenta la reflexión sobre el origen de este proceso y sobre cómo se estructura el razonamiento biomédico en sí [Lima, et al., 2014:4].

René Descartes formuló las ideas que preceden inmediatamente a los conceptos biomédicos contemporáneos sobre el cuerpo humano y que se convirtieron en un hito de la racionalidad moderna [Lima, et al., 2014:5]. Para Descartes, el hombre estaba compuesto de dos sustancias: el alma (abstracta, espiritualista, pensante e indivisible) y el cuerpo (la parte física, concreta, divisible). El alma era diferente del cuerpo de tal manera que podía existir independientemente. La única interacción entre ambos fue a través de la glándula pineal, considerada como el asiento del alma. Con esta explicación el filósofo francés pudo preservar el alma como dominio de la teología y legitimar el cuerpo como dominio de la ciencia. El llamado dualismo cartesiano liberó, así, a la biología y se enfocó en perseguir un pensamiento radicalmente materialista, aunque retiró la mente (alma) de la práctica clínica durante los siguientes 300 años.

Nos dicen Lima [et al., 2014:5] que, en un intento por demostrar que la medicina moderna está profundamente arraigada en el pensamiento cartesiano, Leder revisa cómo el desarrollo de la medicina mantuvo su enfoque en un cuerpo inanimado, el cadáver: "La educación médica todavía comienza con la disección de un cadáver, tal como el caso clínico termina en el laboratorio del patólogo". Con la tecnología médica, los instrumentos de diagnóstico como el uso de estetoscopio, análisis de sangre y análisis de imágenes permiten un acceso al cuerpo vivo similar al que se logra solo mediante la disección de cadáveres.

También René Descartes fue uno de los primeros filósofos occidentales en describir una vía somatosensorial detallada en humanos. Su manuscrito "*Tratado del hombre*" describe el dolor como una percepción que existe en el cerebro y hace la distinción entre el fenómeno neuronal de la transducción sensorial (hoy conocido como nocicepción) y la experiencia perceptiva del dolor. Lo esencial para el desarrollo de la teoría de Descartes es su descripción de los nervios, que él percibió como túbulos huecos que transmiten información sensorial y motora [Moayedi & Davis, 2013:5].

Aunque este sistema sensorial no era específico del dolor, el dibujo de La Forge (basado en el concepto de Descartes y la comprensión de La Forge de la anatomía contemporánea) -*De un pie cerca de una llama*- es una de las figuras más famosas de la neurociencia (Fig. 1). Este ejemplo describe el camino para alejar rápidamente el pie de una llama caliente. En la figura (y su descripción en el texto), el calor de la llama cerca del pie activa una fibrilla dentro del túbulo nervioso que atraviesa la pierna, la médula espinal y, finalmente, llega al cerebro. Descartes comparó esta fibra con un cable conectado a una campana: al tirar del otro extremo del cable, la campana sonará. Las campanas son los poros que recubren los ventrículos en el cerebro [Moayedi & Davis, 2013:6].



**Fig. 1 Dibujo lineal del sistema del dolor por Louis La Forge basado en la descripción de Descartes en el *Tratado del Hombre* (Descartes et al., 1664)**

Aunque la figura del niño y la llama de La Forge sugiere que hay una vía dedicada al dolor, una lectura más cercana del texto indica que Descartes creía que el patrón y la intensidad de tirón de una fibra proporcionan la información adecuada para el cerebro sobre la intensidad y calidad del estímulo.

Posterior a la Teoría cartesiana del dolor, se formuló la Teoría de la compuerta del dolor, en 1965, propuesta por Ronald Melzack y Charles Patrick Wall. "The Gate Control Theory" reconoció la evidencia experimental que apoyaba las teorías de especificidad y patrón y proporcionó un modelo que podría explicar estos hallazgos aparentemente opuestos. En un artículo histórico, Melzack y Wall discutieron cuidadosamente las deficiencias de las dos teorías dominantes de la época e intentaron cerrar la brecha entre ellas con un marco basado en los aspectos de cada teoría que habría sido corroborado por datos fisiológicos. Específicamente, Melzack y Wall aceptaron que hay nociceptores (fibras para el dolor) y fibras táctiles. Propusieron que estas fibras hacen sinapsis en dos regiones diferentes dentro del asta dorsal de la médula espinal: células en la sustancia gelatinosa y las células de "transmisión". El modelo propuso que la puerta en la médula espinal es la sustancia gelatinosa en la asta dorsal que modula la transmisión de información sensorial desde las neuronas aferentes primarias hasta las células de transmisión en la médula espinal. La actividad de fibras grandes inhibe (o cierra) la puerta, mientras que la actividad de fibras pequeñas facilita (o abre) la puerta. La actividad de las fibras descendentes, que se originan en las regiones supraespinales y se proyectan hacia la asta dorsal, también podría modular esta puerta. Cuando la información nociceptiva alcanza un umbral que excede la inhibición provocada "abre la puerta" y activa las vías que conducen a la experiencia del dolor y sus comportamientos relacionados [Moayedi & Davis, 2013:9].

La Teoría del control de la compuerta de Melzack y Wall, publicada en 1965, también afirma que el mecanismo de compuertas estaría influenciado por una serie de factores como estados de ánimo y estímulos ambientales que inducen a las compuertas de las bandas de fibras nerviosas de la médula espinal a abrirse, de modo que los impulsos de dolor pudieran llegar al cerebro o cerrarse con el objetivo de bloquearlos [Lima, et al., 2014:6]. Esta teoría ha revolucionado el conocimiento sobre el dolor, ya que incluye otros elementos en el proceso como el estado emocional del individuo y la integración de nuevos enfoques terapéuticos, en lugar de explicar el dolor simplemente como una experiencia sensorial aferente. Esto es muy importante en el ámbito de la fisioterapia ya que gracias a ella podemos explicar los mecanismos de acción de la mayoría de las alternativas terapéuticas que se llevan a cabo para aliviar el dolor, entre ellas la termoterapia.

Más tarde, en 1968, Melzack y Casey describieron el dolor como multidimensional y complejo, con componentes sensoriales discriminativos, afectivo-motivacionales y cognitivo-evaluativos. A partir de esto, nos explican Moayedi & Davis [2013:10], se propone que la modulación cognitiva del dolor se refleja en los efectos de placebo y nocebo, terapia cognitiva conductual y otros tratamientos para el dolor crónico. Más recientemente, la neuroimagen sugiere que la función cerebral puede no ser modular, sino que implica redes. Además, estudios recientes han demostrado que, en condiciones



de dolor crónico, la estructura y la función del cerebro sufren plasticidad y que la dinámica de la red se altera.

Este último modelo se entiende como un enfoque humanista que estudia comportamientos y experiencias con el objeto de descubrir significados e interpretaciones subyacentes. Reconoce la singularidad y complejidad de la experiencia humana. Por esta razón exige una evaluación multidimensional del individuo, teniendo en cuenta los aspectos de la enfermedad misma, el comportamiento del paciente, y los contextos antes mencionados [Lima, et al., 2014:5-6].

Sin embargo, a pesar de valorar los aspectos emocionales y el contexto social del individuo, este modelo continúa reproduciendo un modelo de pensamiento basado en el dualismo cartesiano. Para Traverso-Yépez [citado en Lima, et al., 2014:6-7], el modelo biopsicosocial comparte con el modelo biomédico la premisa positivista de perseguir una realidad única a ser descubierta por los métodos de las ciencias naturales, lo que denota una postura meramente paliativa en relación con la perspectiva biomédica. El modelo biopsicosocial agrega dimensiones psicológicas y sociales a la comprensión del proceso de enfermarse más como una retórica que como una práctica legítima. En consecuencia, hasta ahora, parece que no existe un modelo teórico para los procesos de enfermar, especialmente para la experiencia del dolor crónico, que incluya el objeto del que habla: el individuo.

En la experiencia de vivir con dolor, el mundo del individuo se ve afectado y las experiencias que constituyen este individuo también definen el origen y la expresión de su dolor. El mundo indivisible de un paciente incluye su dolor, pero desde el punto de vista de la salud continúa compartimentado [Lima, et al., 2014: 2].

La filosofía de Merleau-Ponty [Lima, et al., 2014:7] propone que, para comprender la relación del hombre con el mundo, debemos trascender las dicotomías. Merleau-Ponty se acerca a un modelo de hombre que tampoco está insertado en el pensamiento dualista occidental, sino que habla de un sujeto constituido y que constituye el mundo. Los límites del hombre con el mundo son "borrosos", niegan la dicotomía sujeto-objeto. Comprender el dolor exclusivamente desde una perspectiva anatomopatológica, como algo situado en una determinada parte del cuerpo, es no comprender qué es sentir dolor en términos humanos.

Esta perspectiva fenomenológica de la que se ha hablado en este apartado parece esencial para comprender las formas de enfermarse y la constitución del dolor crónico, su origen y presencia, en la realidad de los individuos. No es posible reducir la experiencia de dolor de un individuo a un número en una escala (como se suele solicitar en algunas evaluaciones de pacientes), del mismo modo que uno no supera un estado de dolor crónico únicamente mediante intervenciones basadas en la experiencia o en los descubrimientos científicos más recientes. No es posible proporcionar ayuda de calidad a una persona cuyo historial es desconocido. Para comprender el dolor es necesario dar voz a la experiencia del paciente, tal como afirma Lima [et al., 2014:8].

## 2.5. Clasificación del dolor

El dolor se puede clasificar según su duración en dos tipos:

- *Dolor agudo*. Inicia a consecuencia de un daño tisular como signo de alerta. Sirve para promover la recuperación. Si ésta se da adecuadamente el dolor desaparece con la remisión del daño o la herida que lo provocó. La mayoría de las veces el tratamiento debe ir dirigido a la restauración del daño tisular. Ahora bien, aunque hay alteraciones de los índices autonómico, verbales y conductuales, no se asocia a afecciones a nivel vegetativo [Miró, 2003:7]. Asociado con enfermedades, procesos inflamatorios, accidentes y procedimientos médicos o quirúrgicos, el dolor agudo funciona como una señal de advertencia que indica que algo no está bien. Este aspecto adaptativo es de gran valor para la supervivencia, ya que busca que las personas estén motivadas para alejarse de un daño [Lima, et al., 2014:2].
- *Dolor crónico*. No causa alteraciones notables de las respuestas simpáticas y neuroendocrinas. Por lo general es un síntoma de una enfermedad persistente cuya evolución -continua o en brotes- conlleva la presencia de dolor, aún en ausencia de lesión periférica. Pero también se puede deber a alteraciones psicopatológicas o factores ambientales. El dolor crónico no posee función biológica alguna e impone con frecuencia alteraciones físicas, emocionales y sociales que dificultan profundamente la vida de quien lo padece [Soler & Montaner, 2004:52].

Visser y Davies [2009:33] nos dicen que, a pesar de la utilidad de esta clasificación temporal, también es cierto que no refleja situaciones específicas como la artritis reumatoide, dolor neuropático o hiperalgesia, por lo que es importante tener presente que las definiciones temporales de dolor son relativamente artificiales ya que existe una superposición considerable entre estos términos y es probable que existan en un continuo temporal y patofisiológico. Por esto se hace necesario incluir otro tipo de clasificaciones.

Según su etiología podemos clasificar al dolor en:

- *Nociceptivo*. También denominado fisiológico, se genera por la estimulación de los nociceptores periféricos o profundos transmitiéndose por las vías nerviosas específicas del dolor hasta llegar al tálamo y la corteza cerebral. La categoría nociceptiva comprende tanto el dolor somático (que se transmite a lo largo de fibras sensoriales) como el visceral (que se transmite por fibras autonómicas) [Derasari, 2002:11]
- *Neuropático*. Producido por la alteración de la estructura y/o la función neurológica que altera los mecanismos de control y regulación de las vías de transmisión nociceptiva. Aquí no existe estímulo nociceptivo y se asocia con el dolor de tipo crónico. Su etiología es múltiple y es considerado como uno de los cuadros dolorosos con mayor complejidad de tratamiento analgésico [Derasari, 2002:13]

Tomando en cuenta las clasificaciones anteriores, el tipo de dolor que se abordará a lo largo de esta investigación estará centrado en el dolor crónico, cuya etiología sea somática y neuropática, excluyendo el dolor de tipo visceral en cuyo tratamiento no se incluye comúnmente a la Fisioterapia.

## 2.6. Aspectos psicológicos

Tanto el miedo como la ansiedad contribuyen a la experiencia subjetiva del dolor, pero estos son estados emocionales diferentes. El miedo es generado por una amenaza presente e inminente y motiva una respuesta de escape. La ansiedad surge desde la anticipación y se caracteriza por la vigilancia y la respuesta de evitación [González, 2014:611].

La ansiedad anticipatoria y el miedo asociado al dolor se transforman en emociones desadaptativas cuando el dolor persiste en el tiempo, siendo estas respuestas emocionales la explicación psicológica a la transición de dolor agudo a crónico.

La depresión también se presenta con frecuencia en pacientes que experimentan dolor. Es entendida como un compromiso emocional que se caracteriza por ánimo negativo, desesperanza, falta de sensaciones placenteras (anhedonia), trastorno del sueño, entre otros síntomas. La presencia de depresión en una condición de dolor constituye un factor de riesgo importante para incapacidad ocupacional. Además, se estima que un 52% de los pacientes con dolor crónico cumplen con el criterio de diagnóstico para depresión [González, 2014:612].

Se ha demostrado que el estrés emocional también aumenta el riesgo de incapacidad ocupacional [González, 2014:612]. Este se manifiesta por la presentación de síntomas de ansiedad, síntomas depresivos y físicos asociados a la sobreactivación del sistema nervioso autónomo.

González [2014:615] también apunta que todos los individuos cuentan con determinados supuestos acerca de cómo actúa el dolor y qué significa sentir un determinado estímulo doloroso. Estas creencias ayudan al cerebro a procesar la enorme cantidad de estímulos que recibe de una manera más eficiente. Sin embargo, estas interpretaciones también pueden ser negativas, ya que pueden anticipar y distorsionar una respuesta y así perjudicar la capacidad adaptativa. Las creencias sobre el dolor también pueden manifestarse a través de expectativas respecto a la salud y la enfermedad y pueden tener un impacto significativo en la experiencia del dolor. Cuando estas expectativas no se cumplen, aumentan los pensamientos negativos, la desconfianza y, por ende, también el dolor.

Existen creencias que se deben evaluar en los pacientes con dolor crónico, ya que algunas de ellas se asocian a secuelas importantes. Ejemplo de estas creencias es la catastrofización del dolor, entendida como una interpretación exagerada y negativa de dolor y sus consecuencias donde un evento relativamente neutro puede ser transformado en una catástrofe. Dicha condición se asocia a una variedad de problemas que limitan las actividades, dificultan la recuperación y aumentan el riesgo de cronicidad. Otro ejemplo es el miedo o evitación del dolor, este se expresa en la idea de que se debe

evitar toda actividad para reducir la posibilidad de dolor. Es así como el miedo al dolor, a lesionarse o agravarse con la actividad, llega a ser más incapacitante que el dolor en sí mismo [González, 2014:612-613].

Así, el dolor puede ser entendido a través de un conjunto de conductas tales como: expresiones verbales, actitudes corporales, reposo, evitar movimientos, tomar analgésicos o buscar atención médica. La mayoría de estas conductas son aprendidas y están influenciadas por emociones y cogniciones, pero también por las consecuencias que dichas conductas producen en el medio social. Cuando ciertas conductas logran disminuir el dolor probablemente se repitan en el futuro, sin embargo, se ha demostrado que las conductas que proporcionan beneficios a corto plazo pueden llegar a ser perjudiciales a lo largo del tiempo.

## 2.7. Aspectos socioculturales

Las creencias culturales, los grupos sociales y las tradiciones religiosas pueden desempeñar un papel importante en la respuesta al dolor al afectar la forma en la que lo interpretamos y manejamos. A diferencia de las culturas occidentales -que consideran al dolor como una condición patológica que debe eliminarse- en algunas culturas no occidentales el dolor y el sufrimiento se consideran hechos de la vida que deben ser aceptados. Según Resnik [et al. 2001:281] existe evidencia de que las actitudes occidentales hacia el dolor han cambiado con el tiempo. Las personas han aceptado menos el dolor ya que la medicina les ha proporcionado formas más efectivas de control. Para muchas personas, las creencias religiosas juegan un papel clave en su interpretación del dolor y sufrimiento. Una persona que tiene dolor puede creer que este es el castigo de Dios por haber pecado, o puede creer que aceptar el dolor los ayudará a ser virtuosos o piadosos. Prácticamente todas las grandes religiones del mundo intentan dar sentido al sufrimiento humano.

Investigaciones recientes acerca del dolor [Sturgeon & Zautra, 2016:64-66] examinan no solo los efectos en el paciente, sino también la relación que existe entre el dolor crónico que percibe el paciente y los aspectos de su entorno social, ya que se ha demostrado que dichos factores impiden o facilitan la adaptación al dolor y tienen un papel importante en las intervenciones que buscan mitigar su calidad de crónico.

Volviendo a Sturgeon & Zautra [2016:65] la conexión entre el dolor físico y los factores sociales puede explicarse por varios factores, incluidos los procesos cognitivos y fisiológicos. Se ha observado que la relación entre la soledad y la intensidad del dolor parece estar mediada por un aumento de los niveles de dolor catastrofista, lo que sugiere que la evaluación cognitiva del dolor y los procesos sociales pueden ser un mecanismo clave. Un factor social que se ha destacado es el estrés en la niñez y juventud. En esta misma investigación [Sturgeon & Zautra, 2016:66], los autores han demostrado que el trauma y otros factores de estrés importantes en la vida temprana predisponen a los individuos a presentar dolor crónico a lo largo de su vida adolescente y adulta. De hecho, perspectivas psicosociales actuales [González, 2014:614] sugieren que el abuso físico o sexual está asociado a pensamientos y afrontamientos negativos, así como a un débil soporte social, es decir, factores que pueden incrementar la activación simpática, haciendo más vulnerable al individuo al estrés de experimentar dolor.

Otro factor social que se ha estudiado es la empatía interpersonal [González, 2014:615], la cual se describe como el proceso a través del cual la familia y cercanos intentan comprender y responder a las emociones de las personas con dolor. Estudios demuestran que los individuos con altos indicadores de empatía fueron capaces de tolerar mejor el dolor, así como también la experiencia emocional asociada a éste. El apego es otro constructo interpersonal que se ha estudiado con relación al dolor en esta misma investigación. Se ha demostrado que el antecedente de un apego inseguro con los padres o cuidadores en la infancia constituye un factor de riesgo para respuestas desadaptativas ante estímulos dolorosos.

Por último, la insatisfacción laboral y los trabajos que requieren de demandas físicas importantes, se han descrito como predictores de cronicidad del dolor [González, 2014:612]. La influencia del mal control del trabajo, las expectativas de regresar al trabajo y el temor a una nueva lesión contribuyen al riesgo laboral para el inicio o la persistencia del dolor [Van Hecke et al., 2013:212].

Los síndromes dolorosos crónicos se presentan con mayor prevalencia en las mujeres. Ahora, si bien aún no son claras las diferencias de sexo (biológicas) y de género (rol) en las experiencias de dolor entre hombres y mujeres, ciertos estudios [Van Hecke et al. 2013:213] afirman que las mujeres suelen buscar tratamiento para el dolor en mayor proporción que los hombres. Desde el punto de vista biológico, existe evidencia que sugiere que estas diferencias relacionadas con el género se asocian con cambios hormonales relacionados con el estrógeno.

En general, existe una mayor prevalencia de dolor crónico en la vejez [Van Hecke et al., 2013:213]. La aparición y gravedad del dolor crónico incapacitante también aumenta con la edad. Dado que es probable que la población mundial de 65 años y más se duplique en los próximos 40 años, la carga general de dolor crónico también es probable que aumente exponencialmente.

El dolor y su tratamiento se distribuyen de forma muy desigual en las diferentes poblaciones del mundo, por lo que los más desfavorecidos soportan mayores cargas de dolor persistente y menor probabilidad de tratamiento efectivo [Goldberg & McGee, 2011:2]. Otros estudios demuestran que la privación de vecindarios, los bajos niveles de educación y las desigualdades (percibidas) de ingresos están asociadas con la aparición del dolor y la forma en la que este interfiere con las actividades diarias [Van Hecke et al., 2013:213].

Las diferencias etnoculturales [Van Hecke et al., 2013:213] también resultan importantes en la percepción del dolor, ya que se ha demostrado que, en grupos de minorías étnicas, el tratamiento suele ser insuficiente. Esta deficiencia en la atención se puede deber a una mayor sensibilidad al dolor que deriva en resultados más pobres del tratamiento para el dolor crónico.

Revisiones acerca de las intervenciones actuales para el dolor crónico [Brady et al., 2017:2] demuestran una efectividad limitada en poblaciones con diversidad cultural y

lingüística. Esto puede deberse a la variabilidad en los marcos explicativos de comunidades con diversidad cultural.

Como se puede ver, aunque muchos de los factores socioculturales explicados anteriormente no son susceptibles de intervención médica, es importante reconocerlos para una mejor evaluación y manejo del dolor crónico. Se requiere que dichos aspectos sean visibilizados en la población, pero también en los sistemas de salud. La existencia de factores tanto a nivel individual como a nivel poblacional -para el inicio o la persistencia del dolor- sugiere que existen oportunidades de intervención en todos los niveles de atención de la salud [Van Hecke et al., 2013:214].

## 2.8. Tratamiento del dolor crónico

El uso de analgésicos orales convencionales para el alivio del dolor son el primer tratamiento médico administrado debido a que es una solución rápida, barata y relativamente segura. Generalmente se siguen los pasos de la escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Fig. 2) para prescribir estos medicamentos. Dicha escala fue inicialmente desarrollada para el tratamiento del dolor por cáncer, logrando un alivio en 80% a 90% de los pacientes. Actualmente se aplica también a la mayoría de las condiciones de dolor crónico no relacionado con el cáncer, pero en estos pacientes el alivio del dolor a largo plazo sólo se logra en el 30%, ya que los efectos secundarios tienden a limitar las dosis máximas [Hylands-White & cols, 2016:2]

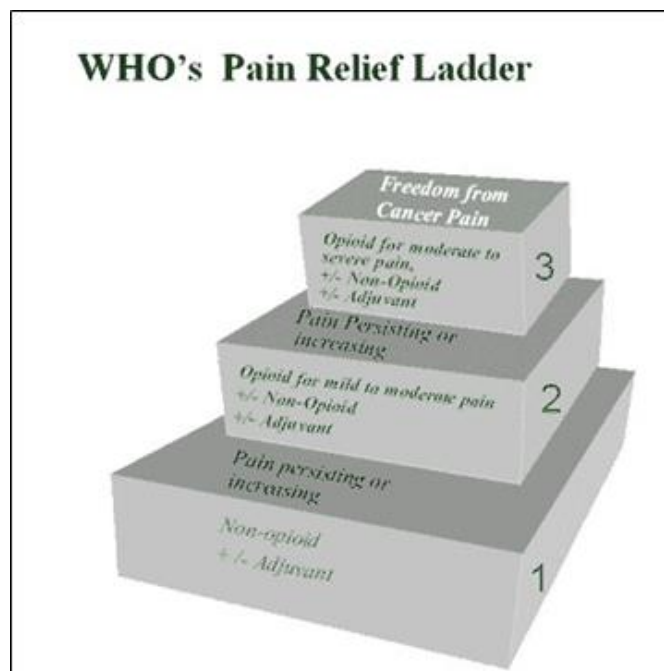


Fig. 2 WHO analgesic ladder (<https://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>)

Dados los efectos adversos de los medicamentos analgésicos, es usual que dentro del tratamiento farmacológico se requiera de la combinación de estos, por lo que es

imprescindible encontrar el equilibrio entre un tratamiento eficaz y los efectos secundarios aceptables, apuntan Dale & Stacey [2016:56-57].

La falta de eficacia de los tratamientos para disminuir el dolor puede conllevar riesgos como los que plantea la Sociedad Española de Dolor (SED), que estima que el 29 % de los pacientes suele recurrir a la automedicación para tratar su dolor, lo cual puede llevar a que el paciente experimente los efectos adversos de los medicamentos utilizados y exista riesgo de interacciones de acuerdo con una investigación de Torralba [et al., 2014:19].

El manejo intervencionista del dolor consiste en procedimientos invasivos que incluyen inyecciones de bloqueo nervioso, cirugía de denervación, sistemas de administración de fármacos implantables y estimuladores nerviosos. Dichas técnicas son a menudo riesgosas y costosas, por lo que generalmente se reservan para los casos que no responden a los analgésicos orales y sistémicos [Hylands-White et al., 2016:33].

La atención fisioterapéutica dentro del tratamiento médico del paciente con dolor crónico proviene de la evidencia de los efectos benéficos de los agentes físicos en la funcionalidad, debido a que ayuda en los cambios biomecánicos de estructuras periféricas como músculos, articulaciones fascia, ligamentos y otros tejidos. Sin embargo, se ha demostrado que las intervenciones de terapia física también producen efectos neurofisiológicos gracias a la neuroplasticidad. Estos efectos neurofisiológicos modulan el dolor, el control neuromuscular y los factores psicosociales [Rajapakse et al., 2014:478 y Sorum, 2015:149]. Para Sorum [2015:149] la terapia física tiene como objetivo disminuir las limitaciones funcionales sin contribuir a ningún aumento del dolor.

Dentro de las opciones terapéuticas que ofrece la Fisioterapia están las modalidades activas, los tratamientos pasivos y las actividades educacionales [Hylands-White, 2016:35-36]. Se recomienda que las modalidades pasivas se lleven a cabo sólo en etapas tempranas del tratamiento, ya que pueden reforzar la dependencia a factores externos, por lo que se debe alentar al paciente a asumir la responsabilidad de su propia mejora. El tratamiento físico activo tiene como objetivo recuperar la fuerza muscular y mejorar el rango de movimiento, mientras que las actividades educativas se basan en enseñar a pacientes y sus familiares que el dolor no necesariamente implica que se esté produciendo daño tisular. Por lo anterior es importante advertir que evitar la actividad puede empeorar los procesos dolorosos por falta de movimiento.

Los tratamientos pasivos son aquellos que el fisioterapeuta realiza en el paciente mediante la utilización de agentes físicos. Los beneficios que estas terapias tienen son apreciables a corto plazo, pero su uso prolongado no ha demostrado disminución del dolor a largo plazo, como plantea Sorum [2015:149].

Las intervenciones de terapia manual pasiva [Sorum, 2015:150] tienen como objetivo facilitar el movimiento biomecánico, el flujo sanguíneo, la movilidad tisular y la función neuromuscular. Las técnicas de terapia manual que se aplican al dolor crónico pueden incluir liberación miofascial, distensión sistémica, movilización neurodinámica, masaje, estiramiento manual, estiramiento por contracción relajada, movilización de tejido blando

asistida por instrumentos, liberación manual del punto de disparo, técnica de liberación activa, entre otros.

A pesar de que la aplicación superficial de calor o frío suele tener evidencia moderada de su uso aislado [Morales & Torrado, 2014:472-474], si estas técnicas se combinan con un tratamiento activo puede ser más eficaces para proporcionar alivio inmediato del dolor. El calor superficial ayuda a relajar los músculos tensos y aumenta la circulación local, reduciendo así el dolor y la rigidez. La crioterapia, por su parte, reduce las temperaturas musculares y actúa para disminuir el metabolismo local, la inflamación y el dolor. Se cree que el efecto analgésico es el resultado de una disminución en la velocidad de conducción nerviosa y una reducción en la actividad muscular. Los tratamientos de calor y frío son fáciles de usar y están ampliamente disponibles, por lo que los pacientes pueden utilizarlos dentro de la terapia física previo a tratamientos activos o como auxiliar en sus hogares cuando cursan con episodios de dolor [Hylands-White, 2016:35-36].

El término TENS (del inglés *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*) se utiliza para denominar a la aplicación de corriente eléctrica pulsada mediante electrodos con finalidad analgésica. Estudios actuales afirman que el TENS es la técnica de estimulación eléctrica más empleada como alternativa a los tratamientos analgésicos tradicionales, tales como los farmacológicos o quirúrgicos. A pesar de que su uso es habitual en los pacientes con dolor crónico, aún existe dificultad para definir parámetros precisos de programación (frecuencia, duración del impulso, intensidad o lugar de aplicación), por lo que su utilización en este tipo de pacientes aún no cuenta con evidencia consistente [Morales & Torrado, 2014:476-477 y Hylands-White, 2016:35].

Ahora bien, los tratamientos activos son aquellos que el paciente realiza con supervisión del fisioterapeuta. Se recomienda que estos inicien con intensidad baja y que aumente a medida que avanza el tratamiento. La participación del paciente en tratamientos activos puede crear cambios importantes a largo plazo en la funcionalidad y disminución del dolor según Sorum [2015:149].

Para Daenen [2015:112], la terapia con ejercicios tiene como objetivo reducir el dolor, mejorar la condición física y optimizar la participación en actividades de la vida diaria. La mejora de la condición física permite que estas actividades se realicen a un menor porcentaje de la capacidad máxima y, posiblemente, con una menor probabilidad de aumentar el dolor.

Geneen [2017:4] ha argumentado que los tratamientos activos deben adaptarse a cada individuo tomando en cuenta los medicamentos utilizados por cada paciente, el estado actual de salud y el estado físico, ya que una mala prescripción puede provocar eventos adversos como "brotes" de dolor o provocar eventos respiratorios/cardíacos.

Dentro de las diferentes modalidades de tratamiento activo se encuentra el ejercicio aeróbico, el cual está fuertemente vinculado a la pérdida de peso, que a su vez tiene implicaciones para el tratamiento del dolor crónico musculoesquelético a medida que se reduce la presión sobre las articulaciones. Otra alternativa es el ejercicio de resistencia, el cual ha demostrado disminuir el dolor crónico musculoesquelético de manera indirecta,



ya que el soporte que da a la musculatura alrededor de la articulación disminuye la rigidez, lo que a su vez provoca cierto alivio del dolor [Geneen, 2017:5].

La enseñanza de estas técnicas tanto al paciente como a familiares tiene como objetivo contrarrestar los conceptos erróneos que se tienen acerca del dolor, su tratamiento y la actividad física. Es necesario explicar la razón de que se lleven a cabo cierto tipo de tratamientos fisioterapéuticos, así como fomentar una comunicación asertiva con el paciente, ya que resulta importante tener una mejor comprensión de las causas del dolor, pues gran parte de los pacientes tienen la creencia de que el ejercicio podría exacerbar el dolor. En la experiencia de Eccleston & Eccleston [2004:79], las preguntas típicas de los pacientes tienen que ver con las razones de la persistencia del dolor más allá de las lesiones y si el ejercicio puede conducir a un daño mayor.

Por lo anterior resulta importante que las intervenciones educativas se enfoquen en disminuir el miedo al dolor mediante el uso del movimiento y enfatizando al paciente la diferencia entre "dolor" y "daño". Técnicas específicas incluyen educación sobre el estrés, el ritmo, la meditación, la higiene del sueño, la visualización, el ejercicio en el hogar y el autocontrol de los síntomas según su experiencia clínica y sus necesidades [Sorum, 2015:149-151].

En todo esto, las funciones principales del fisioterapeuta son disminuir el dolor mediante el uso de técnicas pasivas, fomentar la adopción del ejercicio regular en la vida diaria, y así facilitar la realización de sus actividades, promoviendo la independencia del paciente tanto en su vida cotidiana como en el manejo de su enfermedad y el dolor que padece [Eccleston & Eccleston, 2004:78].

El fisioterapeuta, por tanto, puede actuar en distintos momentos de la atención al paciente con dolor crónico. En un inicio puede identificar a los pacientes con patologías y remitirlos al especialista más adecuado, pero también están en una posición ideal para identificar a los pacientes que están desarrollando barreras psicosociales para su óptima recuperación. En etapas posteriores, los fisioterapeutas tienen la posibilidad de proporcionar intervenciones de rehabilitación intensivas en casos de exacerbación de dolor [Moffett & McLean, 2005:375].

Dentro de la atención al paciente con dolor crónico, el fisioterapeuta debe realizar una evaluación subjetiva seguida por el examen físico [Moffett & McLean, 2005:372]. La escucha debe ser activa en las inquietudes del paciente acerca de las características de su dolor, pero también sobre las consecuencias del dolor en su vida. Estos puntos son esenciales para un buen diagnóstico y manejo.

Una vez que se ha realizado el historial y el examen físico, el fisioterapeuta debe proporcionar una explicación cuidadosa para asegurar que el paciente entienda su condición. La cronicidad del dolor y la falta de oportunidad de curación deben estar claras en la mente del paciente. Los fisioterapeutas deben evitar reforzar los temores de los pacientes sobre los procesos dolorosos, ya que estos pueden actuar como una barrera para la recuperación y deben abordarse adecuadamente [Moffett & McLean, 2005:372].

Si un paciente con dolor crónico no ha mostrado una mejoría funcional significativa en 12 sesiones, el plan de atención actual debe examinarse. Un gran número de sesiones también puede facilitar la dependencia del paciente de los tratamientos pasivos, así como indicar una mejora funcional deficiente. Es por esta situación que el tratamiento no debe enfocarse en tratamientos pasivos, sino en avanzar en tratamientos activos y reforzar los conceptos educativos. Las expectativas realistas y el establecimiento de metas conjuntas son esenciales para que un paciente sienta que el tratamiento ha sido benéfico y productivo. El objetivo final es motivar al paciente a asumir la responsabilidad personal de cambiar su condición a través de la confianza, la relación, el empoderamiento y el estímulo [Sorum, 2015:151].

Hylands-White et al. [2016:37] han hecho hincapié en que el tratamiento psicológico del dolor crónico busca limitar el impacto que tiene la condición de dolor en la salud mental y el bienestar del paciente. La evaluación inicial implica un examen psicológico para determinar el grado de afectación que el dolor ha tenido en el estado de ánimo, el sueño, el apetito, la motivación, las actividades diarias, las relaciones, el trabajo y las finanzas. Dichos autores también mencionan que existen numerosos enfoques para el tratamiento psicológico: entrevista motivacional, psicoterapia psicodinámica, terapia operante, terapia cognitivo-conductual, biorretroalimentación, hipnosis, exposición gradual, reducción de estrés basada en conciencia plena, terapia de aceptación y compromiso, terapia breve centrada en la solución y otros.

Actualmente, la terapia cognitivo-conductual es el tratamiento psicológico de primera línea para el dolor crónico. Esta terapia se enfoca en reducir la discapacidad al enfatizar el manejo, la adaptación y el autocontrol del paciente. Se busca que el paciente aprenda habilidades como la relajación y la identificación y eliminación de creencias negativas como la evitación, el miedo y la catastrofización del dolor. Se ha demostrado que, si bien la terapia cognitivo-conductual es útil para disminuir el dolor, la depresión, la ansiedad y el insomnio, sus efectos son moderados, por lo que es necesario un tratamiento multidisciplinario [Dale & Stacey, 2016:61].

Otra terapia cuya aplicación en dolor crónico comenzó en los años 80 es el modelo de tratamiento conocido como Mindfulness, que se basa en la reducción del estrés y se considera como “la capacidad de poner atención plena sobre una experiencia, en el momento presente, con apertura, flexibilidad y sin enjuiciamiento”. La práctica de la atención plena permite al paciente reconectarse con la experiencia inmediata, de esta forma se puede reducir el componente afectivo-cognitivo que amplifica la experiencia del dolor [González, 2014:615].

González [2014:616] dice que un aspecto importante en el tratamiento psicológico del paciente con dolor crónico es hacerlo consciente de que sus estados emocionales, sus creencias y conductas asociadas, son parte vital de sus experiencias dolorosas, por lo que la atención psicológica no implica necesariamente la sospecha de una patología mental o dudas respecto a la realidad del dolor, sino más bien que este tratamiento forma parte de un enfoque integral de la atención del dolor.

## 2.9. El padecer del paciente con dolor crónico

Los aspectos revisados anteriormente (biológicos, psicológicos, sociales y culturales) convergen en la vida del individuo que padece dolor crónico. Por esta intersubjetividad de dimensiones es que cada fenómeno doloroso es subjetivo y su significado e interpretación son diferentes. Sin embargo, existen aspectos importantes que se deben abordar para estudiar el padecer del individuo con dolor crónico.

El cuerpo que duele es un individuo constituido por el mundo que lo rodea, lo influye y es influenciado por él en todo momento. Tiene características únicas que, sin atención, pueden limitar la intervención terapéutica. Visto desde esta perspectiva el dolor, cuando ocurre, llama la atención del individuo hacia la parte afectada de su cuerpo y puede controlarlo como ninguna otra experiencia corporal [Lima, et al., 2014:7].

Lima [et al., 2014:8] han explicado esto como que, en el proceso de enfermarse, el dolor crónico se entiende como una forma de estar en el mundo, que no necesariamente se limita a una zona corporal determinada. Afecta al individuo como un todo ya que capta su atención, causa sufrimiento, limita su funcionalidad, cambia su rol en la familia y su situación laboral. Por ende, disminuye su calidad de vida.

Uno de los aspectos que se deben analizar en el estudio del paciente con dolor crónico es la temporalidad. El dolor crónico se vuelve una parte duradera en la vida del paciente, por lo que desafía la definición de enfermedad como una desviación temporal y tratable del funcionamiento normal según Honkasalo [2001:320].

Para Bruner & Turner [1986:141] en el proceso médico la temporalidad se vuelve una herramienta, pues el pasado hace posible la reconstrucción del padecer y, por tanto, el posible diagnóstico. El presente se entiende como la necesidad de un tratamiento que alivie el padecer, mientras que el futuro se visualiza por medio del pronóstico y su posible curación. En los pacientes crónicos ese futuro imaginado se concibe como el control de la enfermedad y disminución de su sintomatología, pero sin llegar a una curación.

La cronicidad puede hacer que los pacientes fusionen sus identidades con los diagnósticos. De tal manera que la atención a la salud se convierte en un aspecto que los pacientes utilizan para reformular su nueva identidad, ya que el sufrimiento que experimentan este dolor conduce a un desmoronamiento de las características propias de la personalidad. Por otra parte, se puede entender que los enfermos crónicos intentan formar sus nuevas identidades de acuerdo con el tipo y grado de su dolor, los significados que se le atribuyen socialmente a su enfermedad y sus propias expectativas de sí mismos [Honkasalo, 2001:320-322].

Así, la identidad adquiere gran importancia ya que esta noción de sí mismo tiene una dimensión temporal. Si nos basamos en las características mencionadas arriba, entonces caeremos en la cuenta de que también tiene una dimensión lingüística gracias al relato, por lo que esta fusión tiempo-relato se convierte en una historia contada [Ricoeur, 2004:341-344]. Desde el diagnóstico de una enfermedad crónica el paciente lleva a cabo un proceso para crear su nueva identidad. Primero buscará significados sociales y culturales dados a su padecimiento y la vinculación de esta información con experiencias

pasadas. Después relaciona dichas experiencias con el presente con el objetivo de reconfigurar su identidad y promoverla hacia el futuro.

Sobre todo, en etapas iniciales de diagnóstico y procesamiento de su condición, las habilidades relacionales del individuo con dolor crónico pueden verse afectadas, incluso con las personas conocidas, ya que estas tienden a hacer comparaciones entre la situación actual y la que tenía antes de la discapacidad [Goffman, 2006:44-45]. Dicha afectación puede traer consecuencias al momento de configurar su identidad y llegar, incluso, a repercusiones en la funcionalidad y calidad de vida del paciente.

Otro aspecto por considerar en el estudio del padecer es la intersubjetividad del dolor crónico. Este fenómeno sólo se puede definir dentro de las estructuras culturales existentes, así como de los procesos corporales. Por tanto, es por esa dicotomía entre cultura y cuerpo que podemos entender el dolor como modo de ser en el mundo, es decir, a una forma de experimentar, percibir, actuar y relacionarse con el contexto [Honkasalo, 2001:325 y Bendelow, 2013:455].

Pero dichas interpretaciones culturales no sólo afectan la manera en la que el individuo vive con ese padecimiento y el significado que este le da a su dolor, también están presentes en los profesionales de la salud, por lo que la relación clínica se verá influenciada por estos significados [Geertz, 1991:32-35]. Es también en esta relación entre el paciente y el clínico donde el conocimiento obtenido de las experiencias previas de ambos se pone en práctica: se da a través del lenguaje y la interacción [Berger y Luckman, 2001:34-36].

Dentro del ámbito médico, el uso de habilidades comunicativas tiene la finalidad de mejorar el encuentro clínico al comprender el dolor crónico del paciente como un evento que tiene un significado. La interpretación de ese significado tiene un lugar predominante en la relación clínica, pues es aquí donde el paciente evidencia su fragilidad ante los ojos del profesional de salud y busca que su sufrimiento sea aliviado. Es aquí también donde el clínico responde ante esa vulnerabilidad y utiliza sus conocimientos técnicos, además de sus competencias narrativas para ofrecerle al paciente la mejor atención posible [Moratalla & Feito, 2013: 195-198].

En la relación entre el paciente con dolor crónico y los profesionales de la salud es imprescindible el uso de modelos explicativos como una forma de lenguaje común que ayude al mejor entendimiento de los aspectos tanto objetivos como subjetivos del dolor [Kleinman, 1988:14-17]. Estos, además de incluir aspectos propiamente biomédicos, se deben realizar también con base en las percepciones subjetivas de la enfermedad en la vida diaria del paciente y las repercusiones que el padecimiento tiene en la calidad de vida y la integración social.

Todo lo anterior desemboca en que la interacción entre el clínico y el paciente debe tener como eje modulador el relato del paciente, pues la atención se debe centrar en la interpretación y contextualización de la historia del padecimiento con la finalidad de integrar la dimensión del dolor crónico, el significado del sufrimiento y la reconstrucción que el paciente hace de su identidad posterior al diagnóstico.

## 2.10. Discusión

Si bien dentro del paradigma biomédico se reconocen los aspectos no biológicos del dolor crónico, dentro del tratamiento médico estos aspectos no se toman en cuenta en el equipo que se dedica a tratar a este tipo de pacientes. De aquí que se tenga la necesidad de ampliar la visión del dolor crónico.

Como se ha mencionado, el dolor crónico no existe de forma aislada, pues hay individuos que lo manifiestan y, para comprenderlo, se debe observar desde la perspectiva de este individuo. Además, no podemos pensar en una sola forma de manifestación del proceso, ya que cada individuo es único y sus formas de entender, significar y expresar también son singulares. En palabras de Madjar:

*“Para comprender el dolor, necesitamos comprender a la persona que sufre... La clave es nuestra atención a la experiencia vivida de la persona con dolor y nuestra disposición, individualmente y como miembros de equipos de atención médica, a trabajar tanto con nuestros pacientes como con ellos. El trabajo cognitivo y técnico del diagnóstico y el tratamiento del dolor debe ir de la mano con el apoyo y los actos de afirmación que hacen posible que la voz del paciente sea escuchada y valorada.”* [citado por Lima, et al., 2014: 8].

El problema principal aquí es que en la búsqueda de la unificación de las teorías del dolor se requiere de la investigación tanto científica como humanista. Un entendimiento más amplio del dolor crónico ayuda a la fisioterapia a entender de mejor manera dicho padecimiento y mejorar el tratamiento del paciente con dolor crónico.

Ahora, es importante aclarar que, si bien las teorías unificadoras del dolor dan respuesta al entendimiento del “padecer” del paciente con dolor crónico, este se debe entender como aquel dolor que no tiene función biológica y cuya estadía en la vida del paciente no tiene ningún tipo de beneficio. Así que tomar en cuenta los factores biológicos y psicológicos es imprescindible, pero también tienen un peso imponderable los aspectos sociales y culturales, pues ayudan a los profesionales de salud a mejorar el tratamiento y personalizarlo a las necesidades de cada individuo. Por tanto, se podría decir que una intervención farmacológica o intervencionista puede ser la respuesta para gran cantidad de pacientes, pero dicha objeción no puede generalizarse.

En conclusión, debe entenderse que, desde esta perspectiva de la fisioterapia, se debe buscar que en el equipo interdisciplinario que trata a los pacientes con dolor crónico se incorporen los aspectos subjetivos del dolor crónico con el objetivo de entender la situación específica de cada paciente y así dar un tratamiento más eficaz. Específicamente en nuestro país también se debe buscar incluir a los terapeutas físicos dentro del equipo que labora en las clínicas de dolor, ya que se ha demostrado que la terapia física tiene amplios beneficios tanto físicos como psicológicos para este tipo de pacientes, pues representan un universo individual que escapa a las generalizaciones de los tratamientos actuales no basados en los aspectos vistos en este capítulo.

### **CAPÍTULO III: Vulnerabilidad y Autonomía en el Paciente con Dolor Crónico**

La medicina se ha dedicado histórica y pragmáticamente al alivio del sufrimiento. Su énfasis principal ha sido el tratamiento del dolor. La obligación moral de aliviar el dolor se ha visto como un canon ético fundamental de la medicina. Esto porque se reconoce históricamente que la relación del dolor con el sufrimiento, y el impacto del sufrimiento sobre la condición humana, son asuntos imprescindibles en el ejercicio del profesional de la salud.

A pesar de que dicho imperativo de alivio de dolor está presente en el ejercicio diario de la medicina, en la práctica se reconoce que nuestra relación con todos y cada uno de los demás seres no es uniforme. Las asimetrías existen en nuestras relaciones con los demás en función de las capacidades relativas para realizar una acción autónoma, el nivel de independencia y el grado de vulnerabilidad. Por lo anterior, existe la responsabilidad moral de reconocer esta asimetría relacional y atender a aquellos que son vulnerables. Nos dicen Niebrój [et al. 2008:9-10] que, por tanto, la vulnerabilidad existencial de los pacientes con dolor crónico los coloca como sujetos de nuestra responsabilidad y cuidado moral.

Como vimos en el capítulo anterior, el valor negativo es lo que define el dolor como un fenómeno intenso y/o persistente, tanto físico, como psicológico e incluso persistente y dañino a muchos niveles en aquellos que son más capaces. Ergo, se sabe que el dolor puede causar mayores daños a aquellos que son más vulnerables. Niebrój [et al., 2008:9-10] nos dicen, asimismo, que la tarea moral de tratar el dolor y aliviar el sufrimiento no se dirige al dolor en tanto objeto, sino que se centra en la consideración del impacto y los efectos del dolor en y sobre un ser sensible y vulnerable que es el sujeto de nuestro respeto.

Para entender de manera global lo que se entiende en esta tesis como vulnerabilidad y autonomía debemos entonces centrarnos en los conceptos básicos que Ricoeur aplica a estos términos. El autor retoma este tema al hablar de la *“Paradoja de la Autonomía y de la Vulnerabilidad”*. Ahí explica que los individuos suponen que son autónomos y esta presuposición se convierte en la garantía de buena parte de las convicciones y reclamaciones de derechos u obligaciones. Sin embargo, la autonomía es una tarea, es algo que hay que ganar. Se debe *llegar* a ser autónomos precisamente porque existe una vulnerabilidad. Por ello, el objetivo es la búsqueda de esa autonomía. La vulnerabilidad antropológica (intrínseca) es, entonces, no sólo una afirmación de nuestra impotencia o debilidad, sino una constatación de la vida como quehacer, como algo por construir, desde nuestra radical finitud, como interpreta Feito [2007:10]. En palabras del mismo Ricoeur:

*“Es el mismo ser humano el que es lo uno y lo otro [autónomo y vulnerable] bajo dos puntos de vista diferentes. Y, es más, no contentos con oponerse, los dos términos se componen entre sí: la autonomía es la de un ser frágil, vulnerable. Y la fragilidad no sería más que una patología sino fuera la fragilidad de un ser llamado a llegar a ser autónomo, porque lo es desde siempre de una cierta manera. He aquí la dificultad con la que hemos de confrontarnos” [Ricoeur, 2008].*

### 3.1. Vulnerabilidad en el paciente con dolor crónico

Enlazando este apartado con los presupuestos del capítulo anterior, se hace necesario que entendamos que la importancia de comprender la situación de vulnerabilidad en el paciente con dolor crónico radica en que, al estar inmerso en un sistema de atención clínica, este tipo de pacientes requieren que los profesionales de la salud sean conscientes de los aspectos físicos, biológicos, psicológicos y socioculturales que experimentan con el objetivo de reconocer el alcance que estas características tienen en la vida del paciente; reflexionar acerca de la protección que debemos brindar al momento de atender al paciente en nuestra práctica clínica. Por tal motivo, a continuación, se desarrollan nociones clave del concepto de vulnerabilidad y cómo este se puede incluir como principio para la atención fisioterapéutica del paciente con dolor crónico.

#### 3.1.1. Concepto de vulnerabilidad

Es importante recordar que el concepto de vulnerabilidad surge del debate entre distintas áreas. De acuerdo con Loureiro [2017:3], este término, asociado a la fragilidad, se acompaña frecuentemente de un adjetivo, por ejemplo: vulnerabilidad social, ontológica, ética, psicológica, sanitaria, relacional, entre otros.

Vulnerabilidad como concepto aparece en documentos internacionales importantes desde hace ya varias décadas. Su uso extendido comienza aproximadamente con el Informe Belmont, en el año 1978 en Estados Unidos. Se puede encontrar, ya en este siglo, en la tercera y más completa versión de las Directrices Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica -que involucra sujetos humanos del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS)- del año 2002, y en la última versión del 2008 de la Declaración de Helsinki, que hace referencia específica a la vulnerabilidad en los artículos 9 y 17 [UNESCO, 2013:8].

En el año 2013 la UNESCO realizó un Informe sobre el artículo 8 de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO del 2005 donde investiga el alcance y el contenido del principio de respeto a la vulnerabilidad humana y la integridad personal. Se enfocó en vulnerabilidades especiales y tuvo en cuenta las condiciones que, más o menos directamente, afectan la capacidad de vivir como individuo libre, autónomo y el derecho a vivir en un mundo donde se abordan adecuadamente las desigualdades significativas en la capacidad para satisfacer las necesidades básicas de todos [UNESCO, 2013:8].

Como podemos ver, el concepto de vulnerabilidad ha sido el tema de una discusión considerable en la bioética de la investigación en gran parte debido a la insatisfacción con las primeras construcciones del concepto se basaban en subpoblaciones de sujetos de investigación. Estos requerían protecciones especiales e incluía niños, mujeres embarazadas, prisioneros, minorías raciales, los económicamente desfavorecidos, los muy enfermos y los institucionalizados. En los últimos años se han identificado otras subpoblaciones con atributos que también podrían hacerlos vulnerables. Por ejemplo, el Consejo de la Organización Internacional de Sociedades Médicas ha nombrado a grupos potencialmente vulnerables a personas sin hogar, residentes de hogares de ancianos,

pacientes con enfermedades incurables, pacientes en el departamento de emergencias, empleados, estudiantes y miembros de comunidades que no están familiarizadas con la medicina alópata. Tait [2009:59-60] nos dice que gracias a que este concepto se ha ampliado es que podemos hablar de los pacientes con dolor crónico como pacientes vulnerables, dado que se reconoce que el dolor no aliviado puede afectar la autonomía de una persona para tomar decisiones libres. Además, las personas que sufren un dolor incesante están sujetas a secuelas físicas, emocionales, cognitivas y socioeconómicas.

Ahora bien, la UNESCO [UNESCO, 2013:14] destaca dos categorías fundamentales de la vulnerabilidad: la primera tiene que ver con las *discapacidades especiales* y la segunda con los *determinantes sociales, políticos y ambientales*.

Se destaca en estas dos categorías fundamentales aspectos que son relevantes para las responsabilidades y obligaciones especiales:

- A. En las *discapacidades especiales* (temporales o permanentes), hay que tener en cuenta que son enfermedades y limitaciones impuestas por las etapas de la vida humana
- B. En los determinantes sociales, políticos y ambientales encontramos, por ejemplo, necesidades en aspectos como cultura, economía, relaciones de poder, desastres naturales, etcétera.

En la **primera categoría** dicha condición de vulnerabilidad es una dimensión ineludible de la vida de las personas y configura las relaciones humanas. Sin embargo, hay individuos, grupos y situaciones a los que se debe prestar mayor atención. Para esto, el artículo 8 aborda explícitamente la "vulnerabilidad especial" de los individuos y grupos en la medida en que son receptores potenciales de terapias, son involucrados en la investigación científica o receptores potenciales de los productos o tecnologías derivados del avance y las aplicaciones del conocimiento científico [UNESCO, 2013:13-14].

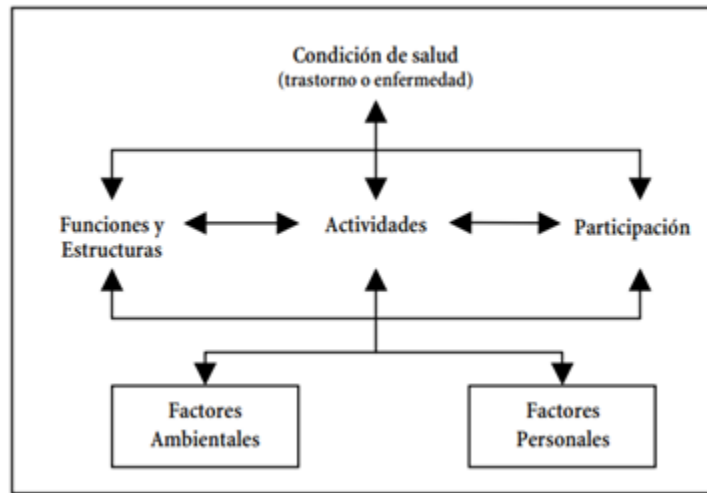
Así, de acuerdo con la primera categoría, el paciente con dolor crónico es vulnerable independientemente de sus condiciones sociales debido a la sintomatología de dolor que padece. Esto limita tanto su capacidad física como mental, así como sus actividades de la vida diaria y disminuye su funcionalidad e independencia. Por esta razón, las personas con discapacidad necesitan ayuda para acceder y mantener el ejercicio de su autodeterminación.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna y factores personales y ambientales [OMS, 2018].

Se considera que las personas con discapacidad son particularmente vulnerables a las deficiencias de los servicios de asistencia sanitaria. En el paciente con dolor crónico, la discapacidad que produce puede llevar a una mayor vulnerabilidad ya que pueden experimentar afecciones secundarias, comorbilidad, y una frecuencia más elevada de



comportamientos nocivos para la salud [OMS, 2018]. Gráficamente se puede explicar de la siguiente manera:



**Fig. 1: Interacciones entre los componentes de la CIF [OMS, 2001: 30]**

La CIF utiliza el diagrama anterior para explicar el funcionamiento de un individuo en un dominio específico, el cual se entiende como una relación compleja o interacción entre la condición de salud y los factores contextuales. Existe una interacción dinámica entre estos elementos: las intervenciones en un elemento tienen el potencial de modificar uno o más de los otros elementos. Estas interacciones son específicas y no siempre se dan en una relación recíproca predecible. El esquema expuesto en la Fig. 1 demuestra el papel que juegan los factores contextuales en dicho proceso. Estos factores interactúan con la persona con una condición de salud y determinan el nivel y la extensión del funcionamiento de esa persona. Los factores ambientales son extrínsecos a la persona, mientras que los factores personales incluyen sexo, raza, edad, forma física, estilos de vida, hábitos, “estilos de enfrentarse a los problemas” y otras características similares [OMS, 2001:30-32].

En el paciente con dolor crónico este tipo de diagramas son importantes porque permiten realizar un análisis de los factores que vulneran la vida, pues se toman en cuenta tanto los factores personales como los factores sociales y culturales que impactan la función, las actividades y la participación de este paciente con dolor crónico. Entre los factores que se deben tomar en cuenta se encuentran:

1. Factores psicológicos. Estos se dividen en factores emocionales y cognitivos. Entre los primeros se encuentran el miedo, ansiedad anticipatoria, depresión y estrés emocional. En los segundos se incluyen las creencias, interpretaciones y conductas que los pacientes le dan a su dolor y la experiencia que resulta de éste.
2. Factores socioculturales. Estos factores se refieren a las situaciones que aumentan la percepción del dolor en el paciente y, por tanto, lo colocan en una posición de mayor vulnerabilidad. Entre los factores más importantes se

encuentran las diferencias etnoculturales, el nivel socioeconómico, la edad y el género.

Aunado a esto, la CIF incluye dentro de los trastornos de las funciones corporales los problemas relacionados con el dolor y los clasifica de la siguiente manera:

## *Dolor (b280 - b289)*

- b 280** **Sensación de dolor**  
Sensación desagradable que indica daño potencial o real en alguna estructura corporal.  
*Incluye: sensaciones de dolor generalizado o localizado, en una o más partes del cuerpo, dolor en un dermatoma, dolor punzante, quemazón, dolor sordo; deficiencias tales como mialgia, analgesia y hiperalgesia*
- b 289** **Sensación de dolor, otra especificada y no especificada**
- b 298** **Funciones sensoriales y dolor, otras especificadas**
- b 299** **Funciones sensoriales y dolor, no especificadas**

Fig. 2: Clasificación de dolor CIF [OMS, 2001: 89]

En la **segunda categoría**, conformada por los determinantes sociales, políticos y ambientales [UNESCO, 2013:14] se vislumbra un problema más complejo que involucra la cuestión fundamental de la justicia en las relaciones entre individuos, grupos y Estados. Muchos individuos, grupos y poblaciones hoy en día se vuelven especialmente vulnerables debido a factores creados e implementados por otros seres humanos. La vulnerabilidad social es un fenómeno determinado por la estructura de la vida cotidiana de las personas y las comunidades. Las situaciones de vulnerabilidad social generalmente interfieren con la autodeterminación de los individuos y conducen a una exposición significativamente mayor a los riesgos causados por la exclusión social. La vulnerabilidad social desempeña un papel no solo en la investigación biomédica, sino también en el entorno sanitario y en el desarrollo, la implementación y la aplicación de tecnologías emergentes en las ciencias biomédicas. Es una realidad para una parte considerable de la población mundial. La vulnerabilidad es causada o exacerbada por la falta de medios y de la capacidad de protegerse. Según la UNESCO [2013:14-15], en el caso del paciente con dolor crónico, algunos de los factores que intervienen son los siguientes:

- Pobreza, desigualdades de ingresos, condiciones sociales, educación y acceso a la información
- Discriminación de género

- Relaciones jerárquicas entre los pacientes y los profesionales de la salud en el ámbito médico.

Aquí las interpretaciones culturales, el nivel socioeconómico y las relaciones de poder dentro del ámbito de salud vulneran al paciente que padece dolor crónico, por lo que su protección debe garantizarse dentro de las instituciones médicas.

### 3.1.2. Vulnerabilidad en el ámbito de la atención médica

En cuanto a la vulnerabilidad en el entorno sanitario, se entiende que, incluso aquellos pacientes cuyas capacidades físicas y cognitivas cumplen o exceden las de la población humana promedio son especialmente vulnerables cuando se someten a atención médica, dada la mayor experiencia y autoridad social de los profesionales de la salud que lo tratan. La vulnerabilidad de un paciente con dolor crónico puede verse agravada por su enfermedad de base, las comorbilidades, la discapacidad y la dependencia. Estos factores, aunados al deseo de curación, pueden frustrar el razonamiento y el buen juicio. La vulnerabilidad aumenta en pacientes cuyas capacidades físicas o cognitivas están severamente disminuidas de tal manera que su capacidad de autodeterminación es limitada o incluso inexistente. En todos los entornos de atención médica el paciente, en mayor o menor grado, depende de las habilidades, experiencia, juicio y buena voluntad del profesional tratante. Individual y colectivamente, los pacientes con dolor crónico son, por lo tanto, excepcionalmente vulnerables. Por lo anterior se busca que los responsables de la toma de decisiones en el ámbito médico, es decir, los profesionales de salud respondan de manera adecuada ante dicha vulnerabilidad con la finalidad de respetar la autonomía de los pacientes [UNESCO, 2013:15].

Nos dice Loureiro [2017:3-4] que es así cómo se retoma el concepto de vulnerabilidad en la atención médica, pues también se utiliza el término *fragilidad*, que implica una situación de amenaza o posibilidad de sufrir daño. La diferencia entre este término y el de vulnerabilidad es que el último es entendido como una fragilidad acrecentada, es decir, se refiere a situaciones en las que existe una fragilidad adicional en relación con el trayecto normal de la vida o a las situaciones de enfermedad.

La vulnerabilidad, aun siendo intrínseca al ser humano, no es una característica estable e inmutable, por lo que depende de factores que pueden cambiarse y en los que se puede intervenir. Feito [2007:11] apunta entonces que por ello la vulnerabilidad es la clave de que exista una obligación moral de realizar una acción preventiva, curativa, social, económica, o de cualquier otra índole, que pueda minimizar, paliar o evitar estas condiciones que favorecen el daño. En este mismo sentido, continúa la autora, tanto la dimensión “persistente” de la vulnerabilidad humana (vulnerabilidad antropológica), como la dimensión “variable y selectiva” de la vulnerabilidad en función de las circunstancias (vulnerabilidad social), debe suscitar una respuesta de rechazo del daño: la actitud ética derivada será el cuidado.

Para entender la importancia de la vulnerabilidad en la protección a la salud debemos entender la respuesta que esta causa en la sociedad. Existe gran diferencia entre dicha vulnerabilidad a reducirse por medio de una protección equitativa de todos los miembros

de la sociedad, bajo un principio de justicia; y la vulnerabilidad al ser un estado determinado de necesidad, pues es reducido o neutralizado con medidas especialmente diseñadas contra esa necesidad específica, se aplican de modo activo [Feito, 2007:11-12]. En este sentido, autores como Kemp, Feito y Loureiro han analizado la vulnerabilidad mediante niveles o tipos con el objetivo de comprender los diferentes grados en los que la vulnerabilidad se puede presentar en la vida del paciente.

Ahora bien, ya que la vivencia del dolor crónico de cada paciente es diferente, a continuación, se analizarán las categorías antropológica, social y cultural desde la experiencia del paciente con dolor crónico.

### 3.1.3. Vulnerabilidad antropológica

La vulnerabilidad antropológica, también llamada biológica, se refiere a la fragilidad de la vida orgánica humana [Kemp, 2006:57-58]. En el paciente con dolor crónico esta dimensión biológica está claramente afectada, ya que el síntoma de dolor suele ser el resultado de una patología de base. En la mayoría de los casos tanto la patología como el dolor no son susceptibles de curación, por lo que este tipo de fragilidad se vuelve permanente en la vida del paciente. Según Loureiro [2017:4], se puede entender esta vulnerabilidad mediante dos supuestos:

- A. Vulnerabilidad como fragilidad acrecentada con relación al curso normal de la existencia. Tomando en cuenta las diferentes etapas de la vida esto puede ser entendido como “ser vulnerable”
- B. Vulnerabilidad entendida como una autonomía en formación o temporalmente disminuida. Entendiéndose así, esta situación desemboca en una concepción cercana al “estar vulnerable”.

Tomando en cuenta lo anterior, se puede afirmar que la vivencia del dolor crónico, al no formar parte de la normalidad del transcurso de la vida, supone una situación que incrementa la fragilidad propia del ser, por lo tanto, el paciente con dolor crónico es *vulnerable*. Pero la afirmación anterior no excluye la posibilidad de que un individuo con dolor crónico *esté vulnerable*, ya que el dolor es una experiencia fluctuante, ergo, existen momentos específicos en la vida del paciente en los que su capacidad de decisión y acción disminuye dados los efectos en la percepción y sensibilidad.

La vulnerabilidad antropológica está basada en la corporeidad [Loureiro, 2017:4], es así como la enfermedad y el dolor se vuelven el más claro ejemplo de fragilidad acrecentada en el cuerpo del ser humano. Nos dice Torralba [2013:30] que como consecuencia de estas experiencias se muestra la apertura al otro en busca de ayuda, lo que revela la vulnerabilidad sentida en el propio cuerpo.

Los factores de vulnerabilidad (entendidos como dimensiones de la respuesta psicológica al dolor crónico) que más se han estudiado incluyen la edad, el sexo y ciertos rasgos de personalidad -como el estado de ánimo deprimido, el pensamiento catastrófico, las creencias de dolor desadaptativo, el estrés psicológico y experiencias previas de dolor- según Denk & McMahon [2017:110] y Alschuler [et al, 2016:8].

La investigación sobre los factores de vulnerabilidad en el paciente con dolor crónico [Alschuler, et al, 2016:8] se ha basado en identificar cogniciones desadaptativas (como el catastrofismo del dolor), creencias (como por ejemplo que el dolor indica daño), comportamientos (como la evitación), así como interacciones sociales. Estas variables psicológicas tienen una gran influencia tanto en la percepción como en los resultados relacionados con el dolor, incluida la interferencia relacionada con el dolor y la calidad de vida del paciente y, contribuyen al sufrimiento en personas con dolor crónico.

Las creencias se refieren a los pensamientos de una persona sobre lo que es el dolor y lo que significa para ella [Morin, et al., 2018:1]. Estas están formadas por la cultura, la experiencia y la observación del medio ambiente. La suma de las creencias de una persona determina su comprensión del mundo, el comportamiento y el comportamiento relacionado con la salud. Las actitudes son disposiciones culturales que se aprenden y que guían las reacciones de uno para aceptar o rechazar, comprometerse o desconectarse, estar de acuerdo o en desacuerdo, con una situación. Las actitudes predisponen a alguien a reaccionar positiva o negativamente ante una situación o persona.

Dentro del ambiente clínico no sólo las creencias y actitudes del paciente con dolor crónico son relevantes, pues la atención clínica se ve influenciada también por las actitudes y creencias de los profesionales hacia el dolor crónico. Estas afectan la calidad del tratamiento recibido, por tanto, es importante que los fisioterapeutas, además de adquirir conocimientos y habilidades, reflexionen sobre sus actitudes y creencias hacia el dolor crónico.

En Morin [et al., 2018:4] encontramos que, específicamente, se han estudiado tres temas centrales relacionados con las actitudes y creencias de los fisioterapeutas sobre el dolor crónico:

1. *El desarrollo del dolor crónico.* El fisioterapeuta puede tener creencias acerca de la forma en la que el dolor se desarrolló en la vida del paciente, así como el tratamiento o falta de este a lo largo de dicho desarrollo, el cual puede causar una actitud negativa hacia el paciente pues se cree que el paciente no le da importancia a su dolor. No es importante para la calidad de vida del paciente y por lo tanto no habrá una buena adherencia al tratamiento.
2. *La relación entre el dolor crónico y discapacidad y la legitimidad del dolor crónico.* Los profesionales de salud pueden tener creencias negativas acerca de la veracidad del dolor en la vida del paciente y la forma en la que este impacta sus actividades cotidianas. Estas creencias también se enlazan con los posibles beneficios que el paciente pueda obtener, ya que se considera que alrededor de 14% de la población restringe sus actividades de alguna manera por condiciones que se acompañan de dolor crónico y alrededor de 9.3% de la población se limita en actividades mayores como no asistir al trabajo o llevar una vida independiente a causa de ello [Bennett, et al., 1997:160]. Las actitudes de los clínicos ante esta situación suelen ser negativas y pueden conllevar una minimización de las disfunciones que el paciente con dolor crónico tiene que soportar, e incluso llegar a la negación total del síntoma.

3. *Las creencias de los fisioterapeutas en su capacidad para manejar los aspectos psicológicos del dolor de sus pacientes.* Desde su formación, los terapeutas físicos tienen un gran sentido de responsabilidad acerca de los límites profesionales y la importancia de respetar las demás profesiones de la salud que se dedican a tratar a pacientes con dolor crónico, sin embargo, en la práctica se reconocen las habilidades que los fisioterapeutas desarrollan con el objetivo de mejorar la experiencia del paciente en la terapia, pero también a lo largo de sus actividades cotidianas, a pesar de que el dolor crónico persista en la vida del paciente.

#### 3.1.4. Vulnerabilidad social

Feito [2007:10-11] dice que la vulnerabilidad social supone la vulnerabilidad antropológica, pero la amplifica notablemente en función de factores ambientales o sociales que interaccionan entre sí hasta el punto de hacer muy compleja la atribución del daño a una sola causa. La importancia de este concepto radica en que gracias a él es posible hacer un análisis de las condiciones de especial fragilidad en que ciertos ambientes o situaciones socioeconómicas colocan a las personas que los sufren.

Si bien algunos grupos de personas siempre pueden considerarse vulnerables debido a su situación, otros pueden ser vulnerables en una situación, pero no en otra. Por lo tanto, la vulnerabilidad no puede ser considerada como un concepto único [UNESCO, 2013:13].

Para Loureiro [2017:5] la vulnerabilidad social es entendida en el paciente con dolor crónico como la integración de todos los aspectos sociales, culturales y económicos, así como el significado que el dolor tenga en su vida. Estos factores hacen que la experiencia del dolor sea diferente para cada individuo y, por tanto, que el grado de vulnerabilidad sea diferente en cada individuo. Son justo las condiciones de cada persona las que pueden tener grandes repercusiones en la salud y su tratamiento.

Además, esta vulnerabilidad también es entendida como la fragilidad de las capacidades humanas para construir una identidad y la posibilidad de gestionar bienes y servicios [Kemp, 2006:58]. Como se ha comentado, el paciente con dolor crónico reconfigura su identidad posterior al diagnóstico, tomando en cuenta experiencias previas e interpretaciones que la sociedad le da a su padecimiento. Dicho proceso de configuración de una nueva identidad suele conllevar al aislamiento social y a creencias como el miedo y la catastrofización del dolor. Esta situación disminuye la independencia del paciente, por lo que su vulnerabilidad se manifiesta como la necesidad de ayuda y cuidado.

Se ha demostrado que los pacientes con dolor crónico a menudo están confundidos sobre cómo dar sentido a su vivencia con esta condición. Estos pacientes se enfrentan a tener que ignorar las ideas preconcebidas del significado del dolor y la forma en la que este es tratado en la medicina. Los pacientes se sumergen en un estado de confusión, antipatía y frustración, pues se enfrentan a un tratamiento que parece centrarse en su propio comportamiento. Eccleston [et al., 1997:707] afirman que esto solo puede significar otra forma de deslegitimación y de culpar al propio paciente por su sufrimiento. Por tanto, puede conllevar a que los pacientes reaccionen con actitudes como incredulidad, exasperación, miedo y falta de confianza.

La vulnerabilidad social adquiere un sentido diferente a lo establecido anteriormente en México, ya que el contexto de los países de estudio de los teóricos consultados es diferente.

En México, los individuos se enfrentan a una oferta plural en la atención y deben elegir a cuál o cuáles sectores acudir cuando padecen dolor crónico de acuerdo con Lavielle [et al., 2008:148]. Para Tejada-Tayabas y Mercado-Martínez [2010:76] dicha diversidad de atención también se relaciona con el proceso de búsqueda y el acceso a la atención, lo cual puede seguir tres modelos distintos: uno es el acceso a la seguridad social, otro son los servicios públicos de salud, y el tercero los servicios médicos privados. Tales modelos no son inmutables ni excluyentes, suelen modificarse debido a circunstancias múltiples.

La brecha socioeconómica también es un factor importante para el paciente con dolor crónico ya que en gran cantidad de servicios de salud públicos existen dificultades y carencias que les impiden el acceso a una atención básica, oportuna y de calidad para el manejo de su padecimiento. Los recursos suelen ser insuficientes en el primer nivel de atención donde se encuentran con tiempos de espera cada vez más largos y carencia de medicamentos, lo que les obliga a suspender o posponer el tratamiento [Tejada-Tayabas & Mercado-Martínez, 2010:38].

Como se puede observar, la experiencia de un paciente en estas condiciones puede colocarlo en una situación de vulnerabilidad social por las condiciones mismas de los hospitales e instituciones públicas de salud. Dicha situación del paciente con dolor crónico local coincide con las posturas de los teóricos estudiados anteriormente. Pero se debe considerar que más allá de las repercusiones que el contexto clínico pueda tener en la reconfiguración de la identidad del paciente, la vulnerabilidad social en México depende de las políticas públicas en cuestión de salud y cómo éstas dan respuesta a las problemáticas de los pacientes que no encuentran en el sistema de salud una respuesta a su padecimiento.

En conclusión, la vulnerabilidad social es entendida por el paciente con dolor crónico mexicano como la respuesta del contexto médico a su padecimiento y las barreras o ventajas que dicha respuesta puede tener en el alivio de su dolor. Específicamente en el sistema de salud público los pacientes suelen experimentar problemas que entorpecen su posibilidad de curación, como los plazos prolongados de espera, falta de medicamentos y falta de atención de tercer nivel. Por todo lo anterior la vulnerabilidad antropológica del paciente con dolor crónico aumenta a un nivel social.

### 3.1.5. Vulnerabilidad Cultural

La vulnerabilidad cultural se refiere a la fragilidad de tradiciones particulares y de concepciones de valores establecidas localmente [Kemp, 2006:58]. Dentro de los aspectos culturales que se abordaron anteriormente se describió la importancia de que tanto los profesionales de salud como los pacientes conozcan los significados culturales que cada uno tiene acerca del dolor. Lo anterior con el objetivo de que exista una coherencia con la forma en la que paciente interpreta su dolor y cómo es atendido en el ámbito médico.

Como parte de una sociedad multicultural se debe reconocer que la diversidad puede crear desafíos en el entorno de la atención médica. Por ejemplo, el conflicto puede surgir de diferencias en las normas y expectativas culturales relacionadas con recibir atención de un profesional de la salud del sexo opuesto, otorgar regalos entre pacientes y profesionales de la salud, el papel de la familia en la atención de la salud, así como desvestirse para recibir atención fisioterapéutica.

La cultura se refleja en los valores, creencias, normas, prácticas, patrones de comunicación, roles familiares y otras regularidades sociales de un grupo. Así, esta se asocia con las prioridades, decisiones y comportamientos relacionados con la salud y la aceptación y adopción de programas, técnicas terapéuticas y educativas, además de comunicación en la atención médica [Physiotherapy Alberta, 2017:7].

Geertz [1991:32-35] apunta que, en el paciente con dolor crónico, las interpretaciones culturales no sólo afectan la manera en la que el individuo vive con ese padecimiento y el significado que este le da a su dolor, sino que también están presentes en los profesionales de la salud, por lo que la relación clínica se verá influenciada por ambos significados.

Además, en la relación entre el paciente con dolor crónico y los profesionales de la salud es imprescindible el uso de modelos explicativos como una forma de lenguaje común que ayude al mejor entendimiento de los aspectos tanto objetivos como subjetivos del dolor, los cuales, además de incluir aspectos propiamente biomédicos, se deben realizar también con base en las percepciones subjetivas de la enfermedad en la vida diaria del paciente y las repercusiones que el padecimiento tiene en la calidad de vida y la integración social [Kleinman, 1988:14-17].

Ahora bien, las personas con dolor crónico sufren estigmatización e invalidación, pues son ignorados, rechazados o se evalúan negativamente sus pensamientos o sentimientos, especialmente cuando no se confirma que sufren alguna patología base. El dolor crónico tropieza con las normas sociales que hacen hincapié en la salud, la autonomía y la funcionalidad hasta la vejez. Las personas con dolor crónico sufren más aislamiento social y exclusión, especialmente cuando el dolor no tiene explicación médica. Así, el dolor crónico afecta directamente al “ser social”, pues las personas que lo sufren internalizan el estigma sobre la alienación y la discriminación [Ferreira, 2018].

En México la interpretación que el paciente con dolor crónico le da a su padecimiento adquiere gran importancia, ya que desde esa postura parte la forma en la que el paciente busca atención médica.

Las atribuciones respecto a las causas del dolor se pueden relacionar con el tipo de acciones iniciales que los pacientes llevan a cabo para aliviar su malestar. Según estas atribuciones el dolor puede ser interpretado como una entidad que de manera regular no requiere tratamiento médico [Lavielle, et al., 2008:149]. Dichas interpretaciones están relacionadas con la “normalización” de los síntomas dolorosos, tanto por parte de los pacientes como de sus redes sociales. Es decir, existe la percepción de que el malestar que experimentan no es resultado de algún tipo de enfermedad, sino producto de una



condición sin gravedad y autolimitada (debido al ejercicio, producto de la imaginación, a consecuencia de un golpe, entre otras).

Lo anterior es un problema grave ya que la mayoría de los pacientes acude a un servicio de salud de manera tardía al presentar discapacidad producida por el dolor persistente. Luego, lo que los tratamientos deben plantearse es ser más integrales y se debe incluir en los equipos multidisciplinarios a profesionales de salud que se ocupen del síntoma como tal, pero también que se ocupen de la discapacidad funcional resultante.

Toda esta situación, aunada a la vulnerabilidad social, nos da como resultado el siguiente nivel de vulnerabilidad que es el cultural, en el cual se integran las problemáticas propias de las instituciones de salud con las interpretaciones que el paciente le da a su dolor, producto de ideas culturales y explicaciones de su padecimiento.

Como se puede ver el paciente con dolor crónico en México busca tratamiento médico a su dolor después de un largo tiempo de exposición. En dicha atención el sistema de salud tiende a demorarse y a no tener los recursos tanto materiales como humanos para responder, esto se puede traducir en un tratamiento que no incluya a diferentes profesionales de salud, que no se tomen en cuenta las secuelas funcionales y psicológicas del dolor crónico y/o que el tratamiento se vea reducido a un terreno farmacológico.

Por todo esto la vulnerabilidad cultural sería percibida por el paciente como la falta de un entendimiento integral de su padecimiento, la poca importancia a los síntomas relacionados al dolor y, por último, un tratamiento deficiente que deja de lado las necesidades propias de quien padece dolor crónico.

### 3.1.6. Principio de protección a la vulnerabilidad

El artículo 8 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005) define el principio del respeto a la vulnerabilidad humana y la integridad personal como un valor bioético de interés primario. El propósito específico de este artículo es proteger a las personas, familias y grupos que están expuestos a vulnerabilidades especiales, ya sea como consecuencia de la discapacidad personal, las cargas ambientales o la injusticia social, o en los contextos de atención médica, investigación y la aplicación de tecnologías emergentes en las ciencias biomédicas [UNESCO, 2013:5]. Gracias a este principio el paciente con dolor crónico debe ser protegido dado que el fenómeno doloroso aumenta su dependencia y disminuye su calidad de vida. Los profesionales de salud que tratan a estos pacientes deben ser conscientes de que la simple exposición al contexto médico vulnera a estos individuos.

El paciente con dolor crónico supone un tema que requiere un marco ético con características enfocadas en la fragilidad de dicho padecimiento, por lo que autores como Kemp [2006:58] y Rendtorff [2002:236] plantean cuatro principios éticos: autonomía, dignidad, integridad y vulnerabilidad. Estos principios se justifican en las relaciones intersubjetivas humanas, ya que consideran al individuo en un contexto vital más amplio.

El principio de protección a la vulnerabilidad juega un rol importante en la reflexión ética ya que implica la visión de la corporeidad del paciente y su relación con el contexto, por lo tanto, debería hacerse más evidente como base esencial del tratamiento de los pacientes en el sistema de salud [Rendtorff, 2002:237].

Según Feito [2007:15] las dos ideas básicas expresadas en el principio de protección a la vulnerabilidad son:

- Expresa la fragilidad y finitud de la vida, que es base de la moralidad para las personas autónomas.
- Es el objeto de un principio moral que requiere el cuidado del vulnerable. Vulnerable es aquel cuya autonomía, dignidad o integridad pueden ser amenazadas.

Por lo tanto, este principio no sólo busca que no se interfiera en la autonomía, integridad y dignidad de los seres, sino que además procura que reciban ayuda para permitirles desarrollar su potencial, ya que algunos aspectos del dolor crónico pueden terminar siendo irreductiblemente complejos y, en última instancia, impredecibles, como detallan Denk y McMahon [2017:112].

### 3.2. Autonomía en el Paciente con Dolor Crónico

La consideración del concepto de Autonomía en el paciente con dolor crónico se halla en la necesidad de respetar las decisiones y acciones de un individuo que está inmerso en un sistema de atención clínica. Esto porque al estar en una relación asimétrica de poder con los profesionales de la salud se debe tener consciencia de que, dada la subjetividad del padecer del paciente con dolor crónico, existe la obligación de reflexionar acerca del respeto que debemos brindar a sus determinaciones. Por ello, a continuación, se desarrollan nociones clave del concepto de autonomía y cómo este se puede incluir como principio para la atención fisioterapéutica del paciente con dolor crónico.

#### 3.2.1. Concepto de Autonomía

La autonomía personal ha sido conceptualizada de diferente manera a lo largo del tiempo. Existe un desacuerdo entre los éticos y los filósofos morales sobre el significado de la autonomía. En la literatura de ética médica actual, el concepto ha sido analizado y definido de varias maneras [Feito, 2007:14].

Según Niebrój [et al., 2008:9] el principio del respeto a la autonomía ha jugado un papel central en gran parte del pensamiento bioético contemporáneo. Sin embargo, el significado y las implicaciones de la autonomía a menudo se toman fuera de contexto, lo que ha permitido que las definiciones "difusas" de autonomía sean empleadas de manera circunstancial.

Autores como Slowther [2007:174] han tratado de definir el concepto de autonomía dentro de la práctica clínica tomando en cuenta las diferentes nociones de este término, entendiendo la autonomía como ejercicio de elección, como toma de decisiones morales,

o describiéndolo por medio de otros conceptos clave como la integridad e identidad. Si bien estos acercamientos nos ayudan a entender las diferentes definiciones que se han hecho de la Autonomía, se alejan de los fines que se buscan en esta investigación.

Este autor también retoma la autonomía definida por los requisitos de procedimiento. Este concepto no se enfoca en los valores de quien toma las decisiones, sino en el propio proceso de toma de decisiones. Por tanto, se podría considerar que una persona toma una decisión autónoma si se cumplen ciertos criterios de procedimiento. Es decir, si una persona puede comprender la información relevante para la decisión, retenerla, examinar la información para tomarla y comunicar dicha decisión, entonces tiene capacidad para tomar esa decisión y debe respetarse como una decisión autónoma [Slowther, 2007:173-174].

Esta noción de Autonomía ha sido utilizada por diferentes autores, en esta investigación se retomarán dos de las propuestas más importantes del principio de respeto a la autonomía, la conceptualización del principio de respeto a la autonomía de Kemp y Rendtorff y el principio de Beauchamp y Childress.

### 3.2.2. Principio de respeto a la autonomía de Kemp y Rendtorff

Para estos autores el principio de autonomía es entendido no sólo como la búsqueda de permiso para realizar un tratamiento o experimentación, sino que está ligada a la idea de capacidad de decisión y acción. El principio de respeto a la autonomía de Kemp y Rendtorff engloba cinco cualidades.

- Capacidad de creación de ideas y metas vitales

Las personas con enfermedades crónicas ven que sus antiguas identidades, aquellas previas a la enfermedad, se desmoronan mientras no logran desarrollar nuevas identidades de igual valor. Es decir, experimentan una "pérdida de sí mismo". Muchos autores [Dekkers, 2001:186] enfatizan que los enfermos crónicos tienen que buscar un nuevo significado personal para sus enfermedades y deben reestructurar sus historias de vida, por lo que los problemas de competencia y capacidad de toma de decisiones deben ubicarse en este amplio contexto

Ahora bien, dicha capacidad se puede ver limitada sobre todo al momento del diagnóstico, ya que el paciente tiene que reconfigurar su identidad entendiendo, en primera instancia, que el proyecto de vida que había configurado antes de la enfermedad quedará trunco. La cronicidad también juega un papel importante en dicha reconfiguración pues, al no haber una solución a su enfermedad, el proyecto de vida que el paciente desarrolle posterior al diagnóstico estará mediado por la búsqueda del alivio o control del dolor. Por último, la creación de ideas a futuro también se ve limitada, ya que el dolor supone un estado fluctuante en el cual el paciente es incapaz de saber cuál será su situación a mediano y largo plazo. Ante este escenario, la incertidumbre se convierte en el principal obstáculo para la configuración de objetivos e ideas sobre el futuro. La duda, el caos y la búsqueda aleatoria de significado a menudo están en el centro de dicha experiencia de la enfermedad crónica. Aquellos que experimentan dolor crónico necesitan entender el dolor y el cambio aterrador de identidad que ocurre. Sin

embargo, el papel del paciente en este sistema no es simplemente dar sentido al sufrimiento, sino que, de manera crucial, tiene que darle sentido si quiere tener alguna esperanza de escapar de él, como apunta Eccleston [et al., 1997:707].

Por otro lado, se ha demostrado que el autocuidado es un medio importante para negociar la interrupción biográfica y mantener la continuidad del yo en las enfermedades crónicas. Por ejemplo, un estudio realizado en el 2005 reveló que las mujeres utilizaron una variedad de estrategias de autocuidado en sus esfuerzos por hacer frente a las consecuencias emocionales de sus pérdidas físicas, incluido el replanteamiento de los significados que se atribuyeron a sí mismas o a sus actividades, bajando sus expectativas personales, confiando en la espiritualidad o comparándose con los menos afortunados. Estos esfuerzos de autocuidado permitieron a las mujeres establecer y mantener un sentido de dignidad, aceptación y serenidad frente a las alteraciones emocionalmente desafiantes que amenazan la identidad de sus preciadas actividades. Del mismo modo, se ha descubierto que las personas emplean prácticas de autocuidado para recuperar o mantener un sentido de control sobre sus experiencias y trayectorias de enfermedades crónicas a menudo impredecibles [Hurd & Bennett, 2012:213].

- Capacidad de introspección, autogestión y privacidad

En la mayoría de las ocasiones, el paciente con dolor crónico se vuelve dependiente de otras personas para poder realizar sus actividades cotidianas. Aunado a esto, el sufrimiento constituye un estado afectivo en el cual el paciente se encuentra en una fragilidad constante, por lo que sus capacidades se pueden ver limitadas.

La enfermedad física crónica afecta todos los aspectos de la vida de un paciente. Incluye físicos, sí, pero también existen restricciones en las actividades diarias, una percepción negativa del cuerpo, disminución de la autosuficiencia, restricciones laborales y estigmas sociales. El inicio de una enfermedad crónica representa un cambio abrupto por ser una modificación en las funciones físicas de la persona que no está prevista y no se sabe manejar de entrada. Además, está este sentido de identidad que se plantea arriba, y esta suma de factores impacta directamente en la autoestima. Por tanto, dice Dekkers [2001:186], se puede considerar la aparición de enfermedades con este tipo de afecciones como una crisis personal, ya que los cambios de uno mismo son una forma fundamental de sufrimiento en las enfermedades crónicas.

En el mismo tenor, la privacidad puede verse afectada por la discapacidad que supone el dolor crónico en la vida del paciente de una manera particular: requiere de apoyo para llevar a cabo actividades que comprometen su intimidad. La privacidad se pone en riesgo si el paciente se encuentra inmerso en el ambiente clínico, ya que los profesionales de la salud tienen acceso tanto a la corporalidad del paciente como a su información confidencial. Debido a lo anterior es imprescindible que la privacidad sea protegida en la atención médica, que los pacientes confíen en los profesionales para proteger su confidencialidad [Physiotherapy Board of Australia, 2017:2]. No hay que dejar de lado, además, que se trata de un derecho fundamental, esencial para la autonomía y la protección de la dignidad humana, y le proporciona al paciente la capacidad de hacer

valer sus derechos frente a desequilibrios significativos de poder de acuerdo con Privacy International [2019].

Por otro lado, debido a factores como la cultura, los antecedentes o las preferencias individuales, los pacientes con dolor crónico se pueden sentir incómodos cuando otros se acercan demasiado e invaden su espacio personal. El espacio personal es el área invisible que rodea a un individuo. Es un lugar no físico del todo donde, si otra persona se acerca, el individuo puede sentirse incómodo, amenazado o expuesto. Los profesionales de la salud, durante la prestación de servicios, deben acercarse a los pacientes con cautela y sensibilidad, reconociendo siempre que la tolerancia de uno a la cercanía es muy individual. Es esencial que el paciente esté completamente informado y haya dado su consentimiento para todos los aspectos de los servicios de salud prestados por clínicas [Alberta College of Speech-Language Pathologists and Audiologists, 2019:12].

Hay que tener muy en cuenta esto ya que los fisioterapeutas a menudo usan el tacto durante la evaluación y el tratamiento de diferentes condiciones. Las sesiones de tratamiento de fisioterapia pueden durar más y ocurrir con mayor frecuencia durante un período de tratamiento particular en comparación con las visitas al médico. Por ello, los fisioterapeutas pueden tener más probabilidades de establecer relaciones consistentes con sus pacientes en el transcurso de un período de tratamiento. [Miciak, et al., 2018:2]. Así, el fisioterapeuta debe asegurarse de que el paciente comprenda la intención y la naturaleza del contacto y consiente el contacto físico durante la prestación de los servicios de salud.

Esto nos lleva al punto de la confidencialidad. Aquí la relación entre el terapeuta y el paciente se define como el compromiso claro del terapeuta de no revelar la información declarada por el paciente o las observaciones hechas por el clínico en el contexto del encuentro profesional sin permiso del paciente y en ausencia de un requisito legal para revelar información específica. Nos dicen Jain y Roberts [2009:308] que, desde una perspectiva ética, el respeto a la confidencialidad es crucial debido a la naturaleza inherentemente personal de las comunicaciones y observaciones que ocurren en la terapia física. Los profesionales tienen obligaciones éticas y legales para proteger esta privacidad de las personas que requieren y reciben atención. Los pacientes, por su parte, tienen derecho a esperar que los profesionales y su personal mantenga la información sobre ellos de manera confidencial, a menos que la ley o las consideraciones de interés público exijan la divulgación de información. De acuerdo con la Physiotherapy Board of Australia [2017:5] lo anterior implica:

- Tratar la información sobre pacientes como confidencial
- Buscar el consentimiento de pacientes antes de revelar información cuando sea posible
- Conocer los requisitos de la legislación sobre privacidad o registros de salud que operan en los estados y territorios pertinentes y aplicar estos requisitos a la información contenida en todos los formatos utilizados

- Compartir información de manera adecuada sobre pacientes o clientes para su atención médica, manteniendo al mismo tiempo la legislación de privacidad y las pautas profesionales sobre confidencialidad
- Proporcionar un entorno apropiado para permitir que se realicen consultas y debates privados y confidenciales
- Asegurar que todo el personal sea consciente de la necesidad de respetar la confidencialidad y la privacidad de los pacientes y abstenerse de discutir frente a ellos o en un contexto no profesional
- Usar los formularios de consentimiento apropiados para la divulgación de información que limite la divulgación de información médica y de salud relevante
- Capacidad de reflexión y acción sin interferencias externas

Esta capacidad resulta importante para la toma de decisiones del paciente con dolor crónico especialmente en aquellas que interfieren con el proceso de diagnóstico y tratamiento del paciente. Autores como Beauchamp y Childress [1999:116] afirman que dicha capacidad tiene un amplio espectro que va desde la autonomía total para decidir y actuar, hasta la completa intromisión de agentes externos que determinan al paciente, pasando por limitaciones de mayor o menor grado. Así, resulta imprescindible que, en el ámbito médico, se tomen en cuenta las posibles injerencias por parte de la sociedad, la familia, los profesionales de la salud, las instituciones, las propias limitaciones físicas, mentales y emocionales que surgen del dolor y sus repercusiones, entre otros factores. Todo esto con el objetivo de minimizar estas interferencias y buscar que el paciente tome decisiones y actúe de acuerdo con sus necesidades.

A pesar de que los pacientes con dolor crónico pueden no mostrar signos de deficiencia mental -y rara vez se consideran legalmente incompetentes- se pueden encontrar problemas considerables en la toma de decisiones que tienen que ver con su vida diaria y el tratamiento médico. Los trastornos físicos crónicos pueden ser incapacitantes debido a su naturaleza y en los que se puede incluir problemas de cognición, alteraciones de la realidad, restricciones de movimiento, niveles reducidos de energía, etcétera, sin mencionar las demandas de tratamiento y la falta de apoyo necesario para permitir al individuo maximizar sus funciones corporales [Dekkers, 2001:186].

Las crisis dolorosas que los pacientes con dolor crónico sufren, así como las alteraciones en la función motora, pueden variar considerablemente en intensidad y con el tiempo. Por lo tanto, la capacidad de tomar decisiones puede alterarse en un individuo a lo largo del tiempo y puede depender de la situación y de la decisión particular que se tome. Dekkers [2001:186] ha notado que el grado de capacidad de decisión no está totalmente definido por la presencia de una disfunción mental o física particular, sino que también está relacionado con factores individuales y situacionales.

- Capacidad de responsabilidad personal e implicación política

Este concepto se relaciona con el de capacidad de visión moral, autorregulación personal y privacidad. Pero en primera instancia, que tiene que ver con la visión moral, el concepto

de responsabilidad adquiere gran relevancia. Tomando en cuenta este concepto se puede decir que un paciente autónomo es capaz de tomar una decisión o actuar de cierta manera (comprendiendo que dicha acción o decisión tendrá consecuencias) y que se hará completamente responsable. En el proceso de atención a la salud es necesario que el paciente cuente con todo el conocimiento necesario para comprender las consecuencias de tomar una decisión en cuanto a su diagnóstico e intervenciones de tratamiento, ya que si el paciente es consciente de dichos efectos puede responsabilizarse de lo que resulte de ese juicio.

El tema de responsabilidad del paciente con dolor crónico acerca de su tratamiento será explicado con mayor detalle en el capítulo IV de este trabajo, en donde además se plantea la responsabilidad desde una visión compartida entre los profesionales de la salud y los pacientes con dolor crónico.

- Capacidad de consentimiento informado

Tiene que ver con la capacidad de dar una autorización institucional o legalmente efectiva [Rendtorff, 2002:236]. Beauchamp y Childress [1999:134-137] afirman que el consentimiento informado tiene la utilidad de permitir que la elección sea autónoma, protege los intereses de los pacientes y anima a los profesionales médicos a actuar de manera responsable. El consentimiento informado se caracteriza por ser un proceso temporal integrado por los siguientes componentes analíticos: competencia, exposición, comprensión, voluntariedad y consentimiento.

El consentimiento informado es el medio principal por el cual se modera el desequilibrio de poder para permitir al paciente evaluar los beneficios y las cargas de la enfermedad y las opciones terapéuticas [Rich, 2005:393]. En la relación terapéutica, el profesional de la salud debe respetar y apoyar la autonomía del paciente mediante la obtención del consentimiento informado para los servicios profesionales prestados [Alberta College of Speech-Language Pathologists and Audiologists, 2019:8]. También se trata de una salvaguarda ética y legal que implica la discusión de varios temas clave, incluida la razón y la naturaleza del tratamiento, sus beneficios anticipados y posibles daños, más alternativas viables y apropiadas al enfoque recomendado, etcétera [Jain & Roberts, 2009:301].

En el tratamiento de fisioterapia se debe tomar en cuenta que incluye regularmente el contacto físico y el ingreso del fisioterapeuta al espacio físico del paciente. Aunque los pacientes pueden ser conscientes de este aspecto de la fisioterapia antes de buscar atención, el fisioterapeuta no puede asumir que el paciente comprende o acepta completamente el contacto físico. Por lo anterior, se requiere de un consentimiento informado. Del mismo modo, los fisioterapeutas deben ser conscientes de que el consentimiento para el contacto físico es específico del contexto, es decir, el consentimiento para el contacto físico en el contexto de proporcionar tratamiento no se extiende automáticamente al contacto no relacionado con el tratamiento [Physiotherapy Alberta, 2017:10]. Así, el consentimiento informado es una decisión voluntaria de una persona sobre la atención médica que se toma con conocimiento y comprensión de los beneficios y riesgos involucrados.

La información que los profesionales deben proporcionar sobre su tratamiento incluye la necesidad de proporcionar más información donde el riesgo de daño es mayor y es probable que sea más grave. Por lo anterior, y de acuerdo con la Physiotherapy Board of Australia [2017:8] se debe tomar en cuenta lo siguiente:

- Proporcionar información a pacientes de manera que puedan entender completamente los procedimientos antes de pedir su consentimiento
- Obtener el consentimiento informado antes de realizar cualquier examen o técnica diagnóstica, proporcionar tratamiento o involucrar a pacientes en la enseñanza, incluida la información sobre riesgos materiales
- Cuando un paciente cuya capacidad para dar su consentimiento pueda verse afectada o limitada se requiere obtener el consentimiento de personas con autoridad legal para actuar en nombre del paciente
- Documentar el consentimiento de manera adecuada, incluida la consideración de la necesidad de un consentimiento por escrito para los procedimientos que pueden provocar lesiones graves o mortales

Algunos pacientes, incluidos aquellos con capacidad de toma de decisiones deteriorada, tienen necesidades especiales [Physiotherapy Board of Australia, 2017:6-7], por lo que se debe considerar de manera adicional, como prestar especial atención a la comunicación, ya que se debe ser consciente de que puede ser necesaria una mayor promoción para garantizar un acceso justo a la atención médica, además se debe reconocer que puede haber una variedad de personas involucradas en su cuidado como cuidadores, familiares o tutores, e involucrarlos cuando sea apropiado, por último es imprescindible reconocer que estos pacientes pueden estar en mayor riesgo.

Este principio parte de la premisa de que el valor de la autonomía debe ubicarse en el contexto del cuidado a los otros, un contexto que ya por sí mismo presupone una ética de solidaridad, responsabilidad y justicia como equidad. Además, se destaca el énfasis puesto por Rendtorff y Kemp en la relación que guarda el principio de respeto a la autonomía con la condición humana frágil y vulnerable. Esto porque el sujeto siempre está "situado", lo que tiene que ver con limitaciones estructurales que le imponen la finitud y la dependencia de condiciones biológicas, materiales y sociales, la falta de información para poder razonar, etcétera, como indica Lecaros en su estudio [2016:183].

De tal manera que el principio de autonomía en el paciente con dolor crónico se concibe como la necesidad de tomar en cuenta todos los aspectos de la vida del paciente para la búsqueda de una toma de decisiones independiente y se debe tomar también en cuenta la vulnerabilidad del paciente. Este principio retoma la estructura conceptual de la autonomía, y la ordena en los siguientes sentidos: la capacidad de proyectar ideales de vida y objetivos, la capacidad de una introspección moral (esto es, la facultad de "autoleislación"), la capacidad de reflexionar y actuar sin coerción con base en las creencias y valores personales, la capacidad de la responsabilidad personal y la implicación política y la capacidad del consentimiento informado [Lecaros, 2016:182].



Como se puede observar, estos sentidos, aplicados al paciente con dolor crónico, muestran todos los aspectos que intervienen en la autonomía del paciente y lo sitúan en un contexto del ámbito de la atención médica. Así, las decisiones que el paciente toma acerca de su diagnóstico y tratamiento se consideran autónomas en tanto que están inmersas en una ética deontológica mediada por la responsabilidad.

### 3.2.3. Principio de respeto a la autonomía de Beauchamp y Childress

Beauchamp y Childress han optado por analizar la autonomía desde la función de los agentes que llevan a cabo decisiones autónomas. Estos agentes actúan mediante tres condiciones básicas: intencionalmente, con conocimiento, y en ausencia de influencias externas que pretendan controlar y determinar el acto. De estas tres condiciones la primera no permite gradación, ya que un acto se lleva a cabo intencionalmente o no. En cuanto a las otras dos condiciones pueden estar presentes en mayor o menor grado. Dice Suirana [2010:123-124] que la autonomía, así, tiene un amplio espectro de posibilidades que van desde la autonomía total hasta su ausencia completa.

Tomando en cuenta la postura de estos autores, la autonomía del paciente con dolor crónico podría estar presente en cierto grado dependiendo su contexto. Esto haría posible que, a pesar de sus limitaciones, los pacientes tengan la posibilidad de decidir aceptar o no un tratamiento o participar en un proyecto de investigación. La recomendación que se plantea es valorar si la autonomía de cada paciente es suficiente en su contexto, en vez de generalizar ciertas condiciones y exigir las en todos ellos.

Ahora bien, ya que la valoración de la autonomía es subjetiva y puede llegar a ser arbitraria, se plantea que la importancia de la autonomía no radique en la posibilidad de que el individuo sea autónomo, sino en respetar a los individuos, a priori, como agentes autónomos. Es decir, asumir que tienen derecho a tener opiniones propias sobre elegir y realizar acciones basadas en valores y creencias personales. También se deben de asegurar las condiciones necesarias para que se lleve a cabo una decisión autónoma [Beauchamp & Childress, 1999:117-118]. Gracias a este principio los pacientes con dolor crónico tienen la posibilidad de decidir acerca de su tratamiento y las intervenciones que quiere llevar a cabo en el ámbito médico, mientras que los profesionales de la salud están obligados a respetar esas decisiones y asegurar que se lleven a cabo con el objetivo de maximizar su recuperación.

Dice Rendtorff [2002:236-237] que, sin embargo, la autonomía no es considerada como el único principio fundamental en bioética, ya que no es un concepto normativo suficiente para asegurar la protección ética y legal en situaciones en las que los individuos carecen de autonomía (pacientes en coma, enfermos mentales, etc.), por lo que el principio de autonomía del paciente se debe articular con la beneficencia (no paternalista) y la responsabilidad, ya que estos dos conceptos son principios morales no sólo compatibles con la autonomía del paciente, sino estrechamente atados a ella [León, 2006:258].

Existen ciertas críticas a la postura de Beauchamp y Childress pues, en situaciones como patologías crónicas, una decisión no es autónoma en el sentido ideal de la palabra porque la persona que tiene que decidir no es totalmente libre. Ergo, es importante tener en

cuenta la capacidad práctica deficiente del paciente para expresar sus preferencias ya que la autonomía de decisión no siempre implica la capacidad de ejecutar una decisión [Dekkers, 2002:185].

Hay que entender, entonces, que la toma de decisiones en la atención de personas con enfermedades crónicas es un proceso complejo. Involucra decisiones médicas, personales y sociales que se toman gradualmente con el tiempo por una gran cantidad de tomadores de decisiones. En el cuidado de personas con enfermedades crónicas uno debería centrarse más en el consentimiento como proceso de negociación que en el consentimiento informado entendido como la autorización escrita de llevar a cabo un tratamiento. De acuerdo con Dekkers [2001:187], llegados a este punto, la comunicación y la negociación son elementos clave. Muchos actores desempeñan un papel en la construcción de una capacidad de decisión, no solo los propios pacientes, sino también profesionales de la salud, cónyuges y familiares. Así, los problemas planteados por las enfermedades crónicas a menudo parecen menos dramáticos y causan menos conflictos que los que aparecen en las enfermedades agudas.

Con todo lo anterior se resume que la autonomía en el paciente con dolor crónico significa ser consciente de la fragilidad de la existencia humana y aceptar la propia mortalidad. Esta noción de autonomía puede oponerse a la idea dominante de autonomía individual que se considera fuertemente relacionada con ser independiente. La toma de decisiones no es un proceso de cálculo individual y racional, sino parte de un proceso más amplio de dar significado. Este proceso no está totalmente controlado por el individuo que decide, pero debe considerarse como un juego en el que participa el individuo que decide y cuya presencia es imprescindible a todos los niveles. Las personas no siempre toman decisiones analizando el universo de opciones y comparándolas con un conjunto dado de valores, normas y preferencias. Las decisiones pueden verse como respuestas implícitas, pero no obstante significativas, a una situación particular en un contexto subjetivo. [Dekkers, 2001:190-191].

### 3.3. Discusión

Tomando en cuenta los conceptos anteriormente revisados acerca de vulnerabilidad y autonomía, podemos concluir que el paciente con dolor crónico, dadas sus características tanto físicas, como psicológicas, sociales y culturales, es vulnerable en las esferas biológica, social y cultural. Se considera que el paciente *está* vulnerable, si se encuentra inmerso en un ambiente clínico. Además, su contexto tanto social como cultural lo someten a una fragilidad dada por las características propias del sistema de salud en el que se ve sumergido: la falta de atención oportuna, de recursos humanos, materiales y de un tratamiento integral.

De acuerdo con la autonomía del paciente con dolor crónico, debemos dejar claro que en el entorno clínico los pacientes no son autosuficientes, por lo que se requiere una definición expansiva de autonomía con el objetivo de preservar su sentido de autogobierno y su capacidad de asumir la responsabilidad de tomar decisiones incluso en circunstancias extremas [Tauber, 2005]. Gracias a esta visión de autonomía se puede considerar al paciente con dolor crónico como autónomo para conocer su condición médica y decidir acerca de su tratamiento clínico. Esto siempre y cuando: 1) el profesional

de la salud proporcione al paciente la información necesaria, 2) que el paciente se encuentre en un estado emocional y psicológico adecuado para comprender dicha información y 3) que no existan interferencias externas para la toma de decisión. Dichos aspectos no dependen totalmente del paciente o del clínico. Por ello, se requiere llevar a cabo el proceso de consentimiento informado con el objetivo de evaluar la capacidad del paciente y su entorno con el objetivo de hacer posible que el paciente lleve a cabo la toma de decisión y acción de manera autónoma. Así, los principios de protección a la vulnerabilidad y respeto a la autonomía se consideran en este trabajo como los límites de la atención fisioterapéutica en pacientes con dolor crónico.

Con todo lo anterior se espera que el terapeuta físico se responsabilice por hacer lo posible para que su cuidado se dirija hacia el principio de respeto a la autonomía del paciente. Esto desemboca en que la relación terapéutica implica un desequilibrio de poder entre el profesional de la salud y el paciente. Un posible desequilibrio de poder se debe a una serie de factores:

- El profesional de la salud tiene mayor conocimiento, autoridad e influencia en el sistema de salud
- El profesional de la salud tiene acceso a información personal sobre el paciente
- La prestación de servicios profesionales puede implicar cercanía física y diversos grados de desnudez
- El paciente depende del profesional de la salud para los servicios profesionales prestados

Como resultado del desequilibrio de poder entre el terapeuta físico y el paciente con dolor crónico, el paciente puede sentirse vulnerable y evitar confrontar al profesional de la salud por temor a que los servicios que necesitan se vean comprometidos o retenidos. Lo que se plantea aquí, entonces, es que es responsabilidad del clínico reconocer y tomar medidas para reducir el desequilibrio de poder garantizando, y que el paciente se sienta seguro y capacitado para ser un participante activo dentro de la relación terapéutica.

Para terminar, los límites profesionales son los parámetros que definen una relación terapéutica segura. Estos parámetros establecen límites para la relación basados en el reconocimiento del desequilibrio de poder inherente, la vulnerabilidad del paciente y las responsabilidades del profesional de la salud en la relación terapéutica. Los límites profesionales ayudan al fisioterapeuta y al paciente a reconocer la diferencia entre las relaciones terapéuticas y personales y evitar posibles malentendidos.

En esta investigación, por tanto, se proponen el *Principio de protección a la vulnerabilidad* y el *Principio de respeto a la autonomía* como límites profesionales de los fisioterapeutas en la relación fisioterapeuta-paciente con dolor crónico. Se reconoce, de manera imprescindible, que una ética de la atención debe comenzar con la pregunta de cómo la vulnerabilidad humana puede integrarse en el patrón de vida de las personas autónomas. Esta postura parte de una visión de los seres humanos en la que la dependencia y la autonomía vulnerables se consideran aspectos equivalentes de la existencia humana.

## **CAPÍTULO IV: Relación Fisioterapeuta-Paciente con Dolor Crónico**

Como se ha visto, los fisioterapeutas son profesionales de la salud que buscan mantener, restaurar y mejorar el movimiento, así como la actividad y el funcionamiento, por medio de la prevención y el tratamiento, a través del uso de agentes físicos no ionizantes. El objetivo de la terapia física es el rendimiento óptimo y mejora la salud, el bienestar y la calidad de vida. Tomando en cuenta lo anterior, los terapeutas físicos buscan prevenir, minimizar o eliminar impedimentos de las funciones y estructuras corporales, limitaciones de actividad y restricciones de participación.

Así, los fisioterapeutas desempeñan papeles vitales en el entorno de atención médica actual y son reconocidos como proveedores esenciales de rehabilitación y habilitación, mejora del rendimiento y servicios de prevención y reducción de riesgos. También desempeñan papeles importantes tanto en el desarrollo de estándares para la práctica del fisioterapeuta como en el desarrollo de políticas de atención médica para garantizar la disponibilidad, la accesibilidad y la provisión óptima de fisioterapia.

De acuerdo con la AMEFI [2019], los Fisioterapeutas acreditados mediante una cédula profesional en México están calificados para realizar un examen o evaluación integral del paciente, evaluar los resultados de dicho examen o evaluación para hacer juicios clínicos con el objetivo de formular un diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento. Estos profesionales de la salud son capaces de proporcionar una consulta y determinar cuándo los pacientes necesitan ser referidos a otro profesional de la salud, en dicha terapia es capaz de implementar un programa de intervención fisioterapéutica, así como determinar los resultados de las intervenciones y tratamientos y hacer recomendaciones para la autogestión ya que actualmente la práctica de la fisioterapia abarca los tres niveles de atención en salud, que son el primer nivel, que abarca la promoción y prevención de la salud a través del movimiento, el segundo nivel, que engloba la atención en fisioterapia de alteraciones y disfunciones del movimiento, así como el tercer nivel, que se ocupa de dar una asistencia especializada en discapacidades, limitaciones funcionales y alteraciones del movimiento.

Por lo anterior, en este capítulo se abordarán las características del fisioterapeuta en relación con su papel como profesional de la salud, sus valores, la relación que tiene con el dolor crónico y finalmente cómo es que, a través del conocimiento del paciente, puede interconectar las características de este y su dolor crónico para relacionarse de una manera ética y adecuada sin dejar de lado algunas limitaciones propias de su profesión.

### **4.1. Fisioterapeuta como profesional de la salud**

Si bien la ética profesional de la Fisioterapia se regula mediante los códigos de ética vigentes en las diferentes asociaciones a lo largo del mundo, como comenta Torres [2007: 23], la buena práctica en fisioterapia no se reduce al saber hacer en lo técnico, ni al saber conocer en lo científico. Satisfacer las necesidades de movimiento de un ser humano,

con y sin discapacidad, implica reconocer la dignidad de la vida y respetar los derechos de los pacientes, sus intereses y proyecto de vida, para esto, como afirman Aguilar y Marqués [2017:7], se requieren competencias sociales y éticas, respetando los límites profesionales propios de la carrera, es decir, se debe “saber ser profesional”.

La ética profesional comprende un conjunto de principios morales y modos de actuar éticos en la profesión. Forma parte de lo que puede llamarse ética aplicada, ya que busca aplicar los principios profesionales, así como los bienes propios, metas, valores y hábitos de cada ámbito de actuación profesional. Si bien se suele usar de modo intercambiable con "deontología", la ética profesional tiene un sentido más amplio que abarca las virtudes y roles profesionales, sin limitarse solo a los deberes incluidos en las normas o códigos de cada profesión [Noa & Vila, 2018: 7].

Autores como Aguilar y Marqués [2017:23] han hablado de la importancia de la ética profesional dentro de la fisioterapia como profesión de la salud, ya que engloba una reflexión sistemática sobre la moral, la cual se encarga de incluir métodos y enfoques específicos para examinar situaciones morales, además busca establecer criterios que sirven de guía sobre la conducta a seguir por el profesional en su trabajo habitual y ante los diversos dilemas éticos que pueden presentarse, mediante el desarrollo de una conciencia crítica, que analice las diversas situaciones que se le vayan presentando y que reflexione con base en las normas de su práctica profesional.

Por otro lado, Bermejo [2002: 163] menciona que la ética profesional engloba tres dimensiones inseparables:

La **dimensión teleológica** es la que nos permite reflexionar acerca de cuál es el fin de la actividad profesional. Las profesiones no tienen sentido en sí mismas sino por los bienes internos que contienen. Por tal motivo no se puede entender lo que es una profesión si no se entiende que esta tiene en su interior una función social: el bienestar común. Ello implica una responsabilidad moral. Los bienes internos de la fisioterapia van cambiando en la medida que lo hace la sociedad, de manera que en la actualidad están orientados hacia la promoción, la prevención y la rehabilitación de las personas con los medios que le son propios, como lo hacen ver Aguilar y Marqués [2017:25]. Los buenos profesionales se preguntan qué es lo que desean lograr con aquello que hacen, reflexionan sobre cuál es el fin de su profesión y se proponen realizarlo en su desempeño profesional. Tal fin es el fin interno de la profesión y es el máximo bien al que un fisioterapeuta puede aspirar.

La **dimensión deontológica** está constituida por el conjunto de normas éticas que rigen la profesión y que habitualmente se encuentran plasmados en los códigos de deberes y principios. La deontología en fisioterapia hace referencia a los deberes y a las normas que han de respetar los fisioterapeutas, de tal manera que son normas exigibles y contribuyen a la consolidación de la profesión.

Finalmente, la **dimensión pragmática** se refiere a la acción concreta. Los fisioterapeutas se enfrentan a conflictos morales en el ejercicio de su profesión, ante los que han de estar preparados para decidir cuál es la conducta moralmente más aceptable y llevarla a cabo.

Como se puede ver, en general el trabajo cotidiano de un fisioterapeuta no es una secuencia ininterrumpida de sucesos problemáticos, pero en ocasiones tales dilemas aparecen y es necesario contar con algún método que nos permita salir del paso de la manera más justa posible. La ética profesional en fisioterapia consiste, pues, en abordar los aspectos éticos y los problemas morales propios de la profesión, desde la perspectiva de lo que la profesión es y la función que le corresponde en la sociedad.

No obstante, aunque la ética profesional en fisioterapia es uno de los campos de estudio de la bioética, no todos los problemas de la bioética son el blanco de las preocupaciones de la fisioterapia [Aguilar y Marqués 2017:27]. Para explicar mejor este punto es importante recordar la actuación de la bioética dentro de las profesiones de la salud.

La bioética se inscribe en el estudio de la toma de decisiones relacionadas preferencialmente con la vida humana, la muerte, la salud y la enfermedad. Sustenta la reflexión sobre las consecuencias individuales que genera la biomedicina, así como los dilemas éticos que suscita la asignación de recursos, especialmente en el escenario de la prestación de servicios de salud. Esta perspectiva bioética utiliza comúnmente un método analítico desde el enfoque principialista para la toma de decisiones clínicas. En la bioética clínica la práctica está “centrada siempre en el individuo”, se ocupa de casos particulares cuando se presentan conflictos de valores que afectan el bienestar y la calidad de vida del paciente. Esta dimensión tiene un enfoque antropocéntrico que deriva del valor absoluto de la persona humana, bajo la idea kantiana de que las personas no son sólo medios, sino fines en sí mismas. Algunos de los representantes de la corriente principal en bioética son Beauchamp y Childress y Gracia [Torres, 2007:13-14].

Por lo anterior, es claro que los profesionales médicos se enfrentan a diferentes dilemas bioéticos dependiendo su quehacer profesional, por lo que las problemáticas éticas de los fisioterapeutas van a estar más encaminados hacia el respeto a la intimidad y la información del paciente, la veracidad, el respeto al paciente y los compañeros de profesión, la confidencialidad, la protección al paciente vulnerable, etcétera. Aguilar y Marqués [2017:27] hacen notar, empero, que, en estos temas, y a medida que la fisioterapia va adquiriendo cada vez más autonomía -sobre todo en la práctica privada-, los conflictos morales se acrecientan.

La importancia de la ética profesional en la fisioterapia como profesión, según afirman Aguilar & Marqués [2017:30] radica en que, en la práctica diaria de la profesión, los fisioterapeutas han de tomar frecuentes decisiones ante cuestiones relacionadas con su interacción con el paciente, con sus compañeros de trabajo, con el médico, con la institución para la que trabajan e incluso cuestiones que pueden tener una trascendencia social.

La bioética médica ofrece herramientas a los profesionales de la salud como los son los terapeutas físicos, para la reflexión e implementación de los principios que se plantean, con el objetivo de reforzar la forma en la que en el ambiente clínico se toman de decisiones en cuanto al diagnóstico y tratamiento fisioterapéutico, entendiendo a estas interpretaciones bioéticas como herramientas teóricas y prácticas para un mejor abordaje del paciente. Así, se considera que se deben implementar la adquisición de conceptos bioéticos a la formación profesional, como la dignidad, la corporalidad, la calidad de vida, los beneficios y eventuales daños causados por el uso de agentes físicos, así como la vulnerabilidad y la integridad personal de cada paciente, especialmente cuando se habla de pacientes con dolor crónico [Almeida, et al., 2017:150].

He aquí la importancia de que dentro de la formación académica se tome en cuenta no solo la adquisición de conocimientos para llevar a cabo una buena técnica, sino que dicho conocimiento se pueda complementar con posturas con relación a las cuestiones relacionadas con el dolor, el sufrimiento y la calidad de vida, con el propósito de humanizar el proceso terapéutico [Almeida, et al., 2017:150].

Autores como Šore [2020: 201-202] se han planteado la necesidad de conocer las problemáticas éticas a las cuales los fisioterapeutas se enfrentan constantemente, de las encontradas, en este trabajo se retoman algunas que se pueden encontrar en la relación entre el terapeuta físico y el paciente con dolor crónico, como son establecer prioridades para el tratamiento del paciente cuando el tiempo o los recursos son limitados, la interrupción del tratamiento por falta de compromiso del paciente, la continuación del tratamiento para proporcionar apoyo psicológico después de alcanzar los objetivos del tratamiento de fisioterapia, responsabilidad profesional cuando los objetivos del paciente difieren de los de la familia, límites en el rol del fisioterapeuta en la educación inicial del diagnóstico y pronóstico, informar al paciente sobre los límites del tratamiento, beneficios del tratamiento en comparación con las molestias creada por el procedimiento, intimidad y dignidad del paciente durante el tratamiento, diferencia entre lo que un fisioterapeuta puede valorar como necesario para los pacientes y lo que la sociedad considera esencial para la salud, mantener la confianza del paciente y su familia, informar de prácticas inadecuadas de otros fisioterapeutas, médicos u otros profesionales de la salud, protección de la confidencialidad, la sobrecarga de los servicios de fisioterapia, actualización de las competencias clínicas, y falta de tiempo que afecta la calidad de la atención.

Si bien la presentación de dichos problemas va a depender de las responsabilidades y de la formación del fisioterapeuta, como también del sistema de salud en el que se desenvuelve [Šore, 2020: 205], en este trabajo se ha encontrado que en la practica cotidiana estas dificultades surgen de conceptos clave, los cuales se exponen a continuación.

#### 4.1.1. Valores profesionales del fisioterapeuta

La American Physical Therapy Association (APTA) estableció en el año 2009 ocho valores profesionales básicos o fundamentales para los fisioterapeutas, dichos valores fundamentales se revisaron por la Asociación en el 2019 y, en este trabajo se incluyen en el Anexo 1.

Dichos valores incluyen tres tipos de responsabilidad, los cuales incluyen la responsabilidad de los diversos roles, obligaciones y acciones del fisioterapeuta, incluida la autorregulación, la responsabilidad entendida como el compromiso de ejercer dichos diversos roles, obligaciones y acciones de los fisioterapeutas y, por último, la responsabilidad social, que busca responder a las necesidades de salud y bienestar de la sociedad.

Además de estos tres tipos de responsabilidad, se retoman valores como el altruismo, que se refiere al respeto o devoción al interés de los pacientes, es decir, la capacidad de anteponer las necesidades del paciente al propio interés del fisioterapeuta; la compasión como necesidad de identificarse con, o sentir algo de la experiencia de otra persona, así como la solidaridad, que tiene que ver con el interés, la empatía y la consideración de las necesidades y valores de otras personas; la excelencia profesional es la sistemática de conocimientos y teorías actuales, tomando en cuenta los límites personales; el deber profesional que busca un compromiso con las obligaciones propias de la profesión, con la finalidad de prestar un servicio efectivo e individualizado; y por último la integridad que se relaciona con la adhesión a todos estos valores.

Dicho de otra manera, el fisioterapeuta tiene un perfil distinto a los demás profesionales de la salud al conservar un contacto muy directo, dado que dentro de las técnicas utilizadas por este profesional se encuentra el uso de agentes físicos, los cuales deben ser aplicados directamente en la piel del paciente, además, algunos tratamientos requieren el contacto directo entre el paciente y el terapeuta, tal es el caso de los masajes o las técnicas manuales, este trato también se vuelve frecuente ya que un tratamiento fisioterapéutico requiere de varias sesiones para el logro de los objetivos terapéuticos.

El profesional, así, debe adquirir una conciencia de responsabilidad tanto por el bienestar del paciente como por el tratamiento fisioterapéutico y las necesidades de la población en general. Además, este profesional de la salud está históricamente relacionado con los conceptos de solidaridad, empatía y altruismo, por lo que estos valores están muy presentes en la práctica y buscan que se prioricen las necesidades del paciente ante a las propias.

Por último, como resultado de la profesionalización, se incluyen los valores de deber profesional e integridad con el objetivo de respetar las normas éticas y legales que subyacen al ejercicio profesional.



Se puede concluir que los valores fundamentales que plantea la APTA son parte del marco ético con el cual el fisioterapeuta lleva a cabo sus intervenciones y sirven como guía tanto para la formación profesional como para la ejecución asistencial de la profesión y, como afirma Torres [2007: 20-21] reiteran el vínculo que se establece entre la calidad del desempeño y la conducta ética del profesional.

Por lo anterior es imperante que dentro de la práctica fisioterapéutica en México estos valores se implementen tanto en la formación profesional como en la práctica clínica, sobre todo en contextos en donde la atención tiene algún tipo de beneficio para el terapeuta físico o donde existen carencias materiales o humanas, ya que es en estos escenarios donde debe existir una responsabilidad por parte de los fisioterapeutas para llevar a cabo sus intervenciones.

Para lograr lo anterior se debe recurrir a la formación profesional basada en dichos valores fundamentales, los cuales, como se presenta en un estudio realizado por Quinn [et al., 2016:1422-1423] están influenciados por varios factores, como los valores personales, que son la base de los valores fundamentales profesionales, es decir, valores como la compasión, la integridad y la responsabilidad son atributos valorados por quienes ingresan a la profesión. Además, se sugiere que los valores fundamentales profesionales se moldean aún más por las experiencias. Por último, se encontró que la integración de los valores fundamentales en la práctica es independiente de las diversas trayectorias profesionales y el entorno de la práctica. Esto sugiere que, a pesar de la integración de estos valores en la formación profesional, es responsabilidad de cada uno de los terapeutas físicos el desarrollo de estos valores en su práctica profesional.

#### 4.1.2. Razonamiento ético en fisioterapia

La literatura reciente de razonamiento clínico aboga por que los fisioterapeutas opten por elegir y usar procesos de razonamiento apropiados que aborden tanto las circunstancias y contextos particulares de los pacientes como las características más generalizables o universales de los problemas clínicos propios de la profesión [Edwards et al., 2005:230].

El razonamiento clínico se ha descrito como el proceso en el que el profesional de la salud, al interactuar con otras personas importantes (pacientes, cuidadores, miembros del equipo de atención médica), estructura el significado, los objetivos y las estrategias de gestión de la salud en función de los datos clínicos, las elecciones del paciente y el juicio y el conocimiento profesional. El razonamiento clínico, en los términos anteriores, requiere que los profesionales tengan una profundidad y un alcance de conocimiento adecuados, no solo en términos de contenido o conocimiento técnico, sino también en áreas como la percepción personal, la madurez, los valores éticos y las habilidades sociales necesarias. Edwards et al., [2005] hacen hincapié en que el razonamiento clínico requiere de la capacidad de generar y probar una extensa gama de hipótesis en relación con el diagnóstico y el manejo del paciente, con el objetivo de que los profesionales de

la salud tengan la capacidad de reflexionar y validar su toma de decisiones. El razonamiento ético es, así, una de las varias estrategias de razonamiento clínico.

Por lo anterior no es difícil vislumbrar que se requiere un razonamiento ético en la toma de decisiones de la práctica diaria. Este tipo de razonamiento puede integrarse y evaluarse dentro de un marco de razonamiento clínico más amplio, ya que es multidimensional e incorpora el uso de principios, el reconocimiento de casos y la comprensión de las perspectivas de aquellos involucrados en un dilema. Con esto se quiere mostrar que los fisioterapeutas fomentan la virtud moral y una práctica solidaria a través de la reflexión crítica y un compromiso constructivo con dilemas éticos.

#### 4.1.3. Perfil profesional del fisioterapeuta

El alcance de la práctica para los fisioterapeutas es dinámico, evoluciona con evidencia, educación y necesidades sociales. Tiene tres componentes básicos de acuerdo con APTA [2019]:

- 1) *Alcance profesional de la práctica del fisioterapeuta.* Se define como la práctica que se basa en el cuerpo único de conocimiento de la profesión, respaldado por la preparación educativa, y basado en un cuerpo de evidencia vinculado a marcos de práctica existentes o emergentes
- 2) *Alcance legal de la práctica del fisioterapeuta.* Se establece mediante la ley de práctica de un estado que rige la licencia específica del fisioterapeuta y las reglas adoptadas de conformidad con esa ley
- 3) *Alcance personal de la práctica del fisioterapeuta.* Consiste en actividades para las cuales un fisioterapeuta individual es educado y entrenado, y que él o ella es competente para realizar

De acuerdo con Loranger [2015] en la práctica profesional, los fisioterapeutas llevan a cabo una o más de las siguientes actividades: evaluar la función física, diagnosticar y tratar la disfunción causada por un dolor, lesión, enfermedad o afección para desarrollar, mantener y maximizar la independencia y prevenir la disfunción; así como enseñar, administrar y realizar investigaciones en ciencias, técnicas y prácticas de fisioterapia.

Un punto clave en las actividades realizadas por el fisioterapeuta incluye el *Modelo de intervención fisioterapéutica*, desarrollado por la WCPT, que consta de seis puntos a seguir, dicho modelo se incluye como Anexo 2 en este trabajo, y se explica a continuación cada uno de los pasos.

El primer paso es la exploración, el cual es un proceso de pruebas específicas realizado por el fisioterapeuta que puede conducir tanto a un diagnóstico, como a una referencia a otro profesional. La examinación consta de tres componentes que son la historia del paciente, las revisiones de los diferentes sistemas afectados y las pruebas y medidas.

Con los datos obtenidos en la exploración se lleva a cabo el segundo punto que es la evaluación, en el cual el fisioterapeuta realiza juicios clínicos por medio del razonamiento clínico, con el objetivo de determinar los facilitadores necesarios y las barreras para el funcionamiento óptimo.

Con los dos puntos anteriores, el fisioterapeuta logra llevar a cabo un diagnóstico fisioterapéutico o funcional, el cual tiene la finalidad de identificar los factores que influyen positiva y negativamente en el funcionamiento del sistema de movimiento que generan deficiencias existentes o potenciales. Estas pueden ser derivadas de una patología o lesión y pueden generar limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. El diagnóstico fisioterapéutico o funcional debe ser expresado en términos de difusión del movimiento o ser enmarcado en categorías de deficiencias, limitaciones en la actividad, restricciones en la participación, la influencia de su entorno, los factores ambientales o las discapacidades.

Posterior al diagnóstico, se debe realizar un acuerdo mediante el cual el fisioterapeuta y el paciente establecen prioridades y fijan metas, las cuales se deben expresar como objetivos a corto, mediano y largo plazo con resultados medibles y negociados en colaboración con el paciente, la familia o el responsable del paciente, a este proceso se le conoce como pronóstico.

El plan de intervención es la parte medular de la interacción del fisioterapeuta con el paciente y, en su caso, con otros individuos involucrados en el cuidado del paciente, ya que aquí es donde se llevan a cabo las diferentes técnicas acordadas anteriormente y es aquí también donde se da el mayor contacto entre paciente y terapeuta. Lo anterior se da con el propósito específico de restablecer las disfunciones de movimiento, aunque también puede enfocarse a la prevención de las deficiencias, limitaciones en la actividad, restricciones de participación, discapacidad o lesiones.

Al paso de algunas sesiones, el terapeuta debe realizar una re-exploración, con el objetivo de recibir una retroalimentación por parte del paciente acerca de los aciertos y errores cometidos al emitir el diagnóstico o al implementar la intervención fisioterapéutica. Este proceso consiste en la aplicación y realización de pruebas o medidas que nos permiten evaluar si hay o no progreso en la evolución del paciente y nos permite modificar o redireccionar el plan de intervención o rehacer el diagnóstico.

Por último, el objetivo final del modelo radica en indicar el alta al paciente, es decir, finalizar la intervención cuando se han alcanzado los objetivos de tratamiento acordados o la eficacia ya no es evidente.

Tomando en cuenta el Modelo anterior es importante reconocer que dentro de las responsabilidades del fisioterapeuta se encuentra, en un primer momento de la atención al paciente, realizar una entrevista al paciente que englobe no solo los datos médicos y biológicos de su condición física, sino que también retome los elementos tanto psicológicos, como socioculturales que le dan sentido al padecer del paciente, con el

objetivo de que el terapeuta físico sea consciente de las necesidades percibidas por el paciente, para que, en conjunto con este último, se planteen objetivos a corto, mediano y largo plazo que busquen solventar las problemáticas propias del paciente. En un segundo momento de la terapia es vital que dentro de la intervención fisioterapéutica se tome en cuenta la educación al paciente, que como vimos en el capítulo I, es en gran medida uno de los componentes más importantes de la atención al paciente con dolor crónico, ya que solo por medio de la enseñanza al paciente acerca de su patología y las técnicas fisioterapéuticas aplicadas el paciente podrá controlar y disminuir este síntoma. Por último, es importante que el terapeuta físico lleve a cabo un proceso de examinación al iniciar cada terapia subsecuente, ya que, gracias a este proceso, tanto el paciente como el profesional podrán conocer los avances que han tenido y, si fuera el caso, buscar otro tipo de atención cuando no se tengan los resultados esperados o la terapia física haya alcanzado su máximo apoyo al paciente.

Jiandani [2018: 72] afirma que, diferencia de un médico, un fisioterapeuta aborda las necesidades de cada paciente de manera diferente. Por lo tanto, existe la necesidad de cambiar del enfoque médico tradicional a un enfoque de disfunción del movimiento para el diagnóstico de fisioterapia. El paciente presenta quejas relacionadas con las funciones, que generalmente se olvidan en la documentación en el modelo patológico basado en síntomas que hace hincapié en el diagnóstico de enfermedades. El modelo funcional utilizado por fisioterapeutas abarca el cuerpo físico, el estado mental y los aspectos sociales asociados a la funcionalidad.

Como vemos en el párrafo anterior, el profesionalismo es un componente importante en la relación terapéutica ya que incluye la autoconciencia y la auto-reflexión. Se espera que los profesionales reflexionen regularmente sobre si están practicando de manera efectiva y sobre lo que está sucediendo en sus relaciones con pacientes y colegas. Además, los profesionales de esta área tienen el deber de mantener sus habilidades y conocimientos actualizados, y desarrollar su juicio clínico a medida que adquieren experiencia.

Asimismo, es importante reconocer los privilegios que tienen los profesionales de la salud en nuestra sociedad, ya que deben poseer y demostrar conocimientos y habilidades específicas para cumplir el rol social de lograr el bien para los demás. A los profesionales se les permite recibir una compensación justa y equitativa por su trabajo, pero no deben usar sus roles para obtener ganancias personales por encima de otros compromisos. En esencia, concluyen Jain y Roberts [2009:330-331] la base del profesionalismo es la responsabilidad hacia sí mismo y hacia los demás, incluidos los pacientes y colegas.

#### 4.1.4. Límites Profesionales del Fisioterapeuta

Para Jain y Roberts [2009:330], el término "límite profesional" se refiere a la línea que distingue los comportamientos profesionales que están destinados a servir al bien del paciente en el contexto de una relación terapéutica. Los límites que separan la conducta profesional de los comportamientos inapropiados en una relación profesional que tiene

importantes implicaciones clínicas y legales. Los límites también tienen significado desde la perspectiva de la profesionalidad y la ética, porque las violaciones de límites son destructivas para los objetivos beneficiosos de la terapia y causan daños previsibles a los pacientes.

Por tanto, se debe entender a los límites profesionales no como una línea divisoria clara y consistente, sino que los fisioterapeutas deben ser conscientes de que existe una zona gris que se encuentra entre un comportamiento de manera clara aceptable y uno claramente inaceptable. En esta zona, el comportamiento puede o no ser apropiado dependiendo de los aspectos de la relación paciente-profesional de salud y el tratamiento proporcionado. De esta manera, los límites profesionales son de naturaleza dinámica. Ahora bien, inherente al establecimiento de relaciones terapéuticas es saber dónde trazar la línea entre una relación profesional y una personal, así como evitar cruzar esa línea. Para hacerlo, hay importantes aspectos que se deben reconocer, el primero es el desequilibrio de poder inherente a la relación terapeuta físico-paciente, en segundo lugar, las expectativas de la profesión para el tratamiento apropiado dependiendo de la situación específica de cada paciente, y, por último, el deber de cuidado inherente a la profesión [Physiotherapy Alberta,2017:8].

Por lo tanto, el límite terapéutico crea un espacio físico, psicológico y social ocupado por el paciente en la relación clínica. El terapeuta es el encargado de decidir los elementos que conforman dicho marco. Ahí debe incluir cuestiones prácticas como establecer la duración y el ritmo de las terapias, negociar las tarifas de tratamiento y definir el contexto de la atención. También debe tener en cuenta el entorno donde se lleva a cabo la terapia, la inclusión o no de comunicación electrónica, la participación de otros en el tratamiento y los límites sobre privacidad y confidencialidad. Jain y Roberts [2009:330] encuentran imprescindible, por tanto, tener en cuenta que el marco lo construye el terapeuta, no el paciente, cuyas expectativas de la relación terapéutica pueden ser más ingenuas, más indulgentes o flexibles.

Concretamente, de acuerdo con Loranger [2015], dentro de las actividades restringidas para los fisioterapeutas se encuentran las siguientes:

- Terapia farmacológica

A menudo los fisioterapeutas recomiendan medicamentos de venta libre. Como proveedor de atención médica regulado se le exige un alto nivel al hacer recomendaciones sobre la atención médica. Con los medicamentos de venta libre se espera que los consumidores tomen decisiones sobre el cuidado personal y, cuando lo hacen, asumen responsabilidad personal. Cuando un proveedor de atención médica como un fisioterapeuta hace una recomendación sobre un medicamento de venta libre, no solo se le da mayor crédito al consejo, sino que el terapeuta físico -como profesional de la salud regulado- asume la responsabilidad y la rendición de cuentas de tales

recomendaciones. Si bien los medicamentos de venta libre (así como las vitaminas o los suplementos herbales) pueden ser medicamentos no programados, no están exentos de riesgos. En general, se recomienda a los fisioterapeutas no hacer ninguna recomendación sobre este tipo de medicamentos. Además, la prescripción de medicamentos o terapia farmacológica no está autorizada para fisioterapeutas.

- Imágenes de diagnóstico

Los fisioterapeutas están autorizados para ordenar imágenes de diagnóstico como radiografías, ultrasonido, tomografía axial computarizada y resonancia magnética. Sin embargo, y aunque no es una práctica de alto riesgo, el fisioterapeuta no está calificado para llevar a cabo un estudio diagnóstico. En países como Canadá se está haciendo un esfuerzo por permitir la aplicación de imágenes de ultrasonido en el punto de atención en fisioterapia.

- Trabajo bajo supervisión de un equipo interdisciplinario

Algunos fisioterapeutas pueden trabajar como miembros de un equipo interdisciplinario realizando tareas que no se consideran dentro del alcance de la práctica de fisioterapia. En esta situación el fisioterapeuta está trabajando bajo la autoridad de otro proveedor de atención médica (más comúnmente un médico) y es responsabilidad del médico supervisar al fisioterapeuta, determinar que es competente para realizar la tarea que le ha asignado y que es él mismo responsable de la asignación de un paciente. Si se trabaja bajo supervisión médica, como siempre, el fisioterapeuta es responsable de actuar dentro de los límites de su competencia y habilidad. Ejemplos de actividades asignadas a fisioterapeutas que trabajan bajo supervisión, que incluyen la aplicación de inyecciones en los puntos gatillo o llevar a cabo pruebas diagnósticas como ultrasonido.

Como se puede ver, si bien el alcance de la práctica de fisioterapia está ampliamente definido, hay algunas áreas que plantean desafíos. Es útil saber dónde está el límite del alcance de la práctica, tanto en términos de abogar por el cambio como para garantizar que su propia práctica se ajuste a los límites establecidos por la legislación vigente. Puede haber excepciones en áreas de práctica donde hay experiencia o competencia específica adquirida con el tiempo, por lo que los fisioterapeutas, como profesionales de la salud competentes, deben conocer tanto los límites de su ámbito de práctica como cuándo se aplican estas excepciones.

#### 4.2. Relación entre el fisioterapeuta y el paciente con dolor crónico

Identificar y analizar los mecanismos que hacen posible la relación entre el fisioterapeuta y el paciente permite ayudar en la comprensión de las formas de interacción entre estos dos, así como de los elementos de poder presentes, tomando en cuenta los factores sociales y culturales de ambos en la interacción. Menciona García [2006:40] que las

relaciones humanas están siempre mediadas por relaciones de poder, por lo que se requiere del reconocimiento de dichos lazos para que cada uno de los involucrados tome una determinada posición y aporte desde ella elementos necesarios para la solución del problema que los convoca. En el caso de una relación entre paciente y profesional de salud lo que se busca es la solución a la enfermedad del paciente.

En el ámbito de la salud, la relación fisioterapeuta-paciente es diferente con respecto a los demás profesionales, dado que el paciente no es una persona pasiva, sino que se requiere de una colaboración permanente para llevar a cabo el tratamiento con éxito [García, 2006:40]. Se han realizado estudios [Klaber & Richardson, 1997:92] en donde se busca una práctica adecuada por parte del fisioterapeuta. En dichas investigaciones se han encontrado tres factores que son importantes en términos de comportamiento cuando se pretende lograr una mejora a corto plazo. Primero, se deben dar instrucciones para llevar a cabo un ejercicio, utilizando demostración o actuación guiada. En segundo lugar, una vez que el paciente sabe qué hacer, es necesario ayudarlo a decidir cómo se incluirá esto en la rutina diaria. Tercero, la retroalimentación positiva es importante; puede ser en forma de elogio del terapeuta o un miembro de la familia. La recompensa directa de la actividad puede proporcionar refuerzo a través del alivio del dolor.

Así, la relación terapéutica entre el paciente y el profesional de la salud se considera un componente central del compromiso y la atención centrada en el primero. En fisioterapia, la relación terapéutica se integra mediante la práctica, lo que indica su importancia en la configuración de la atención competente. Se ha demostrado [Miciak, et al., 2018:2] que existe una asociación positiva entre mejores relaciones terapéuticas y satisfacción del paciente, adherencia al tratamiento y resultados clínicos (además de las creencias de los fisioterapeutas de que la relación terapéutica influye en los resultados clínicos).

La relación terapéutica es diferente de una relación personal no profesional, ya que el clínico debe considerar, en primer lugar, las necesidades del paciente. Existe la expectativa de que el profesional de la salud no utilizará la relación terapéutica por ningún motivo en beneficio personal [Alberta College of Speech-Language Pathologists and Audiologists, 2019:7].

Ahora bien, tenemos dos actores dentro de esta relación. Por un lado, el fisioterapeuta, quien ha sido formado dentro del paradigma biomédico que lo avala como potencial agente solucionador de problemas relacionados con el movimiento del cuerpo. Bajo este paradigma, el fisioterapeuta tiene ciertos intereses, motivaciones o circunstancias que lo llevaron a la realización de dicha profesión. Por otra parte, está el paciente, quien ha sufrido una lesión o enfermedad que afecta su condición de movimiento y que conlleva una situación de dolor. Este último decide recurrir al servicio del profesional fisioterapeuta en la búsqueda de alivio a su malestar, probablemente después de haber buscado múltiples soluciones en otros servicios de salud. En la mayoría de los casos no ha obtenido en otras instancias una conclusión positiva a su malestar. En la relación fisioterapeuta-paciente, por tanto, confluyen intereses sobre un asunto en común: la

alteración del movimiento corporal producto de una lesión o enfermedad y los síntomas que acompañan a dicha lesión como el dolor, como apunta García [2006:40-41].

Como se puede notar, son varias las circunstancias que hacen diferente la relación fisioterapeuta-paciente. Esta es muy distinta a la relación con otros profesionales de salud. Enumeremos algunas características. En primer lugar, nos dice también García [2006:39], el fisioterapeuta tiene un contacto corporal directo con el paciente. Esto hace que la interacción sea peculiar. Para verlo desde el punto de vista de una ganancia de confianza, el fisioterapeuta a menudo tiene la posibilidad de utilizar 45 minutos para la primera evaluación y hasta 30 minutos por paciente para las sesiones de tratamiento. Esto puede ayudar a que el desarrollo de la relación terapéutica sea más efectivo, pues se ha demostrado que la confianza en la relación aumenta al ver a la misma persona varias veces en el transcurso de unas pocas semanas [Klaber & Richardson, 1997:90], a diferencia de médicos o enfermeras(os). Por lo anterior, los fisioterapeutas pueden tener más probabilidades de establecer relaciones consistentes con sus pacientes, pues dichos factores determinan la forma en que los fisioterapeutas abordan las interacciones con los pacientes. Crean un entorno que brinda la oportunidad de desarrollar la relación terapéutica como un componente central de la interacción clínica, así como dirigir cómo se debe evaluar la relación terapéutica, según Miciak et al. [2018:2].

Por cierto, desde el modelo biomédico donde se desarrolla el fisioterapeuta podemos encontrar una comprensión biológica y funcionalista. Esta determina un tipo particular de relación terapéutica que privilegia al saber por parte del profesional de salud y le otorga mayor posibilidad de decidir sobre el curso del proceso a seguir, siempre apoyado en la interpretación de los signos y síntomas que son vistos en el cuerpo del paciente, lo que permite la objetivación de la situación de enfermedad. Es así como se considera que, desde una postura tradicional, la relación terapéutica se establece como una relación dador-receptor, en la que hay una clara posición de poder del terapeuta, quien limita la toma de decisión y, por consiguiente, la autonomía del paciente [García, 2006:40].

Este tipo de relación, por lo general, omite los factores sociales y culturales del individuo que llega a su consulta. Klaber y Richardson [1997:91] insisten en que los fisioterapeutas pueden no ser siempre conscientes de la importante influencia de los factores psicológicos en el desarrollo y mantenimiento de los signos y síntomas físicos, por lo que se asume que la solución al problema de la disfunción del movimiento y del dolor subsecuente son responsabilidad sólo del terapeuta, quien desde su saber experto debería poseer las claves para la recuperación del malestar del paciente.

De hecho, continúa García [2006:41], el padecimiento de un dolor o malestar provocado por una enfermedad coloca al paciente en situación de desventaja frente al personal de salud que le atiende, por reconocer en ellos la fuente que procura el alivio que busca. Esta circunstancia determina una relación asimétrica que proviene del grado de conocimiento sobre el origen de la enfermedad, las causas y posible evolución. En el mismo tenor, nos dice la autora, aceptar este tipo de relación terapeuta-paciente implica



mantenerse en una visión reduccionista del problema de salud del paciente, ya que se desconoce el proceso histórico-social fruto de la experiencia que viven las personas en un contexto cultural específico, es decir, se ignora el padecer del paciente. Dicha posición restringe las posibilidades de desarrollo del paciente desde su propia conciencia, intereses y necesidades.

Resumiendo, resulta importante pensar en otras posibles formas de relación terapeuta-paciente, que reconozcan al paciente dentro de relaciones sociales y culturales, en favor de una mayor comprensión de las condiciones que lo condujeron a ese estado de alteración de movimiento. Esta comprensión involucraría de manera directa al paciente en el papel que juega en su recuperación para volver, de ser posible, a ejercer los roles perdidos en su contexto social o para, en el caso de limitaciones irreversibles, desarrollar al máximo su potencial de movimiento como base para la redefinición de sus roles y prácticas sociales. Esta visión de relación terapéutica favorece, según García, el ejercicio de una práctica profesional más equitativa, igualitaria y participativa. Además, como dice Rich [2005:393], tomar en cuenta dicha disparidad de poder entre el paciente y el fisioterapeuta ayuda a comprender que el profesional de salud tiene la responsabilidad moral (y, en última instancia, legal) de utilizar ese conocimiento manifiestamente superior exclusivamente para el beneficio del paciente.

Dicho lo anterior, es importante recordar que no se puede ignorar el hecho de que el paciente busca al terapeuta por el conocimiento acerca de las posibles soluciones hacia su malestar. Así que la pretensión no puede ser la de eliminar la autoridad en la relación terapeuta-paciente, se trata más bien de identificar un modo de interrelación que facilite el logro de los objetivos consensuados. La atención se dirige, entonces, a mejorar los procesos de comunicación entre paciente y profesional. Este fenómeno, asegura García, [2006:46] no sólo involucra al lenguaje verbal como acto comunicativo, sino que, para el caso del fisioterapeuta, también involucra el lenguaje corporal y el conocimiento de aspectos culturales y sociales del paciente.

La relación o interacción entre el terapeuta y el paciente puede tener una influencia importante en el resultado del tratamiento y, en particular, en el informe del dolor y la discapacidad, de acuerdo con Klaber y Richardson [1997:89].

Finalmente, cabe mencionar que la buena práctica centrada en el paciente implica que los profesionales entiendan que cada paciente es único y que se debe trabajar en asociación con ellos. Se debe adaptar lo que hacen para abordar las necesidades y expectativas razonables de cada persona. Para lograr este tipo de relación se requiere incluir en la interacción ciertos conceptos como comunicación, contacto físico y confianza.

#### 4.2.1. Comunicación entre el fisioterapeuta y el paciente con dolor crónico

Como se ha visto a lo largo de los apartados anteriores, la fisioterapia es una profesión en la que la comunicación, tanto verbal como táctil, juegan un papel central, esto

responde a la forma en la que la terapia física se lleva a cabo, ya que, desde el inicio de la terapia, el dialogo se vuelve una herramienta para conocer la problemática del paciente, además, al realizar los diferentes estudios, medidas, y hasta el mismo tratamiento fisioterapéutico, la comunicación tanto verbal como no verbal tiene la capacidad de indicar al terapeuta físico acerca de la forma en la que estas técnicas se están llevando a cabo; también es importante recordar que también es gracias a la comunicación que el paciente puede conocer el diagnóstico, pronóstico y tratamientos que se llevarán a cabo durante las sesiones, dicha información debe ser acordada entre los diferentes actores de la relación; finalmente, el dialogo a lo largo de las terapias dará pauta al terapeuta acerca de los avances obtenidos, que si bien pueden ser objetivos en términos de medidas y estudios, estos se deben cotejar con la mejora en la funcionalidad y calidad de vida percibida por el paciente.

Por lo anterior, diversos autores y organizaciones encuentran un vínculo claro entre las habilidades de comunicación y la alianza terapéutica. Esta es una habilidad esencial que los fisioterapeutas deben dominar para mejorar la calidad y la eficiencia de la atención [College of Physiotherapists of Ontario, 2020]. Esto se debe a que dentro de la relación terapéutica pueden existir problemas que fundamentalmente se deben a la comunicación.

Ejemplos de problemáticas que se pueden plantear en cuanto a comunicación se encuentran la falta de una explicación clara del fisioterapeuta acerca de los beneficios, riesgos, pronóstico y tratamiento al paciente y sus familiares. A pesar de que se plantea la necesidad de estas explicaciones explícitamente en el consentimiento informado, aún existe una falta de consideración por parte de los fisioterapeutas, debido tal vez a la carencia de sesiones y tiempo, sobre todo en el sistema público, en donde también es muy común que el fisioterapeuta tenga que atender a más de un paciente al mismo tiempo, lo que dificulta que se dé información individualizada.

Otro problema de comunicación que se plantea en la relación entre el terapeuta y el paciente con dolor crónico tiene que ver con la falta de una explicación acerca de los límites de la terapia física para este tipo de síntoma específicamente, ya que, como se comentó en el capítulo II, las técnicas utilizadas en fisioterapia son solo una parte del arsenal terapéutico para tratar el dolor crónico, por lo que se debe explicar al paciente que generalmente la terapia física se debe complementar con otro tipo de terapias, como la farmacológica, la psicológica e incluso la intervencionista.

Dentro de la investigación se ha planteado la necesidad de que el paciente se vuelva parte activa de su tratamiento, lo cual solo puede lograrse con la correcta comunicación acerca del estilo de vida que el paciente debe llevar a cabo con el objetivo de disminuir el dolor y mejorar la funcionalidad. Como sucede con el primer ejemplo expuesto, la mayoría de las veces el terapeuta físico carece de tiempo para explicar al paciente las actividades que debe llevar a cabo, así como los cambios en ciertos hábitos y la incorporación de actividad física en su rutina, es así como el terapeuta físico debe

comprender la necesidad de entablar un dialogo con el objetivo de educar al paciente y a sus familiares acerca de su enfermedad y su tratamiento.

El último ejemplo que se plantea acerca de los problemas en cuanto a la comunicación tiene que ver con el dialogo que debe existir entre los demás profesionales de salud y el terapeuta físico, ya que este, al estar inmerso en un sistema jerárquico dentro de los diferentes sistemas de salud, no tiene la oportunidad de debatir acerca de los tratamientos que este considera pertinentes. Además, si hablamos de un ambiente clínico privado, hay posibilidad de que los terapeutas físicos no tengan posibilidad de comunicarse con los especialistas que refirieron a los pacientes a rehabilitación. Si bien este ejemplo no es acerca de la comunicación entre el terapeuta físico y el paciente, es importante reconocer también este tipo de comunicación entre profesionales, ya que de manera indirecta puede afectar al paciente, ya que, al no haber una congruencia entre la información obtenida por los diferentes profesionales de la salud, el paciente con dolor crónico puede sentirse confundido y abrumado por las diferentes propuestas, opiniones y experiencias que cada profesional le ofrece. Por lo anterior se plantea la necesidad de buscar una mejor relación también entre los profesionales de la salud que atienden al paciente con dolor crónico, la cual tenga la finalidad de conocer los diferentes puntos de vista acerca del caso de cada paciente y, con base en dicha información, plantear el mejor tratamiento disponible.

Tomando en cuenta los ejemplos anteriores podemos afirmar que, por medio de la comunicación efectiva se puede fomentar la sensación de control del paciente sobre el problema y promover la autoeficacia. En este contexto es esencial explorar las percepciones de los pacientes sobre sus problemas, las barreras percibidas y cómo pueden enfrentarlos. De acuerdo con Klaber y Richardson [1997:94-95] esto es especialmente importante cuando el manejo de un problema depende de la adhesión a largo plazo a un programa que, de alguna manera, impacta en el estilo de vida de esa persona. Adicionalmente, la comunicación efectiva ayuda a que el fisioterapeuta evite reforzar involuntariamente el comportamiento del dolor y preste demasiada atención explicándole a los pacientes que el dolor no es equiparable con el daño. Los fisioterapeutas deben transmitir al paciente los efectos nocivos de evitar la actividad física y se deben alentar estrategias de afrontamiento positivas.

Otras estrategias de comunicación efectiva incluyen utilizar un lenguaje sencillo para explicar lo que está sucediendo con el fin de ofrecer a los pacientes múltiples oportunidades para hacer preguntas y no confundir el silencio con la comprensión o el acuerdo. Por lo anterior es imprescindible pedir a los pacientes que resuman lo que han hecho o discutido en sus propias palabras, es decir, confirmar su comprensión. Pero escuchar es solo la mitad de la comunicación. El terapeuta debe preguntar sobre las preocupaciones y sentimientos del paciente, parafraseando lo que escucharon y mostrando empatía e interés por lo que el paciente expresa. La comunicación, nos dice el College of Physiotherapists of Ontario [2020], es una gran herramienta para conocer los aspectos culturales del paciente, a fin de comprender que todos tienen una mezcla

única de experiencias y circunstancias. Dichas influencias culturales pueden dar forma a las interpretaciones y expectativas del paciente en cuanto a su tratamiento, dicho conocimiento de estos aspectos puede adaptar mejor la atención que el terapeuta físico le ofrece a los pacientes.

Finalmente, como cualquier habilidad clínica, la comunicación efectiva se puede aprender y perfeccionar tomando en cuenta la conexión que existe entre la comunicación y los resultados positivos en la mejora del paciente. Se trata de una habilidad que debería desarrollarse y fomentarse en todos los lugares donde el fisioterapeuta se encuentra envuelto. Como fisioterapeuta, no solo se brinda atención, sino que esta también se debe demostrar porque ambas prácticas tienen un efecto en el bienestar del paciente. Por tanto, podríamos afirmar con Jain y Roberts [2009:305] que la comunicación explícita con los pacientes sobre los límites profesionales en la relación terapéutica es un elemento del consentimiento informado para el tratamiento.

#### 4.2.2. Contacto físico entre el fisioterapeuta y el paciente con dolor crónico

En fisioterapia el tacto es mucho más que una sensación cutánea. Abre el camino para una coexistencia confiable y respetuosa entre el terapeuta y el paciente. En una metáfora muy acertada, Schrøder & Marit [2016:10] dicen que el tacto, aunado al movimiento, hace que los participantes de la fisioterapia, paciente y profesional entren en un proceso de baile en cuyo ritmo silencioso y relajado hay posibilidades de curación.

Los fisioterapeutas a menudo usan el tacto durante la evaluación y el tratamiento como una herramienta para poder dar un diagnóstico. Las sesiones de tratamiento de fisioterapia pueden durar más y, como se ha mencionado antes, ocurrir con mayor frecuencia durante un período de tratamiento particular (por ejemplo, número de sesiones por semana) en comparación con las visitas al médico. Además, los fisioterapeutas pueden tener más probabilidades de establecer relaciones consistentes con sus pacientes (es decir, el mismo terapeuta ve al paciente) en el transcurso de un período de tratamiento. Por ejemplo, esto no es posible con las enfermeras que trabajan en un hospital. Ahí, los cambios de turno requieren que un paciente trabaje con más de una enfermera y en estados distintos de su tratamiento. Miciak et al. [2018:2] han hecho énfasis en que estos factores podrían determinar la forma en que los fisioterapeutas abordan las interacciones con los pacientes y crean un entorno que brinde la oportunidad de desarrollar la relación terapéutica como un componente central de la interacción clínica.

Ahora bien, el contacto físico respetuoso con los pacientes requiere reconocer que el simple contacto físico es específico del contexto (por ejemplo, el consentimiento para el tratamiento no necesariamente incluye el consentimiento para el contacto físico), por lo que se debe explicar la razón y la naturaleza de este y solicitar el consentimiento antes de tocar a un paciente. Otro punto clave es verificar regularmente con el paciente, durante todo el tratamiento, para asegurarse de que comprende y continúa dando su

consentimiento. Así mismo se debe reconocer en todo momento que el paciente tiene derecho a cambiar de opinión sobre el consentimiento para el tratamiento, incluido el contacto físico.

Otra estrategia para que el contacto físico sea respetuoso es el uso de guantes y barreras físicas (por ejemplo, almohadas o cortinas) para evitar el contacto con otras partes del cuerpo. Esto tiene la ventaja de que reduce el riesgo de infecciones y reduce la intimidad: se deben cubrir las zonas del cuerpo que no requieren ser descubiertas para respetar la dignidad del paciente en todo momento.

Por último, es indispensable conocer la forma en la que la cultura y la experiencia pasada pueden afectar la actitud del paciente sobre el contacto físico, es por esto que el terapeuta físico debe tener una charla previa a cualquier tipo de contacto con la finalidad de conocer las expectativas del paciente y explicar la forma en la que el contacto físico se llevará a cabo.

#### 4.2.3. Confianza entre el fisioterapeuta y el paciente con dolor crónico

La naturaleza subjetiva del dolor como problema de presentación puede interferir con la concesión automática de confianza del paciente, que de otro modo es habitual, afectando las decisiones de tratamiento. A propósito de esto, Victor y Richeimer [2005:385] han notado que la confiabilidad se refiere a la capacidad de los profesionales de la salud de confiar en que el paciente tenga el motivo adecuado para buscar atención, la precisión del testimonio del paciente sobre sus síntomas y la responsabilidad que el paciente demuestra con respecto al tratamiento. Así, en el paciente la confianza supone que el individuo está consultando al fisioterapeuta para obtener ayuda para una enfermedad o lesión, para reducir el dolor y aumentar la función.

Sin embargo, los problemas de confianza subyacen en muchos de los dilemas del tratamiento en la atención de pacientes con dolor crónico [Victor & Richeimer, 2005:391], por lo que el terapeuta físico debe reconceptualizar y enfocar el proceso de evaluación hacia la anulación de la estigmatización e invalidación de las personas con dolor crónico, especialmente cuando este no tiene explicación médica [Ferreira, 2018].

Una táctica utilizada comúnmente en la terapia física es la implementación de una sesión informativa previa a la realización de las sesiones terapéuticas con el objetivo de dar a conocer al paciente toda la información acerca del terapeuta que lo atenderá, del tratamiento que se va a utilizar y de los objetivos de tratamiento a corto, mediano y largo plazo. En dicha sesión el terapeuta debe dar apertura a que el paciente exprese todas sus dudas y resuelva inquietudes, expectativas y motivaciones con la finalidad de generar en él una sensación de empatía [Beneciuk, et al., 2017:65].

Ahora, si bien en el contexto de la atención pública de terapia física en México es poco probable que el fisioterapeuta cuente con una sesión informativa previa al tratamiento para cada paciente, es importante que por lo menos se tome unos minutos de la primera

sesión para expresar de manera bidireccional los objetivos del tratamiento, el pronóstico y la forma en la que la terapia física se llevará a cabo. Estos minutos utilizados en crear un lazo de confianza entre el terapeuta físico y el paciente son una inversión a largo plazo que genera una mejor percepción de mejoría en el paciente y en la calidad de la atención brindada.

#### 4.2.4. Compromiso entre el fisioterapeuta y el paciente con dolor crónico

El compromiso se relaciona con que el profesional de la salud esté genuinamente presente y sintonizado con quienes están a su cuidado, se espera que los clínicos se acerquen a sus pacientes y los apoyen en su sufrimiento, aliviando su dolor tanto como sea posible [Austin, 2006:139.140].

En un estudio realizado por Miciak [et al., 2018:8] se desarrollan condiciones del compromiso, las cuales funcionan en conjunto para formar un ambiente terapéutico seguro para que se manifieste la relación terapéutica. En dicha investigación se argumenta que la base del compromiso en fisioterapia es “estar presente”, esto se entiende dentro de la relación entre terapeuta físico y paciente con dolor crónico con prestar atención, observar y escuchar al paciente en todo momento, desde que entra al espacio físico donde se lleva a cabo la terapia hasta que sale de ahí. La siguiente condición es “ser receptivo”, específicamente para el tratamiento del paciente con dolor crónico este punto resulta importante, ya que proporciona la estructura que permite recopilar la información pertinente tanto para el proceso de examinación, en el cual los datos subjetivos del paciente se deben tomar en cuenta, así como para plantear el plan de tratamiento, con el objetivo de que los objetivos del paciente se tomen en cuenta y, en el mejor de los casos, se logren.

Es importante tomar en cuenta que el grado en que se establece cualquiera de las condiciones depende de la singularidad y las circunstancias de los pacientes, por lo que se requiere que el terapeuta físico individualice el cuidado, sobre todo porque el compromiso entendido mediante estas categorías tiene la intención dinámica de compromiso que tanto el fisioterapeuta como el paciente aportan a la relación [Miciak, et al., 2018:8].

Así, el compromiso, entendido como un factor compartido entre el paciente con dolor crónico y el terapeuta físico, el compromiso puede traer desafíos, los cuales son inherentes a dicha relación. Ejemplos de dichos desafíos para el terapeuta físico son la incapacidad del fisioterapeuta para descifrar las necesidades del paciente y de su situación de dolor, que el paciente no sienta que el paciente está interesado en su sufrimiento, que no se tomen en cuenta las opiniones de familiares del paciente, o que el tratamiento no se individualice, se acople a los gustos, creencias y capacidades del paciente, y que se desarrolle de acuerdo a los avances obtenidos.

Por parte del paciente los desafíos que se pueden plantear al comprometerse con el tratamiento fisioterapéutico radican en la falta de atención cuando el terapeuta físico explica el plan de tratamiento, la falta de veracidad de la información otorgada al terapeuta, así como no llevar a cabo el tratamiento que se plantea para la implementación en el hogar.

La investigación de Miciak [et al., 2018:2] también expone que en la relación terapéutica el compromiso es un atributo que alienta a los pacientes a participar en la rehabilitación. En consecuencia, la adhesión a un programa a largo plazo es más difícil de lograr y depende menos de la contribución continua del terapeuta y más de la autorregulación del individuo. Depende de un cambio en la relación fisioterapeuta-paciente de la orientación y la cooperación a una relación de participación mutua. Como es evidente, se hace necesario explorar todas las percepciones, actitudes y creencias del paciente sobre su problema para determinar que el programa a largo plazo no está en conflicto con ninguno de estas. Además, el terapeuta debe proporcionar al paciente una comprensión de los principios detrás de la intervención para que el paciente pueda adaptar la actividad a las necesidades particulares que pueden cambiar con el tiempo, como apuntan Klaber y Richardson [1997:92].

En un estudio realizado por Delany et al. [2010:1071] se presenta un modelo llamado “compromiso activo”, el cual plantea un enfoque para la comprensión y práctica ética basado en los temas de conexión y agencia en la práctica del fisioterapeuta. El modelo tiene tres componentes prácticos: escuchar activamente, pensar reflexivamente y razonar críticamente. Estos 3 componentes se han descrito como estrategias y pasos para recopilar información y perspectivas, identificar problemas éticos y generar respuestas prácticas apropiadas que se centren en las habilidades, actitudes y acciones subyacentes que se requieren para conectarse con personas, incluyendo sus sistemas, valores y estructuras para llegar al escenario final donde se pueda construir un sentido de agencia moral y propósito dentro de los fisioterapeutas.

Este modelo es un ejemplo de cómo el desarrollo del compromiso mutuo requiere de acciones cotidianas que el terapeuta tiene que realizar en su práctica profesional. Estas acciones se basan en la comunicación efectiva con el paciente, así como procesos de reflexión y pensamiento propios del terapeuta. Pero el compromiso debe ir más allá, le debe dar al paciente la posibilidad de comprometerse con su tratamiento y la posibilidad de mejora ante su situación. Para ello es necesario que el terapeuta indique en todo momento la importancia de que el tratamiento activo se lleve a cabo de manera integral en la vida del paciente. De esta manera dicho paciente será consciente de la importancia del ejercicio terapéutico con el objetivo de mejorar tanto su sintomatología como su calidad de vida.

#### 4.3. Beneficencia y No Maleficencia en la Atención del Paciente con Dolor Crónico

En este apartado se busca reflexionar acerca del principio de beneficencia y no maleficencia en la relación entre el fisioterapeuta y el paciente con dolor crónico, con el objetivo de incluir estas premisas en el marco ético que se plantea en este trabajo para la atención fisioterapéutica del paciente con dolor crónico, ya que, como se plantea dentro de la bioética médica, estos principios han sido referente desde el inicio de la medicina.

El principio de beneficencia se concibe como aquella obligación moral de actuar en beneficio de otros. Este principio considera que la relación profesional entre el terapeuta y el paciente debe estar guiada por las concepciones particulares de bienestar y calidad de vida [Torres, 2007: 15].

Cuando la beneficencia se aplica al manejo del dolor, afirma Denny & Guido [2012:805], el papel del fisioterapeuta se vuelve aún más evidente, ya que el enfoque multidisciplinario de la terapia física es consistente con la atención centrada en el paciente que requiere educación para los pacientes y sus familiares con la finalidad de corregir cualquier concepto erróneo del dolor y explicar los métodos farmacológicos y no farmacológicos de manejo del dolor.

El principio de beneficencia insiste en que debemos emprender acciones positivas para ayudar a los demás, sin embargo, el principio de beneficencia puede entrar en conflicto con la autonomía, ya que un paciente puede rechazar la intervención de terapia física que un terapeuta considera necesaria [Atwal & Caldwell, 2003: 245]. Es en estos casos donde el razonamiento ético entra en juego, ya que el terapeuta físico, como parte de la aplicación del principio de beneficencia, debe explicar al paciente los beneficios de la terapia, adecuar el tratamiento al contexto específico del paciente y conocer las razones por las cuales el paciente se niega a llevar a cabo la terapia con el objetivo de conciliar en la medida de lo posible estas situaciones. Si el paciente, después de este proceso de acuerdo se sigue negando a la terapia es también deber del terapeuta físico respetar la decisión autónoma del paciente.

Por las razones expuestas anteriormente es que la beneficencia en la relación terapéutica se considera una cuestión ética fundamental para tener en cuenta para respetar a los pacientes que ingresan a las prácticas. La conciencia sobre la identidad tanto personal como profesional se entiende como un requisito previo para ser benéfico con el paciente [Praestegaard & Gard, 2015:2].

El principio de beneficencia nos exige, ante todo, buscar el bien para el paciente. Permitir que el paciente sufra procesos dolorosos, sin poner los medios necesarios para evitarlo, vulnera abiertamente ese principio. Además, y dado que el dolor en sí produce, como hemos visto, su propia morbilidad, el tratarlo adecuadamente evita el sufrimiento, mejora el pronóstico del paciente y facilita su recuperación [Soler, et al., 2014:61-62].

El terapeuta físico practica la beneficencia desde el momento en que se autosupera para mantener la competencia y desempeño profesional que le permitirá brindar una atención



de calidad y establecer diagnósticos correctos a partir de la identificación clara y precisa de las respuestas del paciente sobre su problema de dolor [Noa & Vila, 2018:6].

Este principio de beneficencia busca también que los profesionales de la salud se responsabilicen de tomar medidas positivas para ayudar a los demás y no solo para evitar actos dañinos, además, Sullivan [2000:274] afirma que, dado que el dolor es tanto física como psicológicamente dañino, prevenir o aliviar ese dolor no es simplemente una cuestión de hacer el bien (beneficencia) sino también de prevenir el daño (no maleficencia).

El principio de no maleficencia implica abstenerse intencionadamente de realizar acciones que puedan causar daño. Beauchamp y Childress dirigen el análisis principalmente a los actos que buscan, causan o permiten la muerte o exponen al riesgo de muerte. Otro aspecto que se contempla y se debate de este principio es la diferenciación entre tratamiento ordinario y extraordinario. En estos casos se distinguen los tratamientos optativos de los obligatorios, en función de sus riesgos y beneficios, así como de las concepciones que tienen las personas sobre la calidad de vida y la funcionalidad [Torres, 2007: 15].

Así, los profesionales de la salud tienen la obligación de no causar daño a los pacientes de forma intencionada o descuidada. *Primum non nocere*. Primero, no hacer daño, es una de las máximas de la ética biomédica citadas con mayor frecuencia. Generalmente, estas obligaciones de evitar daños son más estrictas que las obligaciones de hacer el bien. Los daños pueden incluir cualquier daño a una persona, propiedad o reputación; pero, dentro de la atención fisioterapéutica se toman en cuenta daños físicos que incluyen dolor, discapacidad y dependencia. Este deber prohíbe infligir daños, así como imponer riesgos de daño injustificados [Sullivan, 2000:276]. En el caso del paciente con dolor crónico, la obligación de los profesionales de la salud radica en primer momento, disminuir el dolor, además de no llevar a cabo intervenciones que incrementen dicho dolor, así como ayudar y educar al paciente a que controle su dolor mediante el uso de terapia farmacológica y agentes físicos.

El principio de no maleficencia también busca minimizar los riesgos de una intervención. Hay situaciones en las que no es posible evitar un malestar al paciente, como es el caso de pruebas diagnósticas y mediciones, así como técnicas terapéuticas como estiramientos y ejercicio. En estos casos, el no poner todos los medios necesarios para evitar o aminorar, en lo posible, el dolor producido por y, por lo tanto, sufrimiento, es producir un daño que se puede evitar y, en consecuencia, hacer el mal. La ignorancia nunca puede ser una excusa o defensa. La falta de una adecuada formación, acorde con el trabajo que se realiza, y el estado de los conocimientos en cada momento, conduce directamente hacia una mala praxis. Todos los profesionales que se dedican al cuidado de los pacientes tienen la responsabilidad de estar calificados adecuadamente. En aquellos casos en que esto no fuera posible, tenemos la responsabilidad y el deber ético de consultar a aquellos que están formados para un adecuado manejo del dolor. El principio de no maleficencia nos obliga a sopesar el riesgo-beneficio de cada intervención

terapéutica, y conocer los efectos secundarios de las técnicas utilizadas con el objetivo de elegir aquellas en función de su perfil terapéutico y de la situación y características del paciente [Soler, et al., 2014:61-62].

Aunque el principio de beneficencia está íntimamente relacionado con el de no maleficencia, existen diferencias significativas entre estos dos, una manera de diferenciarlos es reconociendo que el primero tiene obligaciones positivas para obrar en beneficio de los demás, mientras que el segundo tiene obligaciones negativas, que prohíben causar daño. Los beneficios no se dan aisladamente, la vida moral reconoce que toda acción benéfica, tiene costos y riesgos que, en el ámbito clínico, se identifican como riesgos y contraindicaciones, que se esperan ponderar en una toma de decisiones responsable [Torres, 2007: 15].

Beauchamp y Childress [1999:170] concuerdan con esta postura, ellos exponen que la no maleficencia típicamente son prohibiciones negativas de acción, deben ser obedecidas de manera imparcial por todas las personas, y proporcionan razones para prohibiciones legales de cierta conducta. La beneficencia, por el contrario, presenta requisitos positivos de acción, no necesitan ser obedecidas de manera imparcial y rara vez proporcionan razones para el castigo legal. El deber de no dañar generalmente prohíbe acciones, mientras que el deber de ayudar prescribe ciertas acciones para ciertas personas. El deber de no maleficencia es más universal que el deber de beneficencia, ya que, en el caso, por ejemplo, del paciente con dolor crónico, es posible actuar de manera no maleficente ya que los profesionales de la salud pueden evitar dañar al paciente y causarle más daño, mientras que los actos benéficos requieren de una mayor cantidad de acciones que no siempre son posibles realizar, ya que están más allá de la responsabilidad del clínico.

Un ejemplo de estos principios en el paciente con dolor crónico incluye: no realizar técnicas de terapia manual o estiramientos musculares que pueden ser molestas para el paciente cuando éste se encuentra en crisis dolorosas, así como aplicar agentes físicos con fines analgésicos y, si estos no dan el resultado deseado, buscar que el paciente lleve a cabo tratamientos de tipo farmacológico e intervencionista para controlar el dolor. En este último ejemplo queda claro que el principio de beneficencia es más complicado de alcanzar ya que las interconsultas, el material y la disponibilidad de los demás servicios médicos no dependen del fisioterapeuta, por lo que, en la medida de lo posible, el terapeuta físico debe buscar en primera instancia no dañar al paciente con dolor crónico y, tomando en cuenta las posibilidades de tratamiento y atención, el fisioterapeuta debe buscar beneficiar al paciente con dolor crónico, tomando en cuenta sus necesidades específicas y las decisiones del paciente acerca de su tratamiento.

Como hemos visto, el mal manejo del dolor puede tener diferentes razones, pero una de ellas es, sin duda, la falta de aplicación de los principios de beneficencia y no maleficencia en el tratamiento del paciente con dolor crónico por parte de los profesionales de la salud que atienden a este tipo de pacientes, por lo que una mayor conciencia de estos principios, de un buen manejo del dolor tanto en los entornos de atención médica como

en la educación profesional es el primer paso hacia el cambio para erradicar el manejo inadecuado del dolor [Denny & Guido, 2012:803].

#### 4.4. Responsabilidad en la relación fisioterapeuta-paciente con dolor crónico

La responsabilidad contemporánea busca responder por lo que se hace, pero también por lo que no se hace, e inclusive por cómo hacerse responsable de los daños provocados. Se considera que la ética de la responsabilidad es de tipo intermedio, es decir, une la ponderación de los valores con la visión de las consecuencias de las acciones. Gracia [2004] dice que al aplicar esta ética se busca que el agente actúe y responda ante las necesidades percibidas, pero que también sea capaz de entender en qué punto es necesario detenerse y tomar en cuenta tanto convicciones propias como los resultados de sus actos. En consecuencia, se busca la acción individual dotada de sentido.

Clásicamente, la responsabilidad estaba ligada a la culpabilidad y a la agencia causal de las consecuencias imputables, de modo que era responsable aquel de quien se podía demostrar que su acción era la causa de un daño. Sin embargo, en la actualidad, el planteamiento es muy diferente: el otro humano es promovido al objeto de preocupación en la medida de la fragilidad y la vulnerabilidad, Feito [2007: 17] dentro de este contexto, afirma que todos somos responsables de los otros humanos, aunque no seamos culpables. Lo anterior supone una forma de cuidado también por el lejano, por el “extraño moral”, con quien no me unen vínculos más allá de la mera constatación de nuestra misma condición humana.

Lo anterior significa que se abre camino una ética de la solicitud, surgida precisamente ante la experiencia de la fragilidad. Como expone M. Nussbaum [citado en Feito, 2007:17], ver a alguien como víctima nos enseña algo sobre la vida: que las personas pueden sufrir daño sin que podamos evitarlo, a pesar de nuestros esfuerzos, lo cual nos mueve a prestar ayuda. Y también que no somos diferentes de la víctima, que también somos vulnerables y podríamos sufrir el mismo daño, lo cual nos hace pensar en qué desearíamos si nos encontráramos en la misma situación.

Tomar como eje conceptual a la responsabilidad, tal como se utiliza en este contexto, se refiere a la demostración de adhesión del paciente al plan de tratamiento, los esfuerzos de participación en todos los aspectos del tratamiento y la comunicación adecuada y oportuna con el fisioterapeuta y el personal de tratamiento cuando surgen problemas. El enfoque en la responsabilidad, dicen Victor y Richeimer [2005:386], asume una obligación por parte de los proveedores de tratamiento de educar, apoyar, respetar e interactuar con el paciente de manera continua. La responsabilidad mutua entre el terapeuta físico y el paciente, por tanto, puede caracterizarse como una consecuencia que se gana en el proceso de tratamiento en sí.

Si bien es necesario un marco deontológico con el cual el tratamiento del paciente con dolor crónico se reconoce como un imperativo ético, la aplicación sistemática y no reflexiva de este tipo de guías prácticas o informes no alcanzan a cubrir la dimensión total de los dilemas que pueden surgir en la atención del paciente con dolor crónico. Además, el cuidado en las profesiones de salud se reconoce no como cumplimiento electivo de una regla externa, sino como responsabilidad moral ineludible e inevitable. Por todo lo anterior es importante retomar la riqueza en el discurso bioético con la finalidad de sustentar el quehacer del fisioterapeuta en el equipo multidisciplinario de cuidados en el paciente con dolor crónico [Florencia & Quadrelli, 2010:13-20].

Así, la ética de la responsabilidad es entendida en este proyecto como el eje rector de la relación fisioterapeuta-paciente con dolor crónico, el cual, como hemos mencionado anteriormente, debe ser compartida, es decir, debe existir una responsabilidad por parte del fisioterapeuta hacia el paciente, pero también del paciente hacia su propio tratamiento.

#### 4.4.1. Responsabilidad del fisioterapeuta

El principio de responsabilidad adquiere un carácter aplicativo en temas como la ética profesional, ya que a la profesión le es inherente el tipo de responsabilidad tanto primaria o ética, que consiste en dar cuenta de los actos ante sí mismo, así como secundaria o jurídica, que consiste en el hecho de que los demás puedan pedir cuentas de la acción realizada. Pero dichas profesiones de la salud tienen en sus manos objetos tan importantes como la vida misma que la sanción jurídica o a posteriori nunca será suficiente para resarcir los daños, por lo que es preciso establecer criterios previos o de responsabilidad moral que eviten en lo posible los actos negligentes o irresponsables [Gracia, 2004].

Por lo mencionado arriba, se debe recobrar la esencia ética y humanística de la medicina. Esto implica un esfuerzo cotidiano en el ejercicio profesional que esté destinado a acortar la distancia entre los ideales éticos y las realidades. Ergo, es así como el profesional de salud está éticamente obligado a ver a su paciente como persona, con su plena humanidad, su dignidad y su integridad. Su objetivo es tener la capacidad de respetar al paciente, de comprenderlo e incluso de sentir compasión por él, teniendo siempre en mente que existe una situación de asimetría, ya que el paciente tiene una dependencia ante el profesional de salud por lo que necesita de protección, apoyo y ayuda efectiva [González, 2000: 253].

Según Jain & Roberts [2009:312], los terapeutas físicos deben buscar el bienestar de sus pacientes por encima de todos los demás intereses o compromisos. Los terapeutas deben estar atentos a las obligaciones profesionales, con el objetivo de aumentar su competencia ética, es decir, la evaluación constante de sus propias actitudes y comportamientos, las habilidades para entablar un diálogo efectivo con el paciente, teniendo siempre una comprensión de los códigos de conducta profesionales, pero

también tomar en cuenta los aspectos externos del paciente para individualizar el tratamiento y responder a las necesidades propias del paciente.

Específicamente en el paciente con dolor crónico, esta ética de la responsabilidad va encaminada a que el terapeuta físico por un lado responda a la situación de vulnerabilidad del paciente, tomando en cuenta el contexto e individualizando el tratamiento y buscando también una atención integral, del mismo modo el fisioterapeuta también es responsable de respetar las decisiones en cuanto a las intervenciones que el paciente y sus familiares tomen, de ahí que dicha ética de la responsabilidad se vuelva el eje conductor entre los dos principios aplicados en este proyecto que son el principio de protección a la vulnerabilidad y respeto de la autonomía, pero incluyendo también en la praxis las habilidades de razonamiento ético con la finalidad de reflexionar acerca de la atención más adecuada para cada paciente en específico.

#### 4.4.2. Responsabilidad del paciente con dolor crónico

La ética de la responsabilidad planteada también supone la respuesta que el paciente tiene con el tratamiento acordado con el terapeuta físico, es así como se retoman el autocontrol y autocuidado como parte fundamental de la responsabilidad del paciente con dolor crónico hacia su propio tratamiento y, por lo tanto, hacia su mejora en la calidad de vida y la independencia.

El autocontrol se produce en un contexto social en el que la responsabilidad de la salud pasa de los profesionales de la salud al individuo, el cual se espera que sea un consumidor activo de atención médica. El autocuidado surge como el medio principal por el cual los pacientes pueden manejar su dolor, así como para hacer frente a las pérdidas funcionales y de dependencia. También se puede recurrir al cuidado personal cuando se han alcanzado los límites de las opciones de tratamiento clínico disponible [Hurd & Bennett, 2012:211]. De esta manera, el autocuidado permite a los pacientes replantear sus cuerpos crónicamente enfermos como cuerpos morales y socialmente valorados.

Aunque los profesionales de la salud desempeñan un papel fundamental en el tratamiento del dolor crónico, Hurd & Bennett [2012:212] aseguran que la mayor parte de la carga del manejo de esta sintomatología crónica recae sobre los pacientes y sus familias, ya que requiere que las personas controlen su dolor, mediante la adhesión al tratamiento, así como que puedan enfrentar adecuadamente las limitaciones físicas y las consecuencias emocionales de la enfermedad. Específicamente en el caso de la terapia física se pide también al paciente cierta disciplina con el objetivo de integrar el ejercicio a su vida cotidiana, así como realizar otras modificaciones del estilo de vida. Por último, se espera también que los pacientes estén en una búsqueda constante de asesoramiento por parte del grupo interdisciplinario de salud y, si se requiere, se sometan a intervenciones o tratamientos complementarios con el objetivo de mejorar la funcionalidad y la calidad de vida.

El autocuidado se define como las actividades que los pacientes, las familias y la sociedad realizan con la intención de mejorar la salud, prevenir enfermedades, limitarlas y restaurar la funcionalidad. Por lo que el autocuidado se presenta tanto de manera reactiva, mediante el manejo de los síntomas asociados con las condiciones de salud existentes, como proactivo, es decir, enfocado en la prevención de enfermedades a través de estilos de vida saludables. En el caso del paciente con dolor crónico, las actividades de autocuidado se dirigen principalmente a disminuir y controlar el dolor, así como prevenir secuelas en la funcionalidad y, por ende, en la independencia y la calidad de vida. Las actividades preventivas en los pacientes con dolor crónico incluyen la precaución al llevar a cabo sus actividades de la vida diaria con el objetivo de iniciar con procesos dolorosos y minimizar la posibilidad de secuelas permanentes.

Según Berman, et al. [2009:75], las estrategias de autocuidado en el paciente con dolor crónico buscan manejar el estrés, facilitar conductas de afrontamiento positivas o reducir la ansiedad, se ha demostrado que dichas intervenciones pueden ser especialmente efectivas para mediar los componentes psicológicos y sociales del manejo del dolor. Además, estas terapias han demostrado beneficios como la reducción en la frecuencia, la intensidad y la duración del dolor crónico, así como la depresión y la ansiedad que suelen acompañar a este tipo de dolor. Así, el autocuidado desarrolla en el paciente la capacidad para controlar su sintomatología, afrontarlo de mejor manera y, por ende, mejorar la calidad de vida.

El desarrollo del autocuidado en el paciente con dolor crónico exige, según Arman y Hök [2016:379], una visión que va más allá de los actos de asesoramiento, información o educación. El paciente que padece dolor crónico busca en última instancia cuidar su propia salud, pero necesitan encontrar formas de hacerlo con la ayuda de un entorno y una comunidad solidarios y comprensivos. De ahí la importancia de entender la responsabilidad como un principio compartido entre los profesionales de la salud, el paciente, su familia y su entorno.

Según Hurd y Bennett [2012:218] las estrategias de salud más comúnmente empleadas por los pacientes que padecen dolor crónico son el uso de tratamiento farmacológico, cambios en la dieta, implementación de ejercicio terapéutico y apoyo social. Los autores mencionan que además de utilizar el autocuidado para tratar un amplio espectro de síntomas físicos y pérdidas funcionales, muchos de los pacientes se involucran en el autocuidado reactivo porque alcanzan los límites de las opciones de tratamiento disponibles para su padecimiento. Así, el autocuidado en la vida del paciente con dolor crónico fomenta la creación de un yo independiente para controlar y minimizar los efectos de su padecimiento en su calidad de vida y funcionalidad.

#### 4.4. Discusión

La enseñanza científica debe ampliar su círculo de consideración ética y, antes de iniciar una práctica científica, realizar los análisis de riesgo pertinentes y justificar plenamente

desde la ciencia y la bioética la aplicación de las técnicas terapéuticas. Es imperioso que las instituciones de este ámbito promuevan la adquisición de competencias profesionales por parte de todo el personal sin dejar de lado una educación bioética con contenidos actualizados constantemente. En consonancia con Cancino [2016:8], en el caso particular de la adquisición de conocimiento, resulta deseable la inclusión simultánea de valores, así como conocer el perfil profesional propio de la profesión, límites de su atención y razonamiento ético.

En conclusión, la fisioterapia ha ampliado sus roles en la atención al paciente y ha aumentado su autonomía en la toma de decisiones clínicas. A medida que esta profesión ha ampliado su alcance de responsabilidad, la necesidad de abordar el desarrollo moral y la educación ética de estos profesionales se ha vuelto más crítica.

En 1976, el Informe del Centro Hastings de las Comisiones sobre la enseñanza de la bioética declaró que los futuros profesionales de la salud deben recibir preparación en ética debido a la mayor responsabilidad moral y legal que se les impondrá en las decisiones de atención al paciente [Dieruf, 2004:24]. Por lo anterior es imprescindible que dentro de la educación de pregrado de los terapeutas físicos se integren conocimientos como la bioética de manera transversal en los planes de estudio, esto con la finalidad de reconocer la ética profesional de la profesión y delimitar así su práctica terapéutica.

A esta reflexión de la relación entre el paciente con dolor crónico y el fisioterapeuta se incluyen también los principios de beneficencia y no maleficencia, esto con el objetivo de incluir en el marco ético de la atención del paciente con dolor crónico los dos principios fundamentales de la ética médica, pues, como comentan Denny & Guido, [2012:803] la falta de aplicación de estos principios puede ser una de las razones de su mal manejo.

Es así como se incluyen el principio de beneficencia y el de no maleficencia, los cuales tienen diferencias significativas, pues el primero tiene obligaciones positivas para obrar en beneficio de los demás, mientras que el segundo tiene obligaciones negativas, que prohíben causar daño [Torres, 2007: 15]. Entonces, dentro del tratamiento del paciente con dolor crónico se espera que el fisioterapeuta, en primera instancia, no realice técnicas tanto diagnósticas como terapéuticas cuyo beneficio sea menor que el riesgo o que cause dolor o malestar con dichas intervenciones sin que exista un provecho en el paciente, pero, sobre todo, que a pesar de los beneficios de la terapia se beneficie también el derecho del paciente a la toma de decisiones en cuanto a su tratamiento.

Dentro de los puntos clave que se deben tomar en cuenta dentro de la relación fisioterapeuta-paciente con dolor crónico abordados a lo largo de este capítulo se encuentran en la cima la comunicación, el contacto físico, el compromiso y la confianza. Al desarrollar cada uno de los puntos anteriores, se concluye que la buena comunicación, el respeto al tener contacto físico entre el paciente y el terapeuta, buscar una relación de confianza y un compromiso mutuo, dan como resultado una buena alianza terapéutica, la cual es uno de los objetivos de la atención en fisioterapia.

Como reflexión final habría que recordar nuestra condición de agentes morales que reclaman respeto, el cual se basa en ciertas garantías de protección, sin las que estaríamos perdidos, de ahí que la fragilidad exija la responsabilidad, por lo anterior, la solicitud ante la vulnerabilidad es un modo de responsabilidad. Así, la *responsabilidad* se vuelve el marco ético que rige la relación fisioterapeuta-paciente con dolor crónico.

La ética de la responsabilidad tiene en esta reflexión dos sentidos, en primer lugar tenemos la responsabilidad del fisioterapeuta ante la atención al padecer del dolor crónico, la cual busca responder a las necesidades percibidas por el paciente mediante la ayuda, aplicando las técnicas terapéuticas necesarias; la educación al paciente y familiares acerca del dolor crónico y los cambios en el estilo de vida pertinentes para disminuir la sintomatología; así como el respeto ante la vulnerabilidad, la corporalidad y la autonomía del paciente. En segundo lugar, tenemos la responsabilidad del paciente ante su propio tratamiento, el cual busca que el individuo consiga una adherencia al tratamiento, así como que, gracias a la educación proporcionada por el terapeuta físico, inicie con actividades de autocuidado que mejoren el dolor crónico y, al mismo tiempo, que además busquen prevenir secuelas a largo plazo que afecten la funcionalidad y calidad de vida del paciente.



## CAPÍTULO V: Discusión y Recomendaciones

Este último capítulo tiene como objetivo debatir las posturas expuestas en los capítulos anteriores y, con base en dichos argumentos, sugerir nuevas formas de entender la fisioterapia como profesión de la salud. Al mismo tiempo, se intenta mirar al paciente con dolor crónico de manera más integral tomando en cuenta dimensiones bioéticas, sociales y culturales. Por ende, se hace necesario un análisis profundo sobre el tipo de relación que se gesta entre los dos actores implicados con la finalidad de descubrir otras maneras de relacionarnos al tiempo de proteger y respetar su padecer y sus decisiones en el ámbito del cuidado de la salud.

La principal razón de conocer las implicaciones bioéticas dentro del tratamiento del paciente con dolor crónico es que este se puede asociar, como afirman Berryman [et al. 2017:388] con un deterioro de la calidad de vida, aislamiento social, pérdida de la capacidad laboral, deterioro cognitivo, alteración del estado de ánimo y depresión. Por ello el acceso temprano a la atención es fundamental, sin embargo, la administración de un manejo óptimo del dolor en el momento adecuado depende de la capacidad del sistema para administrarlo y de la calidad de la atención en sí.

Tomando lo anterior en cuenta se puede afirmar que los sistemas actuales de prestación de atención del dolor en México, específicamente, se están quedando atrás de las necesidades sociales y proporcionan un acceso fragmentado e inconsistente. Esto se puede constatar con las pocas investigaciones realizadas acerca de la prevalencia y calidad de la atención del dolor crónico en nuestro país, como por ejemplo la realizada por Covarrubias-Gómez [et al. 2010:210] quienes afirman que, según cifras del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), por lo menos el 5% de los individuos que acudieron a los centros de medicina familiar presentaron una enfermedad dolorosa crónica. Sin embargo, organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Internacional de Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés) afirman que entre el 10% y el 25% de la población mundial sufre dolor crónico [Goldberg & McGee, 2011:4]. Se observa, por tanto, que en México se desconocen las cifras reales de los pacientes con dolor crónico, así como las implicaciones no solo físicas y psicológicas, sino sociales y culturales que este síntoma trae a la vida de los pacientes.

El hecho de que el dolor sea considerado el quinto signo vital, según lo propuesto por la American Pain Society [Campbell, 1996:88], invita, de acuerdo con Berryman [et al. 2017:388] a la consideración obligatoria del dolor en todas las interacciones clínicas. Esta invitación (elevar el dolor al nivel de información esencial) nació de la preocupación por el tratamiento insuficiente del dolor. La iniciativa busca alentar a los profesionales de la salud a escuchar activamente y responder a las necesidades de sus pacientes.

Es evidente, por tanto, que se hace relevante la reflexión ética en cuanto a las implicaciones que los profesionales de la salud tienen al tratar a un paciente con dolor crónico ya que, a pesar de que esta relación no evoca ningún tipo de dilema bioético que

ponga en debate dos o más principios o valores, nadie negaría que es éticamente correcto darle una atención adecuada e integral al paciente con dolor crónico. En la práctica clínica se puede constatar que existen “sutilezas” que hacen que este tratamiento adecuado no se lleve a cabo. En este trabajo se ha reflexionado acerca de las acciones que el fisioterapeuta se ve obligado a tomar en cuenta para garantizar en la medida de lo posible esta intervención óptima, aunque también es cierto que existen razones institucionales, sociales, económicas y hasta culturales que pueden entorpecer la adecuada atención a este tipo de pacientes. Lo que se plantea aquí, en resumen, es solo una parte del amplio panorama en el que la bioética debe reflexionar dentro del estudio y tratamiento del dolor.

### 5.1. El Fisioterapeuta como Cuidador

Como se comentó en el primer capítulo, la fisioterapia como profesión de la salud se ha ido desarrollando con el paso del tiempo y, a pesar de que tiene relativamente poca duración de profesionalización, este progreso se ha llevado a cabo dentro del paradigma científico, por lo que se utiliza dicho método para desarrollar los conocimientos propios de la profesión [Puc, 2015].

La formación de los fisioterapeutas ha estado centrada en la estructuración y validación de procedimientos que dan cuenta del “saber hacer”, y en menor proporción del sentido y significado de la identidad profesional, es decir, del “saber ser” fisioterapeuta [Torres, 2007: 35].

En la actualidad la fisioterapia, como las demás profesiones de la salud, se enfrentan a la integración de nuevos paradigmas que consideran, además de los aspectos biológicos, factores externos, como el social, moral y cultural. Gracias a la inclusión de estos factores al conocimiento del paciente, la fisioterapia busca el tratamiento integral de los pacientes y la alianza terapéutica con los demás profesionales de salud para tratamiento a individuos como a la sociedad. Es así como se abren nuevas líneas de investigación dentro de la profesión mediante preguntas históricas, filosóficas y sociológicas, que se busca se apeguen a niveles metodológicos rigurosos [Ali, May & Grafton, 2018: 28]. De esto último parte la importancia de incluir en la investigación a expertos de otras áreas de las humanidades, ya que solo por medio de ambos paradigmas se verá beneficiada la profesión y beneficiarán secundariamente a los pacientes [Cancino, 2016:8].

Es necesario investigar y motivar la formación ética de los docentes de la carrera de fisioterapia. Se ha de indagar con mayor precisión en las metodologías más beneficiosas para la enseñanza de la ética en carreras de ciencias de la salud. Además, es preciso también fomentar la participación de profesionales fisioterapeutas en comités de ética clínicos y de investigación, así como impulsar la formación en ética en los estudios de los posgrados de fisioterapia [Šore, 2020: 206]. Es así como desde mi perspectiva se intenta, por medio de este trabajo, fomentar dicha investigación específicamente en la bioética dentro de la fisioterapia.

Con este tipo de investigaciones se busca fomentar el avance profesional y así proponer pautas para los sectores asistencial, ético y legal, en la que se beneficie el trabajo de la fisioterapia en sus cinco dominios sin limitarse al rubro asistencial. La interdisciplina planteada anteriormente nos ayuda a proponer una identidad de la fisioterapia que se centre en la responsabilidad ante la propia profesión y ante los pacientes. Dicha identidad “ética” busca ayudar a dar una mayor autonomía al fisioterapeuta, la cual es entendida como la capacidad de un profesional a determinar sus acciones a través de una elección independiente, basándose en un sistema de principios o leyes. Es decir, la libertad e independencia en la toma de decisiones, la organización de las actividades del trabajo y la determinación de los procedimientos a utilizar, como propone Mulero [2003:91]. La incorporación de diferentes posturas y visiones dentro de la profesión le dan más herramientas para seguir desarrollándose como profesión independiente y no subrogada a los demás profesionales de la salud.

En consecuencia, el alcance de la autonomía profesional como meta está influido por multiplicidad de factores, como son la educación, el desarrollo de una mayor evidencia para la práctica, la propia autonomía del paciente, la relación con otras profesiones del ámbito sanitario, el marco legislativo y regulador de la profesión, los modelos de gestión y organización sanitaria y las actitudes de los propios profesionales [Souto, 2013:91].

Como se puede ver, es imperante que, como gremio, los fisioterapeutas se ajusten al desarrollo de las pautas actuales que tienen una visión integral de los padecimientos que se atienden. Además se plantea a la investigación interdisciplinaria como la forma de desarrollar conocimiento profesional con el objetivo de crear un marco conceptual sólido y consistente que se adecúe a las necesidades de los pacientes, pero también para lograr una autonomía profesional que consiga que, tanto de manera institucional como profesional, los terapeutas físicos tengan la capacidad de desarrollar sus herramientas y técnicas para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento, pero también del desarrollo de una identidad propia y consistente con los valores y principios de la profesión.

Por lo anterior se plantea la necesidad de integrar el componente bioético en la formación de fisioterapeutas de manera transversal en los planes de estudio de la profesión, esto con el beneficio de consolidar una formación integral, así como desarrollar en los nuevos fisioterapeutas una cultura investigativa [Torres, 2007: 37], que no sólo busque dar evidencia científica a las técnicas utilizadas en la práctica profesional, sino que también plantee preguntas filosóficas, históricas y sociales que respondan a las problemáticas propias de la profesión, entendida como un encuentro clínico entre el terapeuta físico y el paciente que busca en este la respuesta a su malestar o su falta de funcionalidad.

Por lo anterior se sugiere que el fisioterapeuta responda ante dichas necesidades de los pacientes, pero también de las instituciones en las que labora y ante la propia profesión con una visión interdisciplinaria de los aspectos que afectan la vida del paciente, solo así se logrará una “responsabilidad bioética”. Es decir, se daría una respuesta bien

cimentada en los nuevos paradigmas de la medicina, pero que en el panorama aplicativo responda también a las necesidades individuales de cada paciente, para lo que se requiere que el fisioterapeuta desarrolle habilidades no solo técnicas, sino también relacionales para lograr dicho objetivo.

Además de la necesidad de fomentar la interdisciplina, la profesión debe velar por un desarrollo también en el ámbito legal en nuestro país, ya que esto podría ayudar a reconocer en todos los niveles la fisioterapia como profesión de las ciencias de la salud, lo que llevará a un cambio en el rol del fisioterapeuta con los diferentes profesionales de la salud, la intervención del terapeuta físico con los pacientes, así como la incorporación de los fisioterapeutas en el ámbito administrativo y gestión de instituciones y hospitales en el sector público y privado.

Lo anterior resulta importante, ya que, si bien la oferta de la Licenciatura en fisioterapia en educación superior ha aumentado en los últimos años, en las instituciones públicas aún no se reconoce la fisioterapia como una profesión a nivel superior. Por lo anterior, en la realidad, los salarios aún son remunerados como técnicos. Esta posición también afecta la forma en la que los diferentes profesionales de salud se relacionan con los fisioterapeutas y la forma en la que estos pueden tomar decisiones acerca del tratamiento e intervención de los pacientes.

## 5.2. El individuo que padece dolor crónico

Como comentan Berryman et al. [2017:388], las perspectivas contemporáneas en las ciencias del dolor consideran que este es una experiencia protectora más que un “marcador de daño” o alguna otra medida del estado de los tejidos. Ni el estado real de los tejidos ni la cantidad de actividad de las fibras nociceptivas determina la aparición del dolor. El dolor surge cuando se siente una amenaza real o aparente y se activa una respuesta. El dolor implica una interacción compleja y variable de factores biológicos, psicológicos y socioculturales y es necesario considerarlos en contexto. No se trata solo de factores aislados dentro de un expediente clínico, sino que hay que tratarlos como la unificación de varios aspectos, ya que equipararlos y entenderlos como igualmente importantes dan respuesta al mejor juicio del “padecer” del paciente con dolor crónico.

La unificación de las teorías del dolor requiere de la investigación tanto científica como humanista. Un entendimiento más amplio del dolor crónico ayuda las profesiones de la salud como la fisioterapia a integrar un equipo interdisciplinario que trate a los pacientes con dolor crónico tomando en cuenta los aspectos subjetivos del dolor con el objetivo de dar un tratamiento más eficaz. Ahora bien, es importante recordar que el objetivo general del manejo del dolor es identificar en contexto y abordar, utilizando estrategias farmacológicas, psicológicas, físicas y de autogestión. Es decir, el alivio del dolor es el objetivo terapéutico más obvio, pero no el único, ya que el manejo también tiene como objetivo restaurar la función física y psicosocial a niveles suficientes para permitir una participación significativa en las actividades de la vida diaria, prevenir lesiones

recurrentes y minimizar la utilización continua de medicamentos y atención médica [Berryman, et al., 2017:389].

Fundamentalmente, existe controversia sobre la efectividad, el riesgo y el costo de cualquier enfoque farmacológico para el dolor crónico debido a la complejidad y la incertidumbre de los mecanismos subyacentes a la presentación del dolor [Berryman, et al., 2017:391]. Por lo que dentro del equipo de profesionales que atiende a los pacientes con dolor crónico se incluyen a psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y hasta proveedores de intervenciones alternativas y complementarias al manejo alópata del dolor. Esto desemboca en el planteamiento de la necesidad de que los diferentes profesionales de la salud que tratan al paciente con dolor crónico se preocupen por tomar en cuenta todos los factores involucrados que hacen que la experiencia de su padecimiento se vuelva específica e individual.

Específicamente, dentro de los factores comentados en el capítulo dos se encuentran los factores físicos, los psicológicos y los socioculturales, pero es importante recordar que dichos elementos pueden o no estar presentes en el padecer del individuo, además, la forma en la que estos aspectos se relacionan, interactúan y se complementan es lo que verdaderamente le da sentido al fenómeno doloroso. Gracias a esta visión multidimensional que va más allá de las posturas dualistas del entendimiento del dolor es que se puede acceder a la realidad de los individuos mediante la comprensión de su propia experiencia de dolor, por lo que resulta imperativo dar voz a la experiencia del paciente.

En el nivel aplicativo, la incorporación de una visión unificadora del dolor crónico en el desarrollo profesional del terapeuta físico ayuda a dar una mejor atención a estos pacientes, a conocer de mejor manera los objetivos de la terapia física, a indagar los aspectos psicológicos y socioculturales del paciente con el objetivo de entender su padecer, y, por ende, de responder mejor ante sus necesidades.

Se concluye así, que los profesionales de la salud están obligados a optar por herramientas y técnicas que le permitan al paciente explicar su experiencia dolorosa y las implicaciones de este en su vida, ya que solo mediante esa narrativa el clínico puede explorar las posibles intervenciones que le beneficien a ese paciente en específico.

Ahora, es importante aclarar que, si bien las teorías unificadoras del dolor dan respuesta al entendimiento del “padecer” del paciente con dolor crónico, este se debe entender como aquel dolor que no tiene función biológica y cuya estadía en la vida del paciente no tiene ningún tipo de beneficio. Así que tomar en cuenta los factores biológicos y psicológicos es imprescindible, pero también tienen un peso imponderable los aspectos sociales y culturales, es decir, una intervención farmacológica o intervencionista puede ser la respuesta para gran cantidad de pacientes, pero dicha objeción no puede generalizarse.

En conclusión, debe entenderse que, desde esta perspectiva de la fisioterapia, se debe buscar que en el equipo interdisciplinario que trata a los pacientes con dolor crónico se incorporen los aspectos subjetivos del dolor crónico con el objetivo de entender la situación específica de cada paciente y así dar un tratamiento más eficaz.

Específicamente en nuestro país también se debe buscar incluir a los terapeutas físicos dentro del equipo que labora en las clínicas de dolor, ya que se ha demostrado que la terapia física tiene amplios beneficios tanto físicos como psicológicos y funcionales para este tipo de pacientes, además de que este tipo de terapias buscan también que el paciente se responsabilice de su propio tratamiento, mediante la educación al paciente acerca de la incorporación de hábitos saludables a la vida diaria del paciente como lo es el ejercicio terapéutico.

### 5.3. El marco ético de la atención fisioterapéutica del paciente con dolor crónico

El cambio de paradigma del que se habla, en donde se busca un entendimiento más amplio de todos los aspectos en la vida del paciente con dolor crónico, nos lleva a plantearnos también las repercusiones de esta visión en la ética de los profesionales de la salud que atienden al paciente con dolor crónico. Por lo que, en esta investigación se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda y recopilación de información acerca del paciente con dolor crónico como individuo que padece, así como del fisioterapeuta como profesional de la salud. Estas herramientas permitieron reflexionar acerca de las implicaciones que tiene la visión multidimensional del dolor en la atención e intervención fisioterapéutica de estos pacientes en el ambiente clínico. Como resultado se llegó a la conclusión de que había que definir tres conceptos clave para delimitar la relación entre el fisioterapeuta y el paciente: vulnerabilidad, autonomía y responsabilidad.

Los primeros dos conceptos se retoman en este estudio como principios éticos que sirven como límites profesionales, es decir, parámetros para la relación terapeuta-paciente que se basan en el reconocimiento del desequilibrio de poder inherente a dicha relación. La vulnerabilidad del paciente con dolor crónico y las responsabilidades de ambos actores en la relación terapéutica son otro rasgo importante.

Tomando en cuenta el principio de protección a la vulnerabilidad podemos concluir que la inclusión de este principio nace de la reflexión acerca de la situación de fragilidad acrecentada en la que el paciente con dolor crónico se encuentra en las esferas biológica, social y cultural, pero, además, dicha vulnerabilidad se incrementa si este está inmerso en un ambiente clínico, el cual, gracias a las características propias del sistema de salud en nuestro país, lo someten a una falta de atención oportuna, de recursos humanos y materiales y de un tratamiento integral.

En palabras de Loureiro [2017:15], el paciente con dolor crónico es vulnerable, dadas sus implicaciones físicas, sociales y culturales, pero también *está* vulnerable al verse dentro de un sistema de salud en el cual el paciente se encuentra como aquel individuo que pide

ayuda a un profesional de salud que tiene los conocimientos y las técnicas necesarias para aliviar su padecer, es decir, dentro de una relación de desequilibrio de poder.

Es justo por dicho desequilibrio que el profesional de la salud se ve obligado a buscar proteger al paciente ante dicha vulnerabilidad, pero si sólo existe una preocupación por salvaguardar al paciente, es muy probable que el clínico termine cayendo en un paternalismo, por lo que este principio se debe integrar con otros.

De acuerdo con la autonomía del paciente con dolor crónico, este principio busca que el profesional de la salud sea consciente de la fragilidad de la existencia humana dentro de la toma de decisiones como un proceso amplio que va más allá del cálculo individual y racional. Se debe tomar en cuenta que este proceso no está totalmente controlado por el individuo que decide, sino también por todos los individuos que participan en las intervenciones médicas.

Así, se debe entender que en el entorno clínico los pacientes no son autosuficientes, por lo que se requiere una definición expansiva de autonomía con el objetivo de preservar su sentido de autogobierno y su capacidad de asumir la responsabilidad de tomar decisiones incluso en circunstancias extremas [Tauber, 2005]. Gracias a esta visión de autonomía, dentro de este trabajo se concluye que el paciente con dolor crónico es autónomo para conocer su condición médica y decidir acerca de su tratamiento clínico, siempre y cuando el profesional de la salud proporcione al paciente la información necesaria, que el paciente se encuentre en un estado emocional y psicológico adecuado para comprender dicha información y que no existan interferencias externas para la toma de decisión. Todos estos aspectos se deben tomar en cuenta al momento de llevar a cabo el proceso de consentimiento informado con el objetivo de evaluar la capacidad del paciente y su entorno y hacer posible que el paciente lleve a cabo la toma de decisión y acción de manera autónoma.

Dichos aspectos no dependen totalmente del paciente o del clínico. Por ello, se requiere llevar a cabo el proceso de consentimiento informado con el objetivo de evaluar la capacidad del paciente y su entorno con el objetivo de hacer posible que el paciente lleve a cabo la toma de decisión y acción de manera autónoma.

Con todo lo anterior se espera que el terapeuta físico se responsabilice por hacer lo posible para que su cuidado se dirija hacia el principio de respeto a la autonomía del paciente. Esto desemboca en que la relación terapéutica implica un desequilibrio de poder entre el profesional de la salud y el paciente. Un posible desequilibrio de poder se debe a una serie de factores, como el hecho de que el paciente depende del profesional de la salud para los servicios profesionales prestados, el profesional de la salud tiene mayor conocimiento, autoridad e influencia en el sistema de salud, además de acceso a información personal sobre el paciente, por último, la prestación de servicios profesionales puede implicar cercanía física y diversos grados de desnudez.

Como resultado del desequilibrio de poder entre el terapeuta físico y el paciente con dolor crónico, el paciente puede sentirse vulnerable y evitar confrontar al profesional de la salud por temor a que los servicios que necesitan se vean comprometidos o retenidos. Lo que se plantea aquí, entonces, es que es responsabilidad del clínico reconocer y tomar medidas para reducir el desequilibrio de poder garantizando, y que el paciente se sienta seguro y capacitado para ser un participante activo dentro de la relación terapéutica.

Para terminar, los límites profesionales son los parámetros que definen una relación terapéutica segura. Estos parámetros establecen límites para la relación basados en el reconocimiento del desequilibrio de poder inherente, la vulnerabilidad del paciente y las responsabilidades del profesional de la salud en la relación terapéutica. Los límites profesionales ayudan al fisioterapeuta y al paciente a reconocer la diferencia entre las relaciones terapéuticas y personales y evitar posibles malentendidos.

En esta investigación, por tanto, se proponen el *Principio de protección a la vulnerabilidad* y el *Principio de respeto a la autonomía* como límites profesionales de los fisioterapeutas en la relación fisioterapeuta-paciente con dolor crónico. Se reconoce, de manera imprescindible, que una ética de la atención debe comenzar con la pregunta de cómo la vulnerabilidad humana puede integrarse en el patrón de vida de las personas autónomas. Esta postura parte de una visión de los seres humanos en la que la dependencia y la autonomía vulnerables se consideran aspectos equivalentes de la existencia humana.

En el aspecto aplicativo de dicho marco conceptual se requiere que el terapeuta físico sea consciente de la importancia de tomar en cuenta estas posturas éticas con el objetivo de respetar y proteger al paciente mientras se lleva a cabo su tratamiento. Se requiere, asimismo, que el fisioterapeuta tenga las habilidades y conocimientos necesarios para llevar a cabo juicios éticos y aplicar estos principios de la mejor manera, según cada caso ya que, como se ha comentado en el capítulo tres de este trabajo, se deben entender los principios éticos como guías que le dan al profesional de la salud nociones que debe tomar en cuenta cuando se enfrenta a un problema de índole moral en su práctica clínica. Así, estos principios deben ser ponderados entre ellos, pero también entre otros principios propios de la ética médica ya que estos no se pueden aplicar de manera aislada sin tomar en cuenta el contexto tanto institucional como del paciente.

Por otro lado, en casos problemáticos como aquellos donde el paciente cede completamente las decisiones terapéuticas al profesional de salud, o donde por cuestiones físicas o psicológicas el paciente es incapaz de tomar una decisión, el principio de protección a la vulnerabilidad será ponderado por encima del principio de respeto a la autonomía y buscar siempre el beneficio del paciente sin afectar en ninguna de sus esferas vitales. Sin embargo, esta postura no implica que la responsabilidad sea completamente del profesional de salud, ya que, como se verá a continuación, la responsabilidad dentro de la relación fisioterapeuta-paciente con dolor crónico debe ser compartida. De esto depende el éxito del tratamiento.

Por el contrario, cuando el paciente, mediante una decisión autónoma determina que no quiere llevar a cabo el tratamiento sugerido o que, por diferentes situaciones, no lleva a



cabo el tratamiento en casa, no cambia su estilo de vida ni se compromete con su salud, el terapeuta físico debe ponderar el principio de respeto a la autonomía: a pesar de saber que el tratamiento le traerá un beneficio es derecho del paciente decidir acerca de su atención médica. Esto tampoco supone que en este caso el terapeuta físico deje de ser responsable del bienestar del paciente, pues aquel tiene la obligación de ofrecer al paciente más opciones de tratamiento que se acoplen de mejor manera en la vida del paciente, y, en caso de ser necesario, referir al paciente con otros profesionales de salud que puedan responder ante las necesidades.

#### 5.4. La alianza terapéutica desde la responsabilidad

Como afirman Berryman [et al., 2017:388], identificar las etiologías y los mecanismos subyacentes de muchos estados de dolor es un gran desafío clínico dentro de una relación terapéutica. Para llevar a cabo dicha determinación es importante tener presente que el dolor, la nocicepción y la patología no comparten una relación directa. Nuestra incapacidad para comprender los aspectos subjetivos del dolor crónico puede influir en nuestras actitudes hacia este síntoma, lo cual se vuelve un tema central al momento de tratar a este tipo de pacientes ya que la forma en la que los juzgamos interfiere en la adecuada interpretación del padecer del paciente con dolor crónico, en la racionalización para llegar a un diagnóstico funcional y, por último, a un plan de tratamiento. Por lo anterior es imprescindible que el fisioterapeuta sea consciente que independiente de sus experiencias previas, creencias, actitudes y cultura, su responsabilidad profesional va encaminada a garantizar el bienestar del paciente mediante el alivio de los síntomas y la mejora de la calidad de vida.

El manejo clínico requiere un marco dentro del cual se puedan implementar estrategias de manejo consistentes, basadas en evidencia, sólidamente razonadas, efectivas, factibles y rentables. El manejo efectivo del dolor depende de un conjunto diverso y profundo de conocimientos porque el dolor es una experiencia multifactorial muy compleja. Dentro de la relación entre el terapeuta físico y el paciente con dolor crónico debemos tener en cuenta que la fisioterapia ha ampliado sus roles en la atención al paciente y ha aumentado su autonomía en la toma de decisiones clínicas, por lo que dichos profesionales de la salud deben ser conscientes de la mayor responsabilidad moral y legal que se les exige en las decisiones de atención al paciente [Dieruf, 2004:24].

Hasta este punto los límites profesionales del terapeuta físico en el tratamiento del paciente con dolor crónico están propuestos, pero dichos planteamientos requieren un eje rector que sirva como guía para las acciones que ambos actores de la relación lleven a cabo. Se incluye, entonces, a esta formulación, la ética de la responsabilidad. Es decir, esta responsabilidad es entendida como las acciones que se deben de llevar a cabo dentro de la relación para que esta se considere exitosa.

Después de indagar en la bibliografía consultada acerca de los puntos clave que se deben tomar en cuenta dentro de la relación fisioterapeuta-paciente con dolor crónico se

encontraron cuatro factores que, a pesar de ser estudiados por muchos investigadores, siguen siendo relevantes. Esto se debe posiblemente a que todos ellos tienen que ver más con pautas éticas por parte del terapeuta físico y del mismo paciente que con técnicas o conocimiento técnico. En todos los factores encontrados existe gran cantidad de acciones que, de acuerdo con el contexto, pueden ser tomadas como adecuadas. Sin embargo, es importante reflexionar acerca de cada uno de ellos pues, según lo obtenido en este trabajo, dan como resultado una buena alianza terapéutica, la cual es uno de los objetivos de la atención en fisioterapia.

Los puntos clave descritos anteriormente son los siguientes:

1. La comunicación: La utilización de herramientas de comunicación efectivas, la escucha activa, y dar importancia equitativa entre los signos observados, pero también la narrativa del paciente, logran que entre el terapeuta y el paciente alcancen una buena comunicación.
2. El contacto físico: Ser conscientes de la intimidad del paciente al momento de llevar a cabo contacto físico con el paciente, limitar al máximo el contacto no necesario, tomar en cuenta las necesidades, experiencias previas, creencias y actitudes del paciente en cuanto al contacto físico, y ser cuidadoso con el lenguaje no verbal, son las claves para lograr ser respetuoso al tener contacto físico entre el paciente y el terapeuta.
3. El compromiso: Invertir el tiempo suficiente para darle al paciente la información necesaria y pertinente acerca de su padecimiento, su pronóstico y su tratamiento, llevar a cabo todas las acciones necesarias para buscar el alivio del dolor del paciente, y promover que el paciente sienta que su dolor es tomado en cuenta, son las acciones necesarias para crear una relación de confianza.
4. La confianza: Por último, se plantea la necesidad de que el terapeuta físico se encuentre presente durante toda la atención al paciente con dolor crónico, esto quiere decir, escuchar, observar y comprender su padecer. Lo anterior con el objetivo de alentar a los pacientes a participar activamente en su atención fisioterapéutica, reconocer las necesidades, deseos y creencias del paciente y tomarlas en cuenta para el tratamiento, y buscar la adhesión y apoyo del paciente en la terapia, dichos puntos se reconocen como la base para un compromiso mutuo.

Como se puede observar en las afirmaciones anteriores, lograr una relación efectiva entre terapeuta físico y paciente con dolor crónico requiere que no sólo el clínico, sino también el paciente responda a la necesidad primordial de aliviar el dolor, es así como la responsabilidad se vuelve una guía que rige la relación fisioterapeuta-paciente con dolor crónico.

A esta reflexión de la relación entre el paciente con dolor crónico y el fisioterapeuta se incluyen también los principios de beneficencia y no maleficencia, esto con el objetivo de

incluir en el marco ético de la atención del paciente con dolor crónico los dos principios fundamentales de la ética médica, pues, como comentan Denny & Guido, [2012:803] la falta de aplicación de estos principios puede ser una de las razones de su mal manejo.

El principio de beneficencia y el de no maleficencia son relevantes en el estudio del paciente con dolor crónico, pues el primero tiene obligaciones positivas para obrar en beneficio de los demás, mientras que el segundo tiene obligaciones negativas, que prohíben causar daño [Torres, 2007: 15]. Entonces, dentro del tratamiento del paciente con dolor crónico se espera que el fisioterapeuta, en primera instancia, no realice técnicas tanto diagnósticas como terapéuticas cuyo beneficio sea menor que el riesgo o que cause dolor o malestar con dichas intervenciones sin que exista un provecho en el paciente, pero, sobre todo, que a pesar de los beneficios de la terapia se beneficie también el derecho del paciente a la toma de decisiones en cuanto a su tratamiento.

Con la exposición de los principios anteriormente comentados, se busca que el terapeuta vaya más allá del marco regulatorio de su profesión, ya que, como se ha explicado en párrafos anteriores, el paciente con dolor crónico se encuentra en un estado de fragilidad en todas sus esferas vitales, cuya interacción depende de su contexto y experiencia dolorosa, por lo que su entendimiento requiere no solo herramientas técnicas propias de la profesión, sino también una capacidad reflexiva para la implementación del arsenal terapéutico del profesional, pero también sus capacidades éticas, las cuales se desarrollan y progresan por medio de la experiencia.

Dicha ética de la responsabilidad tiene dos sentidos. Dentro de la responsabilidad del fisioterapeuta se busca que este profesional de la salud se responsabilice de ayudar al paciente tomando en cuenta que este llega a él con un padecimiento que requiere de las capacidades y conocimientos del terapeuta físico para su mejoría: el terapeuta debe educar al paciente acerca de su enfermedad, de su tratamiento y de la importancia de integrar el movimiento a su vida con el objetivo de disminuir las repercusiones del dolor en sus actividades personales y sociales. Por último, el terapeuta físico debe respetar al paciente en todo momento de la atención, desde el punto de vista físico, al tener contacto con el paciente, así como de la información que se proporciona al paciente y, por ende, en la toma de decisiones en cuanto a su tratamiento fisioterapéutico.

Por parte de la responsabilidad del paciente con dolor crónico, este debe ser consciente que la adherencia al tratamiento es un factor clave para su mejoría y que, si el tratamiento no se lleva a cabo en su entorno, este no tendrá los efectos deseados. Adicionalmente las actividades de autocuidado brindan al paciente la posibilidad de conocer su padecimiento, de conocer su cuerpo y sus aspectos psicológicos y sociales, con el objetivo de mejorar su situación y disminuir el dolor. Esto debe quedar claro en esta fase del tratamiento.

Estos dos sentidos orientan a una ética de la responsabilidad la cual se basa, como afirma Tauber [2005: 175], en una moral relacional donde la respuesta a la necesidad guía sus acciones. De hecho, una ética de la responsabilidad sirve como un poderoso símbolo

moral de cómo el apoyo a esas elecciones está orientado a preservar la autodeterminación, promover la autenticidad y proteger la autonomía. Esta es una "ética del proceso", en la que las elecciones morales se realizan mediante negociaciones continuas y abiertas. Tal proceso dialógico requiere autorreflexión y el profesional de la salud está mejor situado para guiar ese intercambio. (Esta negociación moral se basa en un compromiso profesional con la responsabilidad y la confianza entre el fisioterapeuta y el paciente).

## 5.5. Conclusiones

Se puede afirmar que la reflexión acerca de las implicaciones bioéticas del tratamiento fisioterapéutico del paciente con dolor crónico supone un cambio en el paradigma profesional del terapeuta, el cual debe ir más allá de una visión reducida del fenómeno doloroso, entender la experiencia del individuo que padece, las repercusiones que el dolor tiene en su cotidianidad y por ende en su calidad de vida. Dicho entendimiento supone también un cambio en la forma en la que el clínico se relaciona con el paciente, por lo que los límites de dicha relación deben ser también ampliados más allá de las posturas deontológicas de la profesión. Para este trabajo se retomaron dos principios bioéticos y una ética que guía el comportamiento del profesional de salud. Todo ello se derivó del estudio e investigación invertida en el proyecto, pero, como todo trabajo reflexivo, esta postura es debatible, mejorable y adaptable.

Incluso, como afirman Vera y Guerra [2018:297], abordar el dolor crónico desde la bioética es, de alguna manera, explicar las razones por las cuales los profesionales de la salud hacen lo que hacen, lo que consideran como algo bueno o malo para el paciente y su padecer, justo o injusto, correcto o incorrecto. Además, el hecho de que el terapeuta físico tenga una visión bioética en el tratamiento del paciente con dolor crónico, lo lleva a buscar que el paciente mejore su calidad de vida, ya que conseguirlo determina la calidad de la atención dada por el profesional clínico, dicho alivio sucede al tener claras estas reflexiones, estos principios que, por supuesto, por ellos mismos tampoco son una respuesta generalizable.

Sería totalmente ingenuo creer que solo con un sistema de principios, sean de la naturaleza que fuera, se podrían solucionar los inconvenientes éticos a los que se enfrenta el fisioterapeuta que trata al paciente con dolor crónico. Y, es que, no debemos olvidar que los principios son por definición generalistas, mientras que los conflictos éticos de un paciente son concretos, subjetivos e individuales.

El enfoque principialista de la bioética se entiende entonces requiere un método para analizar en la práctica clínica los dilemas éticos de casos particulares, así como Torres [2007: 16] propone que, frente a la ambigüedad de los principios, se rehabilite la casuística, así las características de esta propuesta son que las decisiones se lleven a cabo caso por caso, entender que las conclusiones son provisionales, atendiendo a la

aparición de nuevas circunstancias, que ayuden a matizar las decisiones que se llevan a cabo.

Es importante ser conscientes también de la necesidad que existe en el área de humanidades en salud por cuestionar, investigar, indagar y aportar conocimiento, experiencias y visiones, ya que la profesión se enriquece de todos estos debates, por lo que esta tesis busca también ser no solo una postura bioética ante la necesidad de tratar fisioterapéuticamente al paciente con dolor crónico, sino también el punto de partida de una línea de investigación que tenga como intersección el entendimiento del dolor crónico como fenómeno vital y el imperativo por parte de la medicina de responder a ese padecer y buscar el alivio a este síntoma que repercute de manera individual, pero también social y cultural.

Uno de los puntos que más resuenan en dicha intersección es la búsqueda de la unificación de teorías que, desde diferentes áreas, aportan información relevante, por lo que la inter y transdisciplina se vuelve fundamental para seguir ahondando en esta línea de investigación.

Indudablemente el dolor es parte de la vida humana, pero debemos ser conscientes de que cuando este no representa un beneficio para el individuo, al contrario, afecta su vida, no es un acto hedonista buscar alivio. En la práctica clínica es común encontrar pacientes que desafortunadamente han vivido con este síntoma por años, lo que me hace plantearme: ¿realmente entendemos y nos importa la experiencia dolorosa por la que cursan los pacientes con dolor crónico? ¿los profesionales de la salud estamos haciendo lo suficiente para aliviar a este tipo de pacientes? ¿no es responsabilidad de nuestro gremio empujar los límites de nuestro bagaje conceptual con el objetivo de beneficiar a nuestros pacientes?

Realmente estamos en un momento crítico para definir la ética del dolor. La conciencia plena de las prácticas éticas para tratar a las personas con dolor crónico mejorará la calidad de vida del paciente con dolor crónico y mitigará su sufrimiento. Como afirma Dinoff [2019: 181] los profesionales de la salud debemos utilizar nuestro conocimiento del bien y del mal para crear una ética universal del dolor basada en valores, principios, virtudes y acciones mutuas para el bien de nuestros pacientes.

Es posible que, en la medida en que nuestro entendimiento e implicación hacia estos temas no aumente, los pacientes con dolor crónico seguirán padeciendo las consecuencias, encontrándose no sólo con sistemas de salud deficientes, sino también con profesionales de salud que no responden a las necesidades reales de su posición.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Academia Nacional de Medicina. (2013). La clínica del dolor. *Boletín de Información Clínica Terapéutica*, 57, pp. 6-8.
2. Aguilar, M. & Marqués, E. (2017). *ÉTICA PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA*. España: Ciències Mèdiques. Pp. 1-82
3. Alberta College of Speech-Language Pathologists and Audiologists. (2019). Therapeutic Relationships, Professional Boundaries and The Prevention of Sexual Abuse and Sexual Misconduct. *Alberta College of Speech-Language Pathologists and Audiologists*, 1, pp. 1-22.
4. Ali, N., May, S. & Grafton K. (2018). A systematic review of grounded theory studies in physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*, 1, pp. 1-31.
5. Almeida, L., da Glória, M. & Fleury, E. (2017). Conflictos bioéticos: atención fisioterapéutica domiciliaria a pacientes en condiciones terminales. *Rev. bioét.*, 25, pp. 148-157.
6. Alschuler, K., Kratz, A., & Ehde, D. (2016). Resilience and Vulnerability in Individuals with Chronic Pain and Physical Disability. *Rehabilitation Psychology*, 61, pp. 7-18.
7. AMEFI Colegio Nacional de Fisioterapia y Terapia Física A.C. (2018). *QUE ES LA FISIOTERAPIA*. octubre 2, 2019, de AMEFI Colegio Nacional de Fisioterapia y Terapia Física A.C. Sitio web: <http://www.amefi.com.mx/fisioterapia.html>
8. AMEFI Colegio Nacional de Fisioterapia y Terapia Física A.C. (2018). *CONOCE MÁS SOBRE AMEFI*. octubre 2, 2019, de AMEFI Colegio Nacional de Fisioterapia y Terapia Física A.C. Sitio web: <http://www.amefi.com.mx/nosotros.html>
9. AMEFI Colegio Nacional de Fisioterapia y Terapia Física A.C. (2019). *¿Qué es la Fisioterapia?* febrero 13, 2020, de AMEFI Colegio Nacional de Fisioterapia y Terapia Física A.C. Sitio web: <http://www.amefi.com.mx/fisioterapia>
10. American Physical Therapy Association. (2009). *PROFESSIONALISM IN PHYSICAL THERAPY: CORE VALUES*. Enero 27, 2020, de American Physical Therapy Association Sitio web: [https://www.apta.org/uploadedFiles/APTAorg/About\\_Us/Policies/BOD/Judicial/ProfessionalismInPT.pdf](https://www.apta.org/uploadedFiles/APTAorg/About_Us/Policies/BOD/Judicial/ProfessionalismInPT.pdf)
11. American Physical Therapy Association. (2019). *The Physical Therapist Scope of Practice*. Enero 23, 2020, de American Physical Therapy Association. Sitio web: <http://www.apta.org/scopeofpractice/>
12. Arman M. & Hök, J. (2016). *Self-care follows from compassionate care – chronic pain patients' experience of integrative rehabilitation*. *Scand J Caring Sci*, 30, pp. 374-381.

13. Artículo 79 de la Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación. México, 08 de diciembre de 2017. Sitio web:  
[http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5507218&fecha=08/12/2017](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5507218&fecha=08/12/2017)
14. Atwal, A. & Caldwell, K. (2003). Ethics, occupational therapy and discharge planning: Four broken principles. *Australian Occupational Therapy Journal*, 1, pp.244-251.
15. Austin, W. (2006). ENGAGEMENT IN CONTEMPORARY PRACTICE: A RELATIONAL ETHICS PERSPECTIVE. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 16, pp. 135-141.
16. Barragán-Berlanga, A., Mejía-Arango S. & Gutiérrez-Robledo L. (2007). Dolor en adultos mayores de 50 años: prevalencia y factores asociados. *salud pública de México*, 49, pp. 488-494.
17. Beauchamp, T. & Childress, J. (1999). *El respeto a la autonomía*. En: Principios de ética biomédica (pp. 113-178). España: Masson.
18. Bendelow, G. (2013). Chronic Pain Patients and the Biomedical Model of Pain. *American Medical Association Journal of Ethics*, 15, pp. 455-459.
19. Beneciuk, S., George, C., Greco, M., Schneider, S. Wegener A. Delitto. (2017). Changes in physical therapist attitudes, beliefs, and confidence about low back pain management following participation in a Psychologically Informed Physical Therapy (PIPT) training course. *journal of pain.*, 18, p. 65.
20. Bennett K., Cardiel M., Ferraz M., Riedemann P., Goldsmith C. & Tugwell P. (1997). Community screening for rheumatic disorder: cross cultural adaptation and screening characteristics of the COPCORD Core Questionnaire in Brazil, Chile, and Mexico. *J Rheumatology*, 24, pp. 160-168.
21. Berger, P. & Luckman, T. (2001). *Los fundamentos del conocimiento en la vida cotidiana*. En La construcción social de la realidad (pp. 34-62). Argentina: Amorrortu.
22. Berman, R., Iris, M., Bode, R. & Drengenberg, C. (2009). *The Effectiveness of an Online Mind-Body Intervention for Older Adults with Chronic Pain*. *The Journal of Pain*, 10, pp. 68-79.
23. Bermejo, P. (2002). *La ética del trabajo social*. España: Desclée De Brouwer. pp.153-178
24. Berryman, C., Catley, M. & Moseley, L. (2017). *Pain Management*. En: THE ROUTLEDGE HANDBOOK OF PHILOSOPHY OF PAIN (pp. 388-400). EUA: Routledge Handbooks.
25. Brady B, Veljanova I, Schabrun S, & Chipchase, L. (2017). Integrating culturally informed approaches into the physiotherapy assessment and treatment of chronic pain: protocol for a pilot randomised controlled trial. *BMJ Open*, 7, pp. 1-9.

26. Bruner, E. & Turner, V. (1986). *The Antopology of Experience*. En: Ethnography as Narrative. (pp. 139-155). USA: University of Illinois: Library of Congress Cataloging.
27. Campbell, J. (1996) APS 1995 Presidential address. *Pain Forum* 5: pp. 85-88.
28. Cancino, M. (2016). La enseñanza de la Bioética en Ciencia. *Revista Digital UNAM*, 17, pp. 1-14.
29. College of Physiotherapists of Ontario. (2020). The Go-To Clinical Skill-Communications. Marzo 3, 2020, de College of Physiotherapists of Ontario Sitio web: <https://www.collegept.org/rules-and-resources/communication-skills>
30. Consejo de Salubridad General. (2018). Guía de manejo integral de cuidados paliativos. Pp. 1-189
31. Covarrubias-Gómez, A., Guevara-López, U., Gutiérrez-Salmerón, C., Betancourt-Sandoval, J., & Córdova-Domínguez, J. (2010). Epidemiología del dolor crónico en México. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 33, pp. 207-213.
32. Daenen, L., Varkey, E., Kellmann, M., & Nijs, J. (2015). Exercise, Not to Exercise, or How to Exercise in Patients with Chronic Pain? Applying Science to Practice. *The Clinical Journal of Pain*, 31(2), pp. 108-114.
33. Dale, R., & Stacey, B. (2016). Multimodal Treatment of Chronic Pain. *Medical Clinics of North America*, 100(1), pp. 55-64
34. Dekkers, W. (2001). Autonomy and dependence: Chronic physical illness and decision-making capacity. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 4, pp. 185-192.
35. Delany, C., Edwards, I., Jensen, G. & Skinner, E. (2010). Closing the Gap Between Ethics Knowledge and Practice Through Active Engagement: An Applied Model of Physical Therapy Ethics. *Physical Therapy*, 90, pp. 1068-1078.
36. Denk, F., & McMahon, B. (2017). Neurobiological basis for pain vulnerability: why me? *PAIN*, 158, PP. 108-114.
37. Denny, D. & Guido G. (2012). Undertreatment of pain in older adults: An application of beneficence. *Nursing Ethics*, 16, pp. 800-809.
38. Dieruf, K. (2004). Ethical Decision-Making by Students in Physical and Occupational Therapy. *J Allied Health.*, 33, pp. 24-30.
39. Dinoff, B. (2019). Ethical treatment of people with chronic pain: an application of Kaldjian's framework for shared decision-making. *British Journal of Anaesthesia*, 123, pp. 179-182.
40. Eccleston, C., Williams, A., & Stainton, W. (1997). PATIENTS' AND PROFESSIONALS' UNDERSTANDINGS OF THE CAUSES OF CHRONIC PAIN: BLAME, RESPONSIBILITY AND IDENTITY PROTECTION. *Soc. Sci. Med.*, 45, pp. 699-709.



41. Eccleston, Z. & Eccleston, C. (2004). Interdisciplinary management of adolescent chronic pain: developing the role of physiotherapy. *Physiotherapy*, 90(2), pp. 77-81.
42. Edwards, I., Braunack-Mayer, A. & Jones, M. (2005). Ethical reasoning as a clinical-reasoning strategy in physiotherapy. *Physiotherapy*, 9, pp. 229-236.
43. Equipo de Marketing. *FISIOTERAPIA*. Medicina de rehabilitación física integral Ortopedia y Especialidades Médicas. (abril 5, 2014) Blog, octubre 2, 2019. Sitio web: <https://abilita.com.mx/fisioterapia/>
44. Equipo de Marketing. DE DÓNDE VIENE EL TÉRMINO FISIOTERAPIA. Medicina de rehabilitación física integral Ortopedia y Especialidades Médicas. (diciembre 16, 2014) Blog, octubre 2, 2019. Sitio web: <https://abilita.com.mx/de-donde-viene-el-termino-fisioterapia/>
45. Equipo de Marketing. REHABILITACIÓN EN LA HISTORIA. Medicina de rehabilitación física integral Ortopedia y Especialidades Médicas. (abril 24, 2014) Blog, octubre 2, 2019. Sitio web: <https://abilita.com.mx/rehabilitacion-en-la-historia/>
46. Equipo de Marketing. MÉXICO REHABILITA. Medicina de rehabilitación física integral Ortopedia y Especialidades Médicas. (abril 23, 2014) Blog, octubre 2, 2019. Sitio web: <https://abilita.com.mx/mexico-rehabilita/>
47. Facultad de Medicina, UNAM (2011) *PLAN DE ESTUDIOS DE LA LICENCIATURA EN FISIOTERAPIA EN LA FACULTAD DE MEDICINA*, México. t 1, pp. 13-14
48. Feito, L. (2007). *Vulnerabilidad*. An. Sist. Sanit. Navar., 30, pp. 7-22.
49. Ferreira, R. (2018). *El dolor como amenaza al yo social*. enero 23, 2020, de IntraMed Sitio web: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=92810&pagina=1>
50. Florencia, L., Quadrelli, S. (2010). *LA ÉTICA COMO FILOSOFÍA PRIMERA: UNA FUNDAMENTACIÓN DEL CUIDADO MÉDICO DESDE LA ÉTICA DE LA RESPONSABILIDAD*. Cuadernos de Bioética, 21, pp. 13-20.
51. Gallego, T. (2007). *Bases Teóricas y Fundamentos de la Fisioterapia*. España: Panamericana. Pp. 1-217
52. García, L. (2006). La relación terapeuta-paciente en la práctica fisioterapéutica. *Rev. Cienc. Salud*, 4, pp. 39-51.
53. Geertz, C. (1991). *La interpretación de la cultura*. En: Descripción densa. (pp. 19-40). México: Mc Graw Hill.
54. Geneen, L., Moore, R., Clarke, C., Martin, D., Colvin, L. & Smith B. (2017). Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, pp. 1-75.

55. Goffman, E. (2006). *Estigma: la identidad deteriorada*. Argentina: Amorrortu. Pp. 1-172
56. Goldberg, D. & McGee, S. (2011). Pain as a global public health priority. *BMC Public Health*, 11, pp. 1-5
57. González, J. (2000). *El poder del Eros. Fundamentos y Valores de Ética y Bioética*. México: Paidós. Pp. 1-339
58. González, M. (2014). Dolor crónico y psicología: actualización. *Rev. Med. Clin. Condes*, 25(4), pp. 610-617.
59. Gracia, D. (1994). *Ética y responsabilidad profesional*. En La Responsabilidad de los Médicos y Centros Hospitalarios frente a los Usuarios de la Sanidad Pública y Privada. (pp. 46-51). España: Fundación Ciencias de la Salud.
60. Gracia, D. (2004). *Max Weber y la ética de la responsabilidad*. Noviembre 1, 2018, de Fundación Juan March Sitio web: <https://www.march.es/conferencias/anteriores/voz.aspx?p1>
61. Grillo, M. (2016). La Fisioterapia: sus orígenes y su actualidad. *Acta Médica del Centro*, 10, pp. 88-90. Sitio web: <https://www.efisioterapia.net/articulos/fisioterapia-pasado-presente-y-futuro>
62. Guía de Práctica Clínica en Cuidados Paliativos, México: Secretaría de Salud, 2010. Pp. 1-189
63. Honkasalo, M-L. (2001). Vicissitudes of pain and suffering: Chronic pain and liminality. *Medical Anthropology*, 19, pp. 319-353.
64. Hurd, L., & Bennett, E. (2012). Constructing the moral body: Self-care among older adults with multiple chronic conditions. *Health*, 17, pp. 211-228.
65. Hylands-White, N., Duarte, R. V., & Raphael, J. H. (2016). An overview of treatment approaches for chronic pain management. *Rheumatology International*, 37(1), pp. 29-42
66. Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Cantabria. (2019). *Definiciones*. octubre 7, 2019, de Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Cantabria Sitio web: <https://www.colfisiocant.org/definiciones.php>
67. Jain, S., & Roberts, L. (2009). Ethics in Psychotherapy: A Focus on Professional Boundaries and Confidentiality Practices. *Psychiatr Clin N Am*, 32, pp. 299-314.
68. Jiandani, M. (2018). Physical therapy diagnosis: How is it different? *J Postgrad Med*, 64, pp. 69-72.
69. Kemp, P. (2006). *La mundialización de la ética*. México: Fontamara. Pp. 1-179
70. Klaber, J. & Richardson, P. (1997). The influence of the physiotherapist-patient relationship on pain and disability. *PHYSIOTHERAPY THEORY AND PRACTICE*, 13, pp. 89-96.

71. Kleinman, A. (1988). *The Meaning of Symptoms and Disorders*. En: *The Illness Narrative: Suffering, Healing and the Human Condition* (pp. 3-30). USA: Basic Books.
72. Lavielle, P., Clark, P., Martínez, H., Mercado F. & Ryan, G. (2008). Conducta del enfermo ante el dolor crónico. *salud pública de México*, 50, pp. 147-154.
73. Lecaros, A. (2016). HACIA UNA AUTONOMÍA ENCARNADA: CONSIDERACIONES DESDE UN ETHOS DE LA FINITUD Y VULNERABILIDAD. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 16, pp. 162-187.
74. León, F. (2006). Autonomía y beneficencia en la ética clínica: ni paternalismo ni medicina defensiva. *BIOMEDICINA*, 2 (3), pp. 257-260.
75. Lima, D., Pereira, V. & Ribeiro, E. (2014). The phenomenological-existential comprehension of chronic pain: going beyond the standing healthcare models. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 9, pp. 1-10.
76. Loranger, L. *Good Practice: When it Comes to Scope of Practice Do You Know Your Limits?* Physiotherapy Alberta College and Association (Enero 27, 2020) Blog, enero 20, 2020. Sitio web: [https://www.physiotherapyalberta.ca/physiotherapists/news/good\\_practice\\_when\\_it\\_comes\\_to\\_scope\\_of\\_practice\\_do\\_you\\_know\\_your\\_limits](https://www.physiotherapyalberta.ca/physiotherapists/news/good_practice_when_it_comes_to_scope_of_practice_do_you_know_your_limits)
77. Loureiro, J. (2017). *The right to health care and vulnerability*. *Revista Iberoamericana de Bioética*, 5, pp. 3-17.
78. Martínez, D. (2006). El Manejo del Dolor: Aspectos Bioéticos. *Revista Digital Universitaria*, 7, pp. 1-7.
79. Merskey, H. & Bogduk, N. (1994). Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage. *Classification of Chronic Pain*. Seattle: IASP Press. pp. 209-214
80. Miciak, M., Mayan, M., Brown, C., Joyce, A., & Gross D. (2018). The necessary conditions of engagement for the therapeutic relationship in physiotherapy: an interpretive description study. *Archives of Physiotherapy*, 8, pp. 1-12.
81. Moayedi, M. & Davis, K. (2013). Theories of pain: from specificity to gate control. *J Neurophysiol*, 109, pp. 5-12.
82. Moffett, J., & McLean, S. (2005). The role of physiotherapy in the management of non-specific back pain and neck pain. *Rheumatology*, 45(4), pp. 371-378.
83. Morales, M. & Torrado, C. (2014). Dolor y modalidades físicas: un nuevo paradigma en fisioterapia. *Salud Uninorte*, 30 (3), pp. 465-482.
84. Moratalla, T. & Feito, L. (2013). *Bioética narrativa*. España: Escolar y Mayo. Pp. 1-180
85. Morin, S., Coutinho, F., Laliberte, M., & Feldman, D. (2018). Outpatient physiotherapists' attitudes and beliefs toward patients with chronic pain: A qualitative study. *Physiotherapy Theory and Practice*, 1, pp. 1-10.

86. Mulero A. (2003). *Autonomía profesional en la práctica de terapia física*. Rev Iberoam Fisioter Kinesol, 6, pp. 91-100.
87. Nand, K. (2012). Exploration of the History of Physiotherapy. *Scientific Research Journal of India*, 1, pp. 19-22.
88. Niebrój, L., Jadamus-Niebrój, D. & Giordano, J. (2008). Toward a Moral Grounding of Pain Medicine: Consideration of Neuroscience, Reverence, Beneficence, and Autonomy. *Pain Physician*, 11, pp. 7-12.
89. Noa, B. & Vila, J. (2018). La bioética en Medicina Física y Rehabilitación. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación.*, 10, pp. 1-11.
90. Novoa, E. (2006). Reseña de "La habilidad ética" de VARELA, Francisco. *Revista Colombiana de Bioética*, 1 (2), pp. 169-171.
91. Organización Mundial de la Salud. (2018). *Discapacidad y salud*. enero 23, 2020, de Organización Mundial de la Salud Sitio web: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
92. Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF Versión abreviada*. España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Pp. 1-248
93. Physiotherapy Alberta. (2017). Therapeutic Relations Guide for Alberta Physiotherapists. *Physiotherapy Alberta - College + Association*, 1, pp. 1-12.
94. Physiotherapy Board of Australia. (2017). Code of conduct for registered health practitioners. *Physiotherapy Board of Australia*, 1, pp. 1-15.
95. Pillay, T., Adriaan van Zylb, H. & Blackbeardc, D. (2014). The Influence of Culture on Chronic Pain: A Collective Review of Local and International Literature. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 113, pp. 151-160.
96. Praestegaard, J. & Gard, G. (2015). Ethical Issues Related to the Physiotherapist Patient Relationship during the First Session - The Perceptions of Danish Physiotherapists. *J Clin Res Bioeth*, 6, pp.1-2.
97. Privacy International. *What Is Privacy?* mayo 1, 2019, de Privacy International Sitio web: <https://privacyinternational.org/explainer/56/what-privacy>
98. Puc, X. (2015). Antecedentes Históricos de la Fisioterapia. ¿Dónde comienza y hacia dónde vamos? Octubre 2, 2019, de fisioterapiayrehabilitacionblog Sitio web: <https://fisioterapiayrehabilitacionblog.wordpress.com/2015/11/10/antecedentes-historicos-de-la-fisioterapia-donde-comienza-y-hacia-donde-vamos/>
99. Quinn, V., Guenther, L. & Wainwright, S. (2016). Development and Integration of Professional Core Values Among Practicing Clinicians. *Physical Therapy*, 96, pp. 1417-1429.

100. Rahim, A. & Maniyat, A. (2014). The rise of physical therapy: A history in footsteps. *Archives of Medicine and Health Sciences*, 2, pp. 257-260.
101. Rajapakse, D., Liozzi, C., & Howard, R. (2014). Presentation and management of chronic pain. *Archives of Disease in Childhood*, 99(5), pp. 474-80.
102. Rendtorff, J. (2002). *Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: Autonomy, dignity, integrity and vulnerability – Towards a foundation of bioethics and biolaw*. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 5, pp. 235–244.
103. Resnik, D., Rehm, M. & Minard, R. (2001). The undertreatment of pain: Scientific, clinical, cultural, and philosophical factors. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 4, pp. 277-288.
104. Reyes, A. Fisioterapia: pasado, presente y ¿futuro? efisioterapia.net. Noviembre 18, 2006. Blog octubre 7, 2019. Sitio web: <https://www.efisioterapia.net/articulos/fisioterapia-pasado-presente-y-futuro>
105. Rich, B. (2005). The Doctor as Double Agent. *Pain Medicine*, 6, pp. 393-395.
106. Ricoeur, P. (2004). *Configuración del tiempo en el relato histórico*. En *Tiempo y Narración*. (pp. 341-344). México: Editores Siglo XXI.
107. Ricoeur, P. (2008) *Autonomía y vulnerabilidad en: Lo justo 2*. Estudios, lecturas y ejercicios de ética aplicada. Trotta. Madrid. Pp. 1-240
108. Romera, E., Perena, M., Perena, M. & Rodrigo M. (2000). Neurophysiology of Pain. *Rev Soc Esp Dolor*, 7, pp. 11-17.
109. Senado de la República. (2015). Portal de la Gaceta del Senado 17 de febrero de 2015. octubre 2, 2019, de Senado de la República Sitio web: [https://www.senado.gob.mx/64/gaceta\\_del\\_senado/documento/52755#el\\_senado/](https://www.senado.gob.mx/64/gaceta_del_senado/documento/52755#el_senado/)
110. Slowther, A. (2007). *The concept of autonomy and its interpretation in health care*. *Clinical Ethics*, 2, pp. 173-175.
111. Soler, E. & Montaner, M. C. (2004, enero-abril). Consideraciones Bioéticas en el Tratamiento del Dolor. *Persona y Bioética*, 20-21, pp. 49-64.
112. Sorum, N. (2015). *The Role of the Physical Therapist on the Multidisciplinary Team*. En: *Multidisciplinary Management of Chronic Pain A Practical Guide for Clinicians* (pp. 149-153). USA: Springer.
113. Souto, S. (2013). Autonomía profesional y acceso directo en fisioterapia. *Fisioterapia*, 85, pp. 89-91.
114. Sturgeon, J & Zautra A. (2016). Social pain and physical pain: shared paths to resilience. *Pain Manag.*, 6 (1), pp. 63-74.

115. Suirana, J. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *VERITAS*, 22, pp. 121-157.
116. Sullivan, M. (2000). Principios éticos en el manejo del dolor. *Pain Medicine*, 1, pp. 274-279.
117. Swisher, L. & Page, C. (2005). *Professionalism in physical therapy: history, practice, & development*. EUA: Elsevier. Pp. 1-240
118. Tait, R. (2009). Vulnerability in Clinical Research with Patients in Pain: A Risk Analysis. *journal of law, medicine & ethics*, 1, pp. 59-72.
119. Tauber, A. (2005). *Patient Autonomy and the Ethics of Responsibility*. USA: MIT Press. Pp. 1-326
120. Tejada-Tayabas, L. & Mercado-Martínez, F. (2010). Entre la disponibilidad y el acceso a la atención médica. *La mirada de los enfermos crónicos en condiciones de pobreza*. SALUD COLECTIVA, 6, pp. 35-45.
121. Terlouw, T. (2000). How Can We Treat Collective Amnesia? *Physiotherapy*, 86, pp. 257-261.
122. Tipton C. M. (2014). The history of "Exercise Is Medicine" in ancient civilizations. *Advances in physiology education*, 38(2), pp. 109-117.
123. Torralba, A., Miquel, A. & Darba, J. (2014). Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa "Pain Proposal". *Rev Soc Esp Dolor*, 21, pp. 16-22.
124. Torres, M. (2007). *Bioética y fisioterapia*. Colombia: Editorial Universidad del Rosario. Pp. 1-39
125. Ugarte, J. (2006). Historia de la fisioterapia en México. *Facultad de Medicina BUAP*, 1, pp. 1-7.
126. UNESCO. (2013). *The Principle of Respect for Human Vulnerability and Personal Integrity. Report of the International Bioethics Committee of UNESCO*. Francia: UNESCO. Pp. 1-47
127. Vanderah, T. (2007). Pathophysiology of Pain. *The Medical Clinics of North America*, 91, pp. 1-12.
128. Van Hecke, O., Torrance, N. & Smith, B. (2013). Chronic pain epidemiology - where do lifestyle factors fit in? *British Journal of Pain*, 7(4), pp. 209-217.
129. Vera, J. & Guerra M. (2018). Implicaciones de la bioética en el tratamiento del dolor crónico: el cambio de paradigmas. *Rev. Soc. Esp. del Dolor*, 25, pp. 291-300.
130. Visser, E. & Davies, S. (2009). What is Pain? I: Terms, Definitions, Classification and Basic Concepts. *Australian Anaesthesia*, 1, pp. 29-33.

131. Victor, L. & Richeimer, S. (2005). Trustworthiness as a Clinical Variable: The Problem of Trust in the Management of Chronic, Nonmalignant Pain. *Pain Medicine*, 6, pp. 385-391.
132. Webster, F., Rice, K., Katz, J., Bhattacharyya, O., Dale, C. & Upshur, R. (2019). An ethnography of chronic pain management in primary care: The social organization of physicians' work in the midst of the opioid crisis. *PLoS ONE*, 14, pp. 1-16.
133. World Confederation for Physical Therapy. (2016). *What is physical therapy*. octubre 2, 2019, de World Confederation for Physical Therapy. Sitio web: <https://www.wcpt.org/what-is-physical-therapy>
134. World Confederation for Physical Therapy. (2020). Policy statement: Description of physical therapy. Febrero 13, 2020, de World Confederation for Physical Therapy Sitio web: <https://www.wcpt.org/policy/ps-descriptionPT>



## Anexo 1



Last  
Updated: 9/20/19  
Contact:  
nationalgovernance@a  
pta.org

### **CORE VALUES FOR THE PHYSICAL THERAPIST AND PHYSICAL THERAPIST ASSISTANT HOD P06-19-48-55**

[Amended: HOD P06-18-25-33; Initial HOD P05-07-19-19;] [Previously Titled: Core Values: for the Physical Therapist] [Position]

The core values guide the behaviors of physical therapists (PTs) and physical therapist assistants (PTAs) to provide the highest quality of physical therapist services. These values imbue the scope of PT and PTA activities. The core values retain the PT as the person ultimately responsible for providing safe, accessible, cost-effective, and evidence-based services; and the PTA as the only individual who assists the PT in practice, working under the direction and supervision of the PT. The core values are defined as follows:

- **Accountability**

Accountability is active acceptance of the responsibility for the diverse roles, obligations, and actions of the physical therapist and physical therapist assistant including self-regulation and other behaviors that positively influence patient and client outcomes, the profession, and the health needs of society.

- **Altruism**

Altruism is the primary regard for or devotion to the interest of patients and clients, thus assuming the responsibility of placing the needs of patients and clients ahead of the physical therapist's or physical therapist assistant's self-interest.

- **Collaboration**

Collaboration is working together with patients and clients, families, communities, and professionals in health and other fields to achieve shared goals. Collaboration within the physical therapist-physical therapist assistant team is working together, within each partner's respective role, to achieve optimal physical therapist services and outcomes for patients and clients.

- **Compassion and Caring**

Compassion is the desire to identify with or sense something of another's experience; a precursor of caring. Caring is the concern, empathy, and consideration for the needs and values of others.



- **Duty**

Duty is the commitment to meeting one's obligations to provide effective physical therapist services to patients and clients, to serve the profession, and to positively influence the health of society.

- **Excellence**

Excellence in the provision of physical therapist services occurs when the physical therapist and physical therapist assistant consistently use current knowledge and skills while understanding personal limits, integrate the patient or client perspective, embrace advancement, and challenge mediocrity.

- **Integrity**

Integrity is steadfast adherence to high ethical principles or standards, being truthful, ensuring fairness, following through on commitments, and verbalizing to others the rationale for actions.

- **Social Responsibility**

Social responsibility is the promotion of a mutual trust between the profession and the larger public that necessitates responding to societal needs for health and wellness.

## Anexo 2

### The nature of the physical therapy process

Physical therapy is the service provided only by, or under the direction and supervision of, a physical therapist. It includes examination/assessment, evaluation, diagnosis, prognosis/plan, intervention/treatment, re-examination and discharge.

**Examination/assessment** includes:

- the **examination** of individuals or groups with actual or potential impairments, activity limitations, participation restrictions or abilities/disabilities by history-taking, screening and the use of specific tests and measures
- the **evaluation** of the results of the examination and/or the environment through analysis and synthesis within a process of clinical reasoning to determine the facilitators and barriers to optimal human functioning

**Diagnosis** and **prognosis** arise from the examination and evaluation and represent the outcome of the process of clinical reasoning and the incorporation of additional information from other professionals as needed. This may be expressed in terms of movement dysfunction or may encompass categories of impairments, activity limitations, participatory restrictions, environmental influences or abilities/disabilities.

**Prognosis** begins with determining the need for intervention/treatment and normally leads to the development of a plan, including measurable outcome goals negotiated in collaboration with the patient/client, family or caregiver. Alternatively, it may lead to referral to another agency or health professional in cases that are inappropriate for physical therapy.

**Intervention/treatment** is implemented and modified in order to reach agreed goals and may include:

- therapeutic exercise
- functional training in self-care and home management
- functional training work, community and leisure
- manual therapy techniques (including mobilisation/manipulation)
- prescription, application, and, as appropriate, fabrication of devices and equipment (assistive, adaptive, orthotic, protective, supportive and prosthetic)
- airway clearance techniques
- integumentary repair and protection techniques
- electrotherapeutic modalities
- physical agents and mechanical modalities
- patient-related instruction
- coordination, communication and documentation

Intervention/treatment may also be aimed at prevention of impairments, activity limitations, participatory restrictions, disability and injury including the promotion and maintenance of health, quality of life, workability and fitness in all ages and populations.

All aspects of the physical therapy process can be delivered in a diverse range of settings facilitated by technological advances eg. telehealth, online platforms, apps and other digital delivery options.

**Re-examination** necessitates determining the outcomes.

**Discharge** at the end of the intervention when agreed treatment goals have been achieved or effectiveness is no longer evident.