

2006

Conocimiento de los alumnos de práctica clínica I acerca de los conceptos básicos de bioética

Estrada, Maricel

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/826>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

TESIS DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO
DE LICENCIADO EN TERAPIA OCUPACIONAL
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL

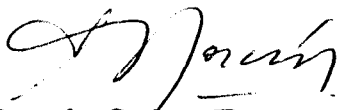
*"Conocimiento de los alumnos
de Práctica Clínica I acerca de
los Conceptos Básicos de Bioética"*

Autor:
Estrada, Maricel

Mar del Plata, Diciembre de 2006

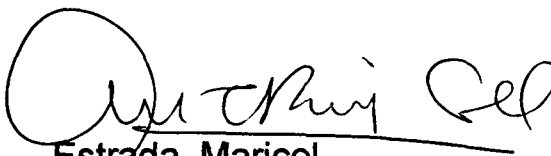
Biblioteca G.E.C.S. y S.S.	
Inventario	Signatura top
3257	
Vol	Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata	

DIRECTOR DE TESIS



García Cein, Emma
Licenciada en Terapia Ocupacional

AUTOR DE TESIS



Estrada, Maricel
Alumno avanzado de la carrera
Licenciatura en Terapia Ocupacional

Al fin llegó el momento tan esperado... la tesis.

Me veo en la obligación de agradecer a mucha gente que de una forma u otra estuvieron a mi lado, y sin los cuales no hubiera sido posible realizar esta investigación:

A Emma, mi directora, por su buena predisposición, por los conocimientos aportados, y por confiar en mi;

A Norma, quien colaboró conmigo en la parte metodológica a pesar de su falta de tiempo, despejándome dudas y resolviendo algunos problemitas que fueron surgiendo;

A la cátedra de Práctica Clínica, que me aportó los datos necesarios para conectar a mi población de estudio;

A la gente de Comisión de Tesis, que supieron guiarme en los pasos a seguir.

Quiero, además, dedicarle este trabajo a mi familia:

A mis viejos, Stella y Raúl, por mostrarme el camino a seguir, enseñarme las armas necesarias y hacerme sentir que siempre estuvieron y siguen estando ahí si los necesito;

A mis abuelos, Juan, Teresa, Bernardo y Luisa, por tanto tanto tanto amor;

A mi sobrino Valentín, por llenarme de alegría;

A mi marido Marcelo, por aguantarme, sobre todo en este último tiempo, y por acompañarme en este proceso.

Los amo a todos.

Indice

INDICE	1
INTRODUCCIÓN	4
ESTADO ACTUAL	7
MARCO TEORICO	18
Capítulo 1: "Bioética"	18
Concepto	19
Historia y evolución	22
En el Mundo	22
En nuestro país	26
Modelo Disciplinario de la Bioética	29
Principios Normativos	32
Principios de No-Maleficencia y Beneficencia	33
Principio de Autonomía	35
Principio de Justicia	37
Reglas Morales	39
Confidencialidad	39
Veracidad	40
Consentimiento Informado	41
Capítulo 2: "Práctica Clínica en Universidad Nacional de Mar del Plata"	44
Concepto	45
Breve reseña histórica de la Práctica Clínica en Universidad Nacional de Mar del Plata	48

Práctica Clínica según Plan de Estudio 1993	51
Capítulo 3: "Bioética en Práctica Clínica"	60
Historia de la Terapia Ocupacional en Universidad Nacional de Mar del Plata	61
Ejercicio Profesional y Bioética	63
FUNDAMENTACION	67
ASPECTOS METODOLOGICOS	71
Tema	71
Problema	71
Objetivo General	71
Objetivos Específicos	72
Variable	72
Definición Científica	73
Definición Operacional	73
Dimensionamiento de la variable	75
Operacionalización de la variable	76
Categorización de la variable	77
Tipo de Diseño	78
Universo de Estudio	79
Muestra	80
Criterios de Selección de la muestra	80
Método de Recolección de Datos	80
Procedimiento para la Recolección de Datos	81

Análisis de los datos	81
RESULTADOS	82
Análisis Cuantitativo	82
Caracterización de la Población de Estudio	82
Conceptos Básicos de Bioética	87
Principios Normativos	87
Reglas Morales	89
Consideración de la Inclusión de la materia	93
Ética y Deontología Profesional previo a la	
cursada de la primer Práctica Clínica	
Nivel de Conocimiento de los alumnos de	95
Práctica Clínica I	
Interpretación y Análisis Cualitativo de los Resultados	99
CONCLUSIÓN	105
BIBLIOGRAFÍA	109
ANEXO	113
Anexo 1	113
Consentimiento Informado para participar en	113
el Estudio de investigación	
Entrevista Semiestructurada	115
Anexo 2	119
Reglamento de Práctica Clínica	119

Introducción

El presente trabajo pretende abordar como problemática central, el nivel de conocimiento que poseen los alumnos de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional (Lic. en T.O.) de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social (F.C.S.S.S.) al momento de cursar su primer Práctica Clínica (P.C.), acerca de los conceptos básicos de Bioética.

El tema surgió al momento de cursar la materia Ética y Deontología Profesional, como una inquietud de los alumnos en general. Los mismos planteaban una serie de situaciones vividas en las instituciones donde realizaron sus prácticas, que los posicionaban en una especie de encrucijada entre lo que le solicitaban por un lado, y su conjunto de creencias y valores por otro.

Fueron diversos los hechos planteados, aunque todos argumentaron que de haber contado en ese momento con algunos conocimientos básicos de Bioética, la situación hubiera sido muy diferente, ya que podrían haber sustentado teóricamente el porqué de su postura, ya sea a favor o en contra de lo solicitado.

Es por ello que, con dicha problemática de base, y luego de haber consultado la bibliografía pertinente, se decide organizar la investigación de la siguiente manera:

El *Marco Teórico* se halla constituido por tres capítulos: "Bioética", "Práctica Clínica en Universidad Nacional de Mar del Plata", y "Bioética en Práctica Clínica".

El primer capítulo abarca una breve definición del concepto de Bioética, su Historia y Evolución en el país y en el mundo. A continuación se adopta el Modelo Disciplinario de la Bioética, propuesto originariamente por Beauchamp-Childress, para pasar luego a explicar en forma mas detallada los Principios Normativos y las Reglas Morales. Estos se desprenden del modelo antes mencionado y comprenden el eje del trabajo, por considerarlos conceptos básicos de Bioética.

En el segundo capítulo, el eje lo constituye la P.C. en la Universidad Nacional de Mar del Plata (U.N.M.d.P.). También se realiza aquí una definición y una breve reseña histórica de la misma. Se describen, además, objetivos y modalidades de cursada, supervisión y aprobación, según Plan de Estudio 1993.

En el último capítulo, se pretende abordar el lugar que ocupa la Bioética en la P.C.; para lo cual se creyó conveniente desarrollar en primera instancia la historia de la carrera Lic. T. O. en la U.N.M.d.P. y dentro de ello la inclusión o surgimiento de la materia Ética y Deontología profesional en el Plan de Estudio.

Hecho que tuvo lugar luego de 25 años de ejercicio profesional de la Terapia Ocupacional (T.O.). Luego se explicita la utilización de la Bioética en el ejercicio del pre-rol profesional.

Se decidió implementar, como modo de recolección de datos, una entrevista semiestructurada a los alumnos que hayan realizado o estén realizando su primer P.C. dentro del período comprendido entre Marzo de 2005 y Diciembre de 2006, pero que no hayan cursado aun la materia Etica y Deontología Profesional. En ella se solicita a los mismos que contesten las preguntas en base a los conocimientos que posean de acuerdo a sus propios valores y creencias, y se indaga, además, en que momento consideran necesaria la inclusión de la materia Ética y Deontología profesional en el Plan de Estudio.

Estado Actual

El rastreo bibliográfico realizado no ha arrojado un gran número de publicaciones y artículos referidos específicamente al conocimiento que estudiantes de la carrera Lic. en T.O. poseen acerca de la Bioética. Sin embargo, aparecen algunas publicaciones en las que se hace referencia a la presencia de dilemas éticos en nuestra profesión, y es por eso que se ha decidido incluirlos en esta sección.

Los artículos se encuentran ordenados cronológicamente.

El estudio denominado "Dilemas Éticos en Terapia Ocupacional y Terapia Física: un estudio de profesionales en el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido", fue realizado en el año **1998** por *Barnitt, R.*, en la Escuela de Terapia Ocupacional y Fisioterapia, de la Universidad de Southampton, Highfield.

Los objetivos del trabajo consistieron en: identificar los dilemas éticos experimentados por Terapistas Ocupacionales y Físicos que trabajaban en el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido; y comparar los contextos, temas y principios que atravesaron ambos grupos.

Se implementó un cuestionario estructurado, repartido entre 238 Terapistas Ocupacionales y 249 Terapistas Físicos. Los resultados arrojados por el mismo muestran que 118 Terapistas Ocupacionales y 107 Terapistas Físicos manifestaron haber experimentado dilemas éticos en los 6 meses previos.

De los dilemas éticos planteados por Terapistas Ocupacionales, 50 de ellos tuvieron lugar en áreas de salud mental, a diferencia de los Terapistas Físicos.

Surgieron diferentes temas éticos entre los 2 grupos, siendo lo más común para Terapia Ocupacional el comportamiento peligroso de los pacientes y el staff no profesional, y para Terapia Física las limitaciones en los recursos y la efectividad del tratamiento.

No se encontraron diferencias en los Principios éticos utilizados.

En el año **2002** se llevó a cabo una investigación a cargo de *Foye, S. J.; Kirschner, K. L.; Brady Wagner, L. C.; Stocking, C. y Siegler, M.*

La misma se denominó "Discusiones Éticas en Rehabilitación: un análisis cualitativo de dilemas identificado por Terapistas Ocupacionales", y fue realizada en el Instituto Kessler de Rehabilitación, en Sadle Brook, New Jersey, Estados Unidos.

En una primera parte del estudio, los investigadores solicitaron a los Terapistas Ocupacionales que describieran 3 situaciones de su hacer cotidiano que puedan plantear problemas morales. En una segunda parte se les pidió que consideraran si varios temas éticos tradicionales eran de alto, medio o bajo interés para ellos. La tercera parte constaba en identificar los formatos que para ellos serían mas apropiados en las intervenciones educativas futuras.

Los resultados obtenidos mostraron, por ejemplo, que una de las situaciones conflictivas más frecuentemente mencionadas fue la retisencia del

familiar o del paciente a las recomendaciones del equipo. En relación con la segunda sección, los entrevistados estaban particularmente interesados en temas tales como la resolución de conflictos entre pacientes y equipo, y el rol del paciente en la toma de decisiones. Indicaron, además, una fuerte preferencia por los formatos educacionales interdisciplinarios e interactivos.

Strong, S.; Baptiste, S. y Salvatori, P. realizan en el año **2003**, y dentro del marco de la Escuela de Ciencias de la Rehabilitación, de la Universidad McMaster, un trabajo cuyo nombre es "Aprendiendo de la práctica cotidiana en los profesionales de hoy para educar a los terapeutas del mañana".

Esta investigación fue realizada en respuesta a la demanda de terapeutas y a los cambios producidos en la práctica cotidiana.

Se emplearon, para el estudio, grupos focales, entrevistas y cuestionarios, en 66 terapeutas de un amplio rango de instituciones.

Se les solicitó que:

- a) identificaran el conocimiento básico, habilidades y comportamientos profesionales requeridos para la práctica de su profesión;
- b) determinaran el grado de entrenamiento en el que están preparados los estudiantes para la práctica profesional; y
- c) mencionaran recomendaciones para la revisión del currículum y/o para un desarrollo adicional del mismo.

Los resultados mostraron que hubo un fuerte acuerdo en cuanto a lo que los participantes consideraban que se requería para la efectividad de la práctica; pero existieron puntos de vista dispares en cuanto al grado de preparación para la misma.

Por último, en el año **2004**, se realiza un estudio denominado “Razonamiento moral en estudiantes de Terapia Física y Ocupacional”. El mismo está a cargo de *Dieruf, K.*, y se lleva a cabo dentro del Programa de Terapia Física, en el Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Nuevo México (U.N.M.).

En la actualidad están ocurriendo cambios drásticos relacionados con el cuidado de la salud. Con estos cambios, los profesionales de la salud están expuestos a más dilemas éticos que antes, posicionándolos en situaciones en las cuales deben tomarse decisiones morales. Los profesionales de Terapia Física (T.F.) y Terapia Ocupacional (T.O.) han expandido sus roles en el cuidado de los pacientes e incrementado su autonomía en el juicio clínico; es por eso que se ha vuelto necesario determinar el desarrollo moral y el conocimiento ético de estos profesionales.

Se encuentran varios artículos disponibles en profesiones tales como medicina, veterinaria y odontología. Hay artículos limitados, sin embargo, específicamente referidos al rol y la magnitud de la educación ética en la currícula de Terapistas Físicos y Terapistas Ocupacionales.

Esta investigación fue diseñada para determinar el impacto de los programas educativos de la Universidad de Nuevo México sobre el razonamiento moral de los estudiantes de Terapia Física y Terapia Ocupacional. En este estudio, el desarrollo moral se basa en la teoría de Kohlberg, quien identifica a la Justicia como el principio universal.

Son muchos los filósofos y psicólogos que se han preocupado por el problema de la moral. A partir de las teorías de Kant, Piaget y otros, L. Kohlberg desarrolla, en Estados Unidos, una teoría sobre el desarrollo del juicio moral, la cual se conoce como "Cognitivo-Evolutiva".

Su teoría establece tres *Niveles de desarrollo moral*, cada uno de los cuales consta de dos estadios intermedios. Estos estadios morales son, según argumenta, estructuras de razonamiento moral. El contenido del juicio moral en una situación dada puede observarse en la decisión que adopta una persona en dicho momento; y el razonamiento sobre su decisión define la estructura de su juicio moral.

Brevemente, estos niveles de desarrollo moral son conocidos como *moralidad preconventional*, *moralidad convencional*, y *postconventional*. La moralidad preconventional se focaliza en las percepciones egocéntricas de lo correcto e incorrecto (estadios 1 y 2) y es el nivel de la mayoría de los chicos menores de 9 años, algunos adolescentes, y muchos adolescentes y adultos con tendencias criminales. En el pensamiento convencional (estadios 3 y 4), la consideración está puesta en como las acciones son vistas por los demás y se adhiere el reconocimiento del deber y orden social. Este es el nivel de la

mayoría de los adolescentes y adultos de los Estados Unidos y otras sociedades. El nivel más alto es el de moralidad postconvencional, donde los individuos toman decisiones basados en principios morales universales. Este nivel agrega consenso social acerca de derechos y habilidades para usar principios morales abstractos. Incluye los estadios 5 y 6 y es alcanzado por unos pocos adultos.

Kohlberg argumenta que el desarrollo moral del individuo no se reduce a interiorizar las reglas sociales, sino que construye nuevas estructuras a partir de su interacción con el medio.

Para él, el razonamiento lógico se dá antes que el razonamiento moral; ya que el sujeto sólo puede razonar abstractamente y considerar las relaciones entre sistemas, si está en el estadio de operaciones formales.

La validación del sistema Kohlberg ha sido bien establecida a través de las culturas y bajo una amplia variedad de situaciones socioeconómicas en estudios alrededor del mundo.

En el año **1979** *James Rest* creó, apoyándose en la teoría de Kohlberg, un test denominado *Defining Issues Test (D.I.T.)* que mide el desarrollo moral del individuo.

El aporte brindado por Rest es conocido como el enfoque neokohlbergiano. Ya que flexibiliza la estructura rígida de los seis estadios y centra su atención en la naturaleza social de la moralidad. Sin embargo, su teoría sigue siendo en esencia cognitiva.

Rest establece el siguiente esquema de desarrollo moral:

1. Esquema del interés personal: se desarrolla en la infancia y deja de ser central hacia los doce años. Se deriva de los estadios 2 y 3 de Kohlberg.
2. Esquema de mantenimiento de normas: es el mayor avance socio-cognitivo de la adolescencia, ya que representa el “descubrimiento de la sociedad”. Derivado del estadio 4.
3. Esquema postconvencional: las obligaciones morales deben ser plenamente recíprocas y abiertas al escrutinio, basándose en ideales compartidos. Derivado de los estadios 5 y 6.

El D.I.T. es la herramienta de medición mas ampliamente utilizada en la investigación del razonamiento moral y ha sido implementada en muchos estudios en los Estados Unidos y alrededor del mundo.

El D.I.T. es un test objetivo estructurado compuesto por 6 historias hipotéticas, cada una de las cuales presenta un dilema ético, que lleva al individuo a valorar las posibles acciones a seguir. Estas historias son:

- Heinz y la medicina
- El prisionero fugado
- Webster y el mecánico
- El dilema del doctor
- La ocupación de los estudiantes
- El periódico

Rest arribó, a partir de la aplicación del cuestionario, a las siguientes conclusiones:

- ❖ El juicio moral es de naturaleza desarrollista, donde la edad y las experiencias sociales y educativas del sujeto son variables muy importantes.
- ❖ El proceso del juicio moral es de naturaleza cognitiva.
- ❖ El razonamiento moral no es solamente de naturaleza cognitiva ni se relaciona directamente con rasgos cognitivos *puros* como la inteligencia expresada en el Coeficiente de Inteligencia, si bien tiende a correlacionarse de manera positiva con esos rasgos.

Sin embargo, son escasos los estudios que han reportado el nivel de desarrollo moral y los efectos de la educación en estudiantes de Terapia Física y Terapia Ocupacional; es por eso que se solicitó al Dr. James Rest el permiso para usar el D.I.T..

Este estudio de investigación fue diseñado para determinar si los programas educativos de las carreras antes mencionadas de la Universidad de Nuevo México favorecen el razonamiento moral, y específicamente para responder a las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Las mediciones de los estudiantes de T.F. y T.O. de la U.N.M. se encuentran dentro de los rangos esperados para estudiantes profesionales?
2. ¿Hay alguna diferencia entre los valores de medición de ingreso y graduación de los estudiantes de T.F. y T.O. de la U.N.M.?

3. ¿Hay alguna diferencia entre los estudiantes de T.F. y T.O. de la U.N.M.?

La investigación corresponde a un diseño de tipo longitudinal. Los estudiantes completaron un breve estudio demográfico (que incluye preguntas referentes a edad, nivel educativo, estado civil, y número de hijos) y el D.I.T. el primer día de clase y nuevamente durante su examen final semestral (estudiantes de Terapia Ocupacional) o en la graduación (estudiantes de Terapia Física). El número total de sujetos ascendía a los 94, de los cuales 58 correspondían a estudiantes de Terapia Física y 36 a estudiantes de Terapia Ocupacional.

Los resultados muestran que el razonamiento moral medido con el DIT se asocia a un buen desempeño profesional. Para promover una práctica profesional óptima, los programas educativos deberían maximizar la oportunidad de facilitar el desarrollo moral en cada uno de los estudiantes.

La primer pregunta de investigación fue respondida positivamente. Las otras dos preguntas fueron respondidas negativamente. Se predijo que los estudiantes graduados y aquellos con un título anterior obtendrían mayores mediciones. No hubo diferencias significativas entre los niveles de medición de ingreso y graduación en ningún grupo de estudiantes o para los estudiantes que ya poseían o no un título de grado al momento de ingresar. Estos son resultados inesperados, porque Rest ha mostrado que la educación continuada aumentaría el nivel de medición.

Basados en los resultados de este estudio, parece que los programas educativos de la U.N.M. no están desarrollando el razonamiento moral en sus estudiantes. Esta situación puede deberse a que el promedio de edad de los estudiantes alcanza los treinta años, y casi la mitad del total de la muestra ingresaron con un título previo. Es por eso que los alumnos habrían ingresado con un nivel superior, y no se encontrarían demasiados cambios en dos años. El poco cambio evidenciado puede indicar, sin embargo, que el programa educativo, el desarrollo profesional, o el ambiente están inhibiendo el desarrollo moral.

Los resultados de este estudio deben interpretarse dentro del contexto de sus limitaciones. Esta investigación siguió sólo dos clases consecutivas de estudiantes de T.F. y T.O. en una sólo institución, y los resultados no pueden ser generalizados a otras instituciones. Estos resultados preliminares también pueden deberse al pequeño tamaño de la muestra. En el futuro, se hará una comparación entre los diferentes títulos de grado, y además, hay planes de conducir esta investigación en otras instituciones para determinar si se encuentran resultados similares.

Cabe aclararse que, el test anteriormente mencionado sería mas que pertinente para utilizarlo en la presente investigación. Sin embargo, se decidió no hacerlo ya que sería necesario llevar a cabo una validación del mismo para aplicarlo en nuestro país; no sólo por el idioma, sino también por la diferencia

de culturas, ya que los casos propuestos probablemente no resultarían representativos para nuestra población.

Marco Teórico

Capítulo 1

BIOETICA

“Estudio sistemático de la conducta humana
en el área de las ciencias de la vida y la atención de la salud
en tanto que dicha conducta es examinada
a la luz de los principios y valores morales”.¹

¹ MAINETTI, J. A.. *Bioética sistemática*. La Plata: Editorial Quirón, 1991. P. 15.

Concepto

El término Bioética proviene del griego *Bios*, que significa vida, y *Ethos*, ética; y fue utilizado por primera vez en el año 1971 por Van Rensselaer Potter en su libro "Bioethics: a Bridge to the Future". Sin embargo, y tal como lo afirma Gafo Fernández, es un término muy nuevo para abordar una realidad ya existente desde tiempos remotos. Esto se debe a que la medicina ha sido consciente desde épocas antiguas de las dimensiones morales que implicaban su ejercicio, y fue la moral católica la que hasta el siglo XIX, en Occidente, se preocupó por estos temas que hoy en día pertenecen a la Bioética.

Siguiendo a la T.O. Nora Beecher, y a las Lic. en T.O. M. Alejandra Campisi y M. Angélica Rossi, en una publicación (*Ideologías y Realidades*) realizada en la revista *Materia Prima*, puede llevarse a cabo un acercamiento analítico de la definición de Bioética; lo que permitirá una comprensión más acabada de la misma y, por lo tanto, facilitará el abordaje de sus fundamentos y alcances.

Según ellas "La Bioética como *estudio sistemático*, se desprende en dependencia formal y sistemática de la Filosofía, como *Ética normativa aplicada*, consafrando el alcance entre la ciencia y la ética en la era tecnológica, a través de la aplicación de un sistema de normas y principios a dilemas específicos.

Por otra parte, respecto de sus contenidos, la Bioética se desprende de la biomedicina en concurrencia con distintas disciplinas, que hacen que se relacione con la *conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la atención de la salud*, dándole el carácter de interdisciplinariedad, como metodología de valoración integradora de perspectivas intelectuales y morales.

Hacer referencia a *principios y valores morales* indica su contexto normativo: ético filosófico, religioso, jurídico, político, abarcando todo el ámbito de la filosofía práctica e involucrando aspectos fácticos conceptuales y normativos en forma de discernimiento moral como también hechos y teorías (contenidos de normas, juicios de valor e instituciones morales).”²

La Bioética es una rama o disciplina de la Etica filosófica, de naturaleza interdisciplinaria, que abarca la ética médica, pero no se limita a ella, sino que constituye un concepto más amplio. Mientras que la Etica médica, en un sentido tradicional, trata de los problemas relacionados con valores que surgen de la relación médico – paciente; la Bioética, por su parte, involucra cuatro dimensiones importantes, que son:

- Comprende las problemáticas relacionadas con valores que surgen en todas las profesiones “afines” y las vinculadas con la salud mental.
- Se aplica a la investigación biomédica y del comportamiento independiente de que influya o no en el proceso terapéutico.

² BEECHER, N.; CAMPISI, M. A. y ROSSI, M. A.. *Ideologías y Realidades*. En: Revista Materia Prima. Buenos Aires, 1999. Año 3, Nº 11, p. 16.

- Aborda una amplia gama de cuestiones sociales como las que se relacionan con la salud pública, la salud ocupacional e internacional, etc.
- Va mas allá de la vida y la salud humana atendiendo a la problemática ambiental y ecológica.

En la Bioética se distinguen 3 niveles: macro, meso y micro. El primero abarca la problemática ambiental poblacional, nuclear – estratégico y de los límites morales de la investigación científico – tecnológica. El segundo comprende todas las intervenciones sobre la vida humana individual, desde el nacimiento hasta la muerte. Por último, desde la microbioética se abordan las cuestiones relacionadas con los aspectos morales de la relación terapéutica (veracidad, confidencialidad, y consentimiento informado) entre el profesional y el paciente y en la atención de la salud.

Historia y evolución

En el Mundo

Dentro de los antecedentes más importantes de esta disciplina podemos mencionar el Juramento de Hipócrates (**siglo VI – I a.C.**), que constituye el primer testimonio de la cultura occidental acerca de la conciencia que sobre las implicancias éticas de la profesión tiene la medicina; y se convierte en la inspiración de los primeros códigos deontológico al formarse, en todo el mundo, asociaciones y colegios médicos.

Se poseen documentos similares en otras culturas, cuyo contenido tiene puntos en común con el Juramento Hipocrático, aunque no de forma tan precoz.

Los aspectos éticos de la Medicina fueron objeto de atención de la Moral Católica, quien abordó temas referidos especialmente al inicio y final de la vida, en torno al quinto mandamiento: "*No matarás*".³

En la **Edad Media** se adoptó la costumbre (al surgir las primeras escuelas de Medicina), de que los alumnos profesen de forma solemne al

³ Ex., 20, 13.

finalizar sus estudios, versiones actualizadas del Juramento Hipocrático, antes de iniciar el ejercicio de la profesión.

Durante el **siglo XIX** comienzan a formarse las primeras asociaciones y colegios médicos, y surgen igualmente los primeros códigos deontológico que sintetizan las obligaciones de los médicos desde los valores inspirados en la época hipocrática.

La **época nazi** constituye un punto crítico en la historia: 16 de 23 médicos alemanes fueron declarados culpables y 7 condenados a muerte por el Tribunal de Nuremberg como consecuencia de experimentos humanos realizados en los campos de concentración.

La Declaración de Ginebra (1948), en la Primera Asamblea de la Asociación Médica Mundial, constituye una actualización de la ética hipocrática posterior a las brutalidades de la Segunda Guerra Mundial.

En el año **1949** se adoptó (en la Segunda Asamblea Mundial) un Código Internacional de Ética Médica, que se halla inspirado en la Declaración de Ginebra y en Códigos Deontológico de distintos países.

Posteriormente comienzan a surgir códigos deontológicos (especialmente en el Mundo anglosajón) que hacen referencia a distintas especialidades médicas. Por otro lado, la propia comunidad médica desarrolla, ante determinados

problemas concretos, sus propias directrices éticas. Un ejemplo de ello es el Código de Nuremberg (inspirado en la sentencia del Tribunal) que surge a raíz de las experimentaciones nazis.

En Alabama, EEUU, se negó a personas de raza negra que padecían sífilis, el tratamiento con antibióticos para poder estudiar el curso de la enfermedad. Este hecho dió origen a la creación de la llamada Comisión Nacional (1974 – 1978). El Informe Belmont recoge las deliberaciones de esta comisión, la que marcó las directrices que deben presidir las experimentaciones en seres humanos.

En **1967** se realizaba el primer trasplante cardíaco; acontecimiento que causó un enorme impacto mundial que generó serios interrogantes éticos acerca de la determinación de la muerte del donante y su consentimiento.

En los Hospitales privados estadounidenses se aprueba, en el año **1972**, la Carta de los Derechos de los Enfermos, conformando un marco de relación entre los profesionales de la salud y los enfermos, muy diferente al proveniente de la Ética Hipocrática. Este documento afirma fundamentalmente 4 derechos básicos del enfermo que son:

- Derecho a la vida
- Derecho a la asistencia sanitaria
- Derecho a la información

- Derecho a una muerte digna.

Estas cartas significan la introducción de una relación más horizontal e igualitaria en el ejercicio de la profesión sanitaria, de manera tal que el Hospital funcione con leyes similares a la sociedad en general, concediéndole a los pacientes los mismos derechos que en su vida cotidiana nadie les negaría.

El *Consentimiento Informado* es el pilar básico de estas cartas, cuyo resultado es un distanciamiento creciente de la *Ética Médica Hipocrática Tradicional*.

El caso Karen A. Quinlan abrió una gran discusión en torno al final de la vida, cuando el Tribunal Supremo del Estado de Nueva Jersey reconoció, en el año **1976**, el derecho de la joven a morir en paz y con dignidad tras la petición de los padres de la misma, quienes el año anterior habían solicitado a la dirección del Hospital la desconexión del respirador que la mantenía con vida. Fue a partir de allí que comenzaron a difundirse los Testamentos Vitales.

El caso de Baby Doe (**1981**) también suscitó una inmensa polémica: se le negó a un neonato con Síndrome de Down una urgente intervención quirúrgica. Esto sucedió en Bloomington, Indiana.

A principio de la **década de los '80** la Bioética ya se encuentra firmemente afianzada en los Estados Unidos y comienza a extenderse por varios países más. Se abren Comités asistenciales de Ética en dicho país; la

enseñanza de esta disciplina se hace extensiva a las Escuelas de Medicina, y se crean numerosos centros especializados.

En nuestro país

En la Argentina, los antecedentes de la Bioética no son tan lejanos como en el resto del mundo.

Siguiendo un orden cronológico cabe mencionar, en primer lugar, la creación del Instituto de Humanidades Médicas en la ciudad de La Plata, en el año **1972**. Este acontecimiento dio lugar posteriormente (**1980**) a la fundación de la Cátedra de Humanidades Médicas en la Universidad Nacional de dicha ciudad.

Seis años después (**1986**) se crea, en el Instituto antes mencionado, el Centro Nacional de Referencia Bioética (CENAREBIO) que presenta como objetivo la promoción de los estudios bioéticos en la Argentina, y que funciona como incentivo para la creación de otros grupos similares en Buenos Aires, Mar del Plata, Mendoza y Tucumán.

Tres importantes instituciones Bioéticas se desarrollan a partir del CENAREBIO; ellas son: el Comité de Ética del Centro Oncológico de Excelencia (COE), la Escuela Latinoamericana de Bioética de la Fundación

Mainetti, y la Federación Latinoamericana de Instituciones Bioéticas (FELAIBE).

En forma **más reciente** se constituye, en la Universidad Nacional de Mar del Plata, un grupo de profesionales de diferentes disciplinas, responsables del diseño de un curso de postgrado de especialización en Bioética y de la organización de la Primeras Jornadas Marplatenses de Bioética en el año **1988** (en el marco del VI Simposio Internacional de Bioética), donde se constituyó el Primer Grupo de Estudios Iberoamericanos de Bioética.

El doctor Mainetti explica el movimiento Bioético en América Latina (y por ende en nuestro país como parte integrante) como sigue: "El interés público y académico por los temas bioéticos es sensible en los años '80, con la generalización de las nuevas tecnologías médicas (cuidados intensivos, trasplantes, reproducción asistida) y el advenimiento de los gobiernos democráticos en la región. Por un lado, se observa una creciente intervención judicial en casos médicos, debido quizás al distanciamiento que el especialismo pone entre el profesional y el paciente. Por otro lado, se dá la rehabilitación académica de la filosofía práctica, moral y política, aplicada a la medicina..."⁴

⁴ ANGELI, E.; ORTIZ DE ROSAS, R. R. Y QUIROGA, Y. N.. *Aportes desde la Terapia Ocupacional respecto de la expresión de la autonomía de las personas vulnerables, desde una perspectiva Bioética*. Tesis de grado para la Licenciatura en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, 2002. P. 22.

Sin embargo, en Argentina, aún queda camino por recorrer: las publicaciones, si bien van en aumento, no son frecuentes; los temas de Bioética se abordan en centros especializados y en hospitales e instituciones privadas; los avances científico – técnicos aplicados sobre seres humanos carecen de normas jurídicas que los legislen.

Todos estos hechos no hacen más que describir el panorama de la Bioética en nuestro país.

Modelo disciplinario de la Bioética

El **Modelo de los Principios** fue propuesto originariamente por Beauchamp – Childress en el libro "Principles of Biomedical Ethics" (1979). Este paradigma se aplica para la resolución de conflictos y dilemas morales de la experiencia clínica, y constituye un sistema de argumentación moral en el que pueden diferenciarse 4 niveles de justificación: teorías, principios, reglas y casos o juicios particulares. (16)

Siguiendo al doctor José A. Mainetti, se puede explicar el paradigma disciplinario de la Bioética como sigue:

- **Teorías Éticas**

Las teorías éticas brindan los fundamentos de la moralidad en la acción humana. Entre ellas se pueden mencionar: las *teorías de la virtud*, que ponen el acento en las cualidades del agente; y en base a ello una acción será moral o inmoral de acuerdo a que exprese virtudes o vicios del sujeto. Por otra parte, las *teorías deontológicas* enfatizan las cualidades propias de los actos (sus características intrínsecas), considerándolos correctos o incorrectos independientemente de sus fines y consecuencias. Las *teorías consecuencialistas*, por el contrario, se centran en los resultados de una acción, en sus consecuencias.

- **Principios Normativos**

Los principios normativos son 3 (o 4 si se desdobra el primero) y constituyen el eje central del modelo; ellos son: *Beneficencia* (del latín bonum facere; "hacer el bien") y *no Maleficencia* (del latín non malum facere; "no hacer daño")

Autonomía (del griego autos = uno mismo y nomos = regla; "gobierno propio o autodeterminación")

Justicia (del latín justitia; "corrección o adecuación, ajuste a un modelo")

Debido a la importancia de los principios en el presente trabajo, los mismos se desarrollarán con profundidad más adelante.

- **Reglas Morales**

Surgen, del principio de beneficencia y no maleficencia, algunas reglas morales como no matar, no causar dolor, no incapacitar, no privar de libertad, no privar del placer. Las mismas prohíben dañar a otros sin una adecuada justificación.

Sin embargo, beneficencia y no maleficencia no son las únicas características que transforman a una acción en moralmente correcta o incorrecta, por lo que podemos encontrar, además, reglas tales como no engañar, no violar la ley, etc.. Pero haciendo referencia a la relación terapéutica, más específicamente, se pueden destacar tres reglas morales de carácter deontológico como obligaciones del profesional. Las mismas son: confidencialidad, veracidad y consentimiento informado.

Al igual que los principios, serán retomados con posterioridad.

- **Casos paradigmáticos y modelos de responsabilidad médica**

El juicio sobre casos particulares constituye el último nivel teórico de análisis del modelo de razonamiento moral. Nos encontramos ante la presencia de casos paradigmáticos, cuando dichos casos plantean no sólo situaciones o problemas morales, sino también dilemas estrictos. En el primero de los casos, se plantean circunstancias ante las cuales debe tomarse una opción de conducta, que requiere para ello del conocimiento de lo que es bueno hacer, y la justificación de dicha alternativa elegida. Los dilemas estrictos son aquellos en los que a la vez se sabe que algo debe hacerse o no hacerse.

Los principios y reglas constituyen las guías para la acción en el paradigma bioético de razonamiento moral. Mientras que los primeros son de carácter mas general y normalmente sirven como fuentes de las reglas, estas últimas particularizan y precisan mejor las acciones, en tanto que son prohibidas, requeridas o permitidas.

Principios Normativos

La finalidad de los principios consiste en permitir al análisis de los problemas Bioéticos en función de los mismos y de sus procedimientos derivados, que son: confidencialidad, veracidad, consentimiento informado y políticas en salud.

Estos tres grandes principios (o 4 si se desdobra el primero de ellos) entran en conflicto de acuerdo a la importancia que se le brinde a cada uno de ellos al momento de analizar los problemas bioéticos. Y las respuestas a dichos problemas surgirán a partir de las teorías a las que uno adhiera como profesional (en forma particular) y a partir de la cultura a la que uno pertenezca (en forma más general).

Principios de No-Maleficencia y Beneficencia

Estos principios (de carácter utilitarista) constituyeron el eje de la Ética Médica Clásica, y se encuentran en la base del Juramento Hipocrático.

No-Maleficencia

Proviene del latín *Non Malum Facere*, que significa “no hacer daño”.

Es considerado como un principio independiente por Beauchamp y Childress, quienes argumentan que “el deber de no dañar es más obligatorio e imperativo que el de beneficencia...”⁵

Constituye el deber ético principal por parte del médico de no utilizar sus conocimientos o su situación de privilegio frente al enfermo para causarle daño.

Se derivan de este principio algunas normas para el médico tales como no causar dolor, no matar, no impedir placer, no incapacitar (física o mentalmente).

Beneficencia

Del latín *Bonum Facere*, “hacer el bien”.

Este principio es considerado tradicional en la praxis médica, y se halla sintetizado en la Declaración de Ginebra (1948), donde se afirma que la salud del paciente será la primera preocupación del médico.

⁵ GAFO FERNÁNDEZ, J.. *10 palabras clave en Bioética*. 3º Edición, actualizada. Navarra: Editorial Verbo Divino, 1997. Vol. 4, P. 25.

Implica "... la exigencia ética de hacer el bien y que los profesionales de la salud pongan sus conocimientos, su capacidad de relación humana, su humanidad, al servicio de la persona que vive el trance siempre doloroso y angustioso de la enfermedad." ⁶

Los moralistas difieren acerca de si estos principios son dos deberes distintos o separados. Es por ello que, siguiendo a W. Frankena, suele establecerse una gradación, en orden jerárquico, de obligaciones No maleficencia – Beneficencia que incluye 4 elementos:

" 1 – Se debe no infligir mal o daño (principio de no maleficencia).

2 – Se debe prevenir el mal o daño.

3 – Se debe remover el mal.

4 – Se debe hacer o promover el bien." ⁷

El primero de estos cuatro elementos (deber pasivo o negativo de no maleficencia) tiene prioridad sobre los deberes de beneficencia positiva o activa (elementos 2 a 4), hasta tal punto que para algunos estos últimos son considerados ideales morales y no deberes en sentido estricto.

Si bien no causar daño es considerado una obligación más prioritaria que producir beneficio, deben definirse: una obligación moral de asistir a otras personas con acciones positivas de beneficencia (siempre y cuando las circunstancias no acarreen riesgo para uno mismo); como así también un deber de beneficencia para los actos sociales o de bien común, como por ejemplo

⁶ Ibid., p. 98.

⁷ MAINETTI, J. A.. Op. Cit. p. 43.

“salud pública”. Por lo tanto, para la Ética Médica, deben tratarse ambos principios (beneficencia y no maleficencia) en forma conjunta como una manera de rendir honor a la tradición hipocrática.

Es importante tener en cuenta, además, que ya que la vida moral no consiste en dos vidas paralelas (la de producir beneficio, por un lado, y la de evitar daño, por el otro), es necesario un principio de equilibrio, o balance.

La crítica que recibe este principio es el paternalismo, ya que basándose en él, el profesional de la salud actúa sin que el paciente decida aceptar el bien que se pretende llevar a cabo; es decir, sin su consentimiento, e incluso, en ocasiones, en contra de su voluntad.

Principio de Autonomía

La palabra Autonomía proviene del griego *Autos*, que significa “uno mismo”, y *Nomos*, “gobierno propio o autodeterminación”.

Este principio es de carácter deontológico, y deriva de las Cartas de los derechos de los Enfermos.

“... es la condición del agente moral (racional y libre) que genera el principio de respeto por la autonomía de las personas, e implica un derecho de

no-interferencia y una obligación de no coartar acciones autónomas. El análisis filosófico del concepto de autonomía permite distinguir dos componentes del mismo. Uno es la **racionalidad o entendimiento** (capacidad de evaluar claramente las situaciones y escoger los medios adecuados para adaptarse a ellos), y otro es la **libertad o no-control** (derecho y facultad de hacer lo que se decide hacer, o por lo menos actuar sin coerción o restricción). Según el énfasis en uno u otro de ambos elementos resultan dos diferentes nociones de autonomía, llamadas *libertaria* y *racionalista*.⁸

La primera de ellas se asocia a la Teoría libertaria de Stuart Mill, en la cual lo prioritario es la libre decisión, y no la autenticidad o racionalidad de la misma. "... una persona es autónoma si es competente (capáz), está adecuadamente informada y libre de coacción externa".⁹

La segunda noción de autonomía se asocia con la Teoría racionalista de Kant, quien afirma que "... por ser sujetos morales, autolegisladoras y fines en sí misma, las personas tienen derecho al respeto de las decisiones que tomen sobre las acciones que afecten a su salud, tan y como en otros aspectos de su vida".¹⁰

Un concepto más amplio de autonomía moral (en el que se conjugan las nociones libertaria y racionalista) se aplica a la decisión tomada por una persona cuando la misma deriva de sus valores y creencias, se apoya en

⁸ Ibid., p. 45.

⁹ MANZINI, J. L. y SALVADOR, H.. *La autonomía y el consentimiento informado*. En: Revista Quirón. La Plata. P. 42.

¹⁰ Ibid.

apropiado conocimiento y entendimiento, y no se halla sujeta a ningún tipo de coerción (ya sea externa o interna).

Esta introducción, gracias al principio de autonomía, del sujeto moral en la medicina ha hecho tambalear al tradicional paternalismo beneficentista.

Principio de Justicia

Este principio representa un equilibrio entre la teorías utilitarista y deontológica.

La palabra Justicia proviene del latín *Justitia*, que en su sentido originario significa "corrección o adecuación, ajuste a un modelo".

"... es el principio ético del orden social, la estructura moral básica de la sociedad que condiciona la vida de los individuos".¹¹

Dentro del marco de la asistencia sanitaria se hace referencia a este principio como justicia distributiva y comparativa, relacionándola a una imparcialidad en la distribución de los recursos escasos. De allí se deriva el concepto de equidad como principio formal de la justicia.

¹¹ MAINETTI, J. A. y SALVADOR, H.. Op Cit. p. 47.

El doctor Mainetti hace referencia a la conquista de la Bioética como la justificación del derecho a la salud mediante el principio de justicia; el cual implica la no discriminación en base a criterios sociales, religiosos, raciales, económicos, etc.

“Cabe mencionar, tres corrientes que en la actualidad definen el principio de justicia: la corriente **igualitaria** que enfatiza el mismo acceso a los bienes primarios, *darle a todos lo mismo*; la corriente **libertaria** que enfatiza los derechos a la libertad social y económica, *darle aquello que en condiciones libres ha podido conseguir*, y la corriente **utilitarista** que enfatiza un equilibrio de las dos corrientes mencionadas, maximizando la utilidad pública y privada”.¹²

¹² ANGELI, E.; ORTIZ DE ROSAS, R. R. y QUIROGA, Y. N.. Op. Cit. p. 26.

Reglas Morales

Confidencialidad

“La regla de confidencialidad o del secreto establece que se debe guardar o no revelar información de naturaleza personal obtenida en una relación fiduciaria. Privacidad y Fidelidad son, por tanto, las dos variables de la regla; sus momentos, “objetivo” (cantidad y calidad de la información) y “subjetivo” (grado de compromiso entre las partes).”¹³

La *privacidad* es un principio y un derecho universal de las personas (en relación con su intimidad o identidad) que debe ser protegida. La confianza constituye una condición en la relación entre dos personas que conlleva el deber de mantener una promesa acerca del control de la información confidencial (*fidelidad*).

Esta regla puede apoyarse ya sea en argumentos deontologistas como utilitaristas, derivándose la misma del principio de Autonomía ó del principio de Beneficencia – No maleficencia, según se considere el respeto a las personas o la seguridad de las mismas, respectivamente.

Podemos remontarnos al Juramento Hipocrático para mencionar la tradición del secreto profesional en la relación médico – paciente.

¹³ MAINETTI, j. A. y SALVADOR, H.. Op. Cit. p. 51

Siempre se ha enfatizado, dentro de los códigos deontológicos, el secreto médico como norma de conducta indispensable para una buena relación terapéutica.

Cabe mencionar, además, la permanente discusión sobre el alcance del deber de confidencialidad. Su violación se halla justificada en determinadas situaciones: por el privilegio terapéutico (que consiste en el derecho pero no deber de revelar información), y por el cumplimiento de un deber que obliga más; sea este legal y contemplado en los códigos (como podría ser la declaración ante los poderes públicos: seguridad, justicia, salud o prevención epidemiológica), o estrictamente moral (como la protección del bienestar individual o social).

Veracidad

“El deber de veracidad consiste en decir la verdad y no mentir o engañar a otros. Tiene la regla, pues, un aspecto objetivo o descriptivo (verdad – falsedad de la información) y otro intencional o subjetivo (autenticidad – mendacidad).”¹⁴

¹⁴ Ibid., p. 52.

Esta regla puede fundamentarse ya sea en criterios deontológicos como utilitaristas.

Se discute también acerca del carácter absoluto o prima facie de este deber, ya sea que se lo entienda como un derecho inalienable de las personas o que se requiera determinada justificación cuando éste entre en conflicto con otros deberes.

Mainetti hace referencia (en su libro "Bioética Sistemática") a la omisión o en su defecto falta de trato explícito de este deber en los antiguos, modernos e incluso actuales códigos de Ética Médica; argumentando que esto no hace más que legitimar la institución médica de la mendacidad terapéutica. Esto puede observarse en los casos de mentira piadosa o benevolente, en los cuales el médico fundamenta su engaño en el beneficio del paciente, a quien, además, lo considera sin las condiciones necesarias para comprender la verdad o querer saberla.

Consentimiento Informado

Puede definirse como "... la adhesión racional y libre del paciente al tratamiento médico (o del sujeto a la experimentación clínica)..."¹⁵

¹⁵ Ibid., p. 53.

Esta regla se desprende del principio de Autonomía, del que copia en forma perfecta los dos componentes; ya que la *información* es esencial a la racionalidad (es necesario comprender una situación antes de decidir que hacer al respecto), y el *consentimiento* presupone libertad.

Esta justificación, sin embargo, no excluye otra utilitarista ni beneficentista del consentimiento informado.

Esta regla puede considerarse un medio eficaz para favorecer la responsabilidad individual y social en la atención de la salud.

“... Información y consentimiento son los dos componentes del consentimiento informado, y ambos se desdoblan conformando cuatro elementos:

- 1- Revelación de la información;
- 2- Comprensión de la información;
- 3- Consentimiento voluntario;
- 4- Competencia para consentir.

Respecto de que tipo de información debe recibir el paciente se han dado sucesivamente (y se dan siempre conflictivamente) en la jurisprudencia tres principales criterios:

- 1- Lo que considera la Comunidad Científica;
- 2- Lo que la persona razonable desea saber;

3- Lo que un paciente personalmente desea saber.

En cuanto al concepto de competencia para consentir (o rechazar) un tratamiento, también cuenta con diversos estándares o criterios, que pasan por la racionalidad o irracionalidad de las decisiones. El desideratum de consentimiento (o rechazo) válido —más allá del recaudo legal o burocrático— implica, en suma, adecuada información, no-coerción y competencia.”¹⁶

¹⁶ Ibid., p. 54.

Capítulo 2

PRACTICA CLINICA en UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

*“Es el período, con una cantidad de horas establecidas, que los estudiantes de Terapia Ocupacional cumplen con pacientes/clientes bajo la supervisión de terapeutas ocupacionales idóneos y experimentados. Comprende la participación real del estudiante en el proceso terapéutico y debe incluir una variedad equilibrada de experiencias en los campos donde se emplea Terapia Ocupacional. Las experiencias se proveen en diferentes ambientes, reconociendo el rol y funciones cambiantes del terapeuta ocupacional”.*¹⁷

¹⁷ *Guía para el alumno de práctica clínica.* Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Licenciatura en Terapia Ocupacional. 2004 (material interno de cátedra de Práctica Clínica).

Concepto

La definición anterior de Práctica Clínica/Trabajo de Campo fue adoptada por la World Federation of Occupational Therapy (WFOT) en la reunión del Consejo en Nairobi en el año 1996.

Dicha Federación establece el requerimiento de 1000 horas de Trabajo de Campo para la acreditación de una Carrera de Terapia Ocupacional, e incluye en la P. C.:

- Visitas de campo y de orientación/introducción (no más de 50 a 75 horas en una cantidad mínima de 1000 horas de trabajo de campo/práctica clínica)
- Evaluación de clientes
- Procedimientos terapéuticos
- Informes escritos y orales
- Administración gestión

Esta experiencia brinda a los estudiantes la posibilidad de aplicar los conocimientos aprendidos durante la formación académica y desarrollar habilidades necesarias para llevar a cabo los abordajes terapéuticos. Permite, además, experimentar el futuro rol profesional en una situación real de trabajo, y determinar, en muchos casos, la elección del campo de desempeño laboral futuro.

Es, además, un proceso de enseñanza y aprendizaje; e implica por parte del alumno practicante y del supervisor, un importante compromiso. Se denomina a este proceso supervisión, y es llevada a cabo por un profesional en Terapia Ocupacional, quien desempeña un rol eminentemente docente. El supervisor es quien introduce al alumno en el ejercicio profesional y le proporciona experiencias que le permitirán complementar su formación académica, guiando, motivando, orientando y evaluando al estudiante durante todo el proceso.

Puede entenderse a la supervisión, siguiendo a la American Occupational Therapy Association (AOTA), como un proceso mediante el cual dos o más individuos participan conjuntamente en un esfuerzo para promover, establecer, mantener o elevar el nivel de desempeño y servicio.

La supervisión en P. C. puede definirse como el “proceso participativo en el que intervienen el supervisor, graduado en Terapia Ocupacional y el supervisado, alumno de Terapia Ocupacional, basado en una comunicación interpersonal, y mediante el cual:

el supervisor:

- Introduce al estudiante en el contexto institucional;
- Orienta en los principios, valores y actitudes esenciales para la conducta profesional;

- Guía y acompaña al alumno en la transición desde la preparación académica hacia la práctica profesional;
- Plantea situaciones de aprendizaje graduadas para la aplicación de la teoría en las diferentes etapas de intervención de Terapia Ocupacional;
- Alienta al alumno a fin de facilitar el crecimiento personal y profesional hacia la independencia;
- Evalúa en forma continua el desempeño del alumno y comunica sus apreciaciones para que tome conocimiento del mismo.

Y el alumno practicante:

- Se adapta a la realidad institucional;
- Aplica en situación real de trabajo, los principios teóricos, técnicas y estrategias terapéuticas en las diferentes etapas de la intervención de Terapia Ocupacional;
- Plantea sus necesidades y dificultades en este aprendizaje específico;
- Participa en la evaluación continua y realiza ajustes a fin de mejorar su desempeño.”¹⁸

¹⁸ BENTIVOGLI, C. A.; PANEBIANCO, A. L. y SINGLA, M. H.. *La evaluación en la Práctica Clínica en la formación de grado de Terapia Ocupacional*. Tesis de grado para la Licenciatura en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, 2000, p. 11-12.

Breve reseña histórica de la Práctica Clínica en Universidad Nacional de Mar del Plata

El inicio de la carrera se remonta al año **1969**, fecha en la cual se crea la Escuela de Terapia Ocupacional, dependiente del rectorado de la Universidad Provincial de Mar del Plata.

Haciendo referencia a los lugares de Práctica Clínica, en ese momento, el único servicio de Terapia Ocupacional de la ciudad, se encontraba funcionando en CERENIL, actual Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur. Por lo tanto fue allí donde se llevaron a cabo las primeras Prácticas Clínicas, como así también en distintas ciudades y en Departamentos de T.O. creados por docentes de la carrera en Mar del Plata. El Plan de Estudios de ese año establecía el cursado de tres prácticas clínicas.

Durante los primeros años, una disposición vigente imponía como requisito la cursada de una Práctica clínica en instituciones de otras localidades: la P.C. en el área de Psiquiatría debía realizarse obligatoriamente en Capital Federal, Mendoza o Paraná.

En los años **1970/71**, los docentes abren Departamentos de T.O. en Mar del Plata e introducen en los mismos servicios de T.O. y la cursada de P.C. . Se puede mencionar entre las instituciones en las cuales se crearon dichos departamentos a: el Solarium San José, el Hogar Municipal de ancianos, las

Escuelas Especiales N° 503 y N° 504, y el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Mar del Plata.

Por ese entonces los Planes de Estudio incluían, en el primer año de la carrera, "observaciones de campo" como una especie de aproximación al rol del T.O. en diferentes campos de acción. Dichas observaciones se realizaban en las instituciones antes mencionadas.

En el año **1972** aumentan los puestos de P.C. como consecuencia del incremento de Departamentos o Servicios de T.O. creados por los primeros graduados. Aumenta, también, la cantidad de áreas de P.C., y se incorporan cursadas en localidades tales como Azul, Bahía Blanca, Balcarce, Capital Federal, Cipoletti, Comodoro Rivadavia, La Plata, Miramar, Necochea, Neuquén, Olavarría, Pigué, Tandil y Tres Arroyos.

La carga horaria exigida para las P.C. al igual que la cantidad de las mismas fue variando con los diferentes planes de estudio. A saber: en el año **1969** las horas requeridas sumaban 1000 y la cantidad de P. C. era 3; en **1970**, 2200 y 4; en **1978**, 1200 y 4; en **1981**, 1065 y 4; en **1985**, (modificación '91), 1240 y 4; y en **1993**, 1000 y 3, respectivamente.

Con el correr de los años, también se vieron modificadas las modalidades de supervisión y evaluación.

En un principio las P.C. podían realizarse en instituciones que contaban con un T.O. en el plantel profesional, o en servicios creados por un docente de

la carrera (que cubría funciones variadas). En el primero de los casos, la supervisión se llevaba a cabo diariamente; era periódica, dos o tres veces semanales, en el segundo de los casos. En ambos, los procedimientos e instrumentos con los que se evaluaba al alumno fueron creados ad-hoc, procurándose una valoración cualitativa y cuantitativa final.

Con posterioridad se modificaron los instrumentos de evaluación y la periodicidad de las mismas, y se incluyeron evaluaciones parciales a la final que se encontraba vigente.

Entre los años **1978** y **1984** (período en el cual la carrera de T.O. dependió de la Facultad de Ciencias Exactas, Naturales y Biológicas), las autoridades decidieron evaluar las P.C. mediante examen final, por considerarlas asignaturas del Plan de Estudio. Dos tipos de evaluación se realizaron durante una etapa de este período: una por supervisor de P.C., y otra por mesa examinadora. La calificación definitiva era la del examen final.

En el año **1991** se implementa el cuaderno personal del alumno, en el que se realizaban informes quincenales por parte del supervisor. Esta modalidad siguió vigente hasta el año **1994**.

En este momento se utiliza, para la evaluación del alumno, una planilla en la que el supervisor califica en forma conceptual en la evaluación media y establece una calificación numérica al finalizar la P.C. .

Práctica Clínica según Plan de Estudio 1993

En la actualidad se hallan vigentes dos Planes de Estudio de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. En el primero de ellos (Plan 1985, con su modificación de 1991) se cursa la P.C. en cuatro asignaturas cuatrimestrales, distribuidas durante el cuarto y quinto año de la carrera. Por su parte, en el Plan 1993, la Práctica Clínica se cursa en tres asignaturas también cuatrimestrales a partir del segundo cuatrimestre de cuarto año.

Dichas asignaturas se cursan fuera del ámbito de la Facultad, en instituciones de diversos puntos geográficos del país, y pueden ser: hospitales generales y/o especializados, hogares y casas de niños, centros de salud, institutos y centros de rehabilitación, hogares y centros geriátricos, escuelas especiales, centros de formación laboral, clínicas, programas de extensión comunitaria, proyectos de investigación, etc.. Dichas instituciones deben contar con servicio de Terapia Ocupacional y reunir determinadas condiciones para la incorporación de alumnos.

Los períodos de Práctica Clínica tienen una duración aproximada de 15-16 semanas, con un mínimo de 13, en el caso de realizarse en verano; y habitualmente se concurre de lunes a viernes en horarios estipulados por las correspondientes instituciones.

Siguiendo el Plan de Trabajo Docente de la cátedra P. C., correspondiente al Plan 1993, pueden establecerse propósito, objetivos, asignaturas correlativas, modalidad de cursada, inscripción, distribución de vacantes institucionales, responsabilidades del alumno, etc.:

El Propósito de la Práctica Clínica consiste en brindar a los estudiantes la oportunidad de integrar el conocimiento académico por un lado, y la aplicación práctica por otro. Y le permite hacer esto en niveles progresivamente más altos de desempeño y responsabilidad.

Es por ello que durante la cursada de la P. C. el estudiante de T. O. aprenderá la aplicación de una teoría, y desarrollará sus aptitudes para el desempeño, razonamiento y actitud profesional; todo esto bajo la supervisión de un profesional de Terapia Ocupacional.

En cuanto a los objetivos que se plantea la misma, podemos mencionar en primera instancia el Objetivo General, cuya propuesta sugiere "Que al finalizar el cursado de los tres niveles de Práctica Clínica, el alumno logre:

- a) conocer y desempeñar el rol del licenciado en Terapia Ocupacional en diferentes campos de ejercicio profesional
- b) actuar con responsabilidad y sentido ético
- c) conocer la organización de diferentes tipos de instituciones y la inclusión de T.O. en las mismas

d) introducir al alumno en la elaboración de trabajos para presentaciones públicas".¹⁹

En segundo término encontramos los Objetivos Específicos de Práctica Clínica I, II, III, que deberán adecuarse y complementarse de acuerdo a los objetivos establecidos por área en que se curse la P. C. correspondiente.

"El alumno deberá lograr:

- respetar las normas institucionales
- la utilización de instalaciones, equipamiento y materiales de la institución de manera segura, eficaz y eficiente
- idoneidad para dirigirse y establecer vínculos con pares, Terapistas Ocupacionales, T.O. supervisor, equipo profesional, otro personal institucional, pacientes y familiares, utilizando códigos de comunicación acordes a cada grupo mencionado
- participar en forma real, activa y responsable con el equipo interdisciplinario
- desarrollar la capacidad para establecer un vínculo de contención terapéutica con los pacientes
- demostrar en su accionar una comprensión de las normas éticas
- identificar sus dificultades para el desempeño profesional ante información referida a los pacientes y a la institución
- resolver criteriosamente situaciones problemáticas
- fundamentar teóricamente las acciones a realizar

¹⁹ Guía para el alumno de práctica clínica. Op. Cit. p. 2.

- utilizar diferentes recursos disponibles para ampliar o profundizar conocimientos
- ampliar sus saberes con respecto al campo específico de la práctica clínica
- conducir entrevistas con los pacientes
- realizar evaluaciones de pacientes utilizando estrategias apropiadas
- plantear objetivos de tratamiento
- plantear estrategias de tratamiento
- implementar tratamientos individuales
- coordinar tratamientos grupales
- replantear estrategias terapéuticas
- presentar, desarrollar y sostener un proyecto
- informar con precisión y objetivamente en forma escrita y oral
- asumir una adecuada actitud profesional en los diferentes niveles y etapas de intervención
- participar en reuniones interdisciplinarias brindando la información pertinente, dando cuenta de lo actuado
- conocer y ejercitar los principios de administración en T.O.”²⁰

Para acceder a la cursada de la P.C. que se desee, será necesario contar con determinadas Asignaturas Correlativas que varían de acuerdo al número de P.C., y que constituyen un requisito indispensable:

“Práctica Clínica I

²⁰ Ibid., p. 2-3.

Aprobadas:

- Psicología evolutiva II
- Neurología
- Dinámica de grupo
- T.O. en salud mental
- T.O. en psicopatología infanto juvenil
- Clínica médica
- Pedagogía general y especial
- Medios terapéuticos IV

Práctica Clínica II**Aprobadas:**

- Ortopedia
- T.O. en discapacidades físicas
- Práctica clínica I

Cursada:

- Ortesis

Práctica Clínica III**Aprobadas:**

- Técnicas en investigación social
- Práctica clínica II
- Ortesis”²¹

²¹ Ibid., p. 3.

Deben cumplimentarse, además, una serie de Encuentros Previos que constituyen un requisito indispensable para cursar la Práctica Clínica I, debiendo concurrir el alumno como mínimo a tres de los 4 encuentros programados por la cátedra. En ellos se brinda información acerca del rol del alumno practicante, las instituciones y modalidades de supervisión; y se trabajan las expectativas que el alumno pueda tener como consecuencia de su inminente experiencia en situación real de trabajo profesional. Además se detallan experiencias previas vividas por alumnos más avanzados, y se brinda la posibilidad de realizar visitas a diversas instituciones con el fin de que el alumno sea capaz de observar en forma directa el rol del T.O..

Para poder cursar las asignaturas Práctica Clínica I a III, el alumno deberá realizar una Pre-inscripción en la cátedra siguiendo las fechas publicadas en cartelera conforme a las mesas de exámenes finales. Este trámite podrá realizarse adeudando el alumno hasta tres asignaturas correlativas a la P. C. a cursar, debiendo aprobar las mismas previo a la fecha de distribución de vacantes institucionales. Posteriormente, el alumno deberá Inscribirse siguiendo el procedimiento habitual de inscripción a cursada de una asignatura en los períodos establecidos. En caso de no coincidir las fechas con los períodos antes mencionados, la cátedra será la encargada de realizar el trámite correspondiente.

La Distribución de Vacantes Institucionales se realizará una vez finalizadas las fechas de exámenes correspondientes, la cátedra realizará una reunión a la que deberán concurrir los alumnos pre-inscriptos que hayan rendido las asignaturas adeudadas, a fin de elegir las instituciones de práctica clínica de acuerdo a sus propios intereses.

En relación con la Cursada, el supervisor establecerá (al inicio de cada P.C.) los objetivos que el alumno deberá alcanzar de acuerdo al plan de P.C. presentado por él mismo, a los objetivos de cátedra, y al número de P.C. que comience a cursar. El supervisor será el encargado, además, de asignar al alumno las tareas y funciones a cumplir durante ese período.

Si se presentaran dificultades durante la P.C., el alumno deberá recurrir en primera instancia a su supervisor e intentar, entre ambos, resolver el conflicto. De no llegar a un acuerdo, y en caso de no quedar el alumno satisfecho con la resolución, podrá dirigirse a las coordinadoras de la cátedra.

En caso de encontrarse los alumnos cursando la asignatura dentro de la ciudad de Mar del Plata, deberán asistir a entrevistas de supervisión y ateneos finales programados por la cátedra en el ámbito de la Facultad.

Los Ateneos son obligatorios, y un requisito para la aprobación de la asignatura, y en ellos los alumnos exponen trabajos realizados en base a experiencias vividas en el período de P.C..

Las Pautas y Modalidad de Cursada se hayan establecidas en el *Reglamento de Práctica Clínica* (ver Anexo 2).

El Sistema de Promoción puede verse en el artículo 14 del reglamento (ver Anexo 2). Pasada la cursada, y la evaluación por parte del supervisor, el alumno deberá inscribirse en la mesa de examen final correspondiente.

Existe una modalidad de Cursada de la asignatura fuera de Mar del Plata; ésta puede llevarse a cabo en cualquier institución del país, siempre y cuando se cumplan los siguientes requisitos:

- contar con Servicio o Departamento de Terapia Ocupacional
- profesional graduado en Terapia Ocupacional con más de dos años de antigüedad en el área
- disposición a asumir la supervisión
- presentación de un plan que se ajuste a los requerimientos de la cátedra
- aprobación del plan por el Consejo Departamental

La pre-inscripción con la cátedra, deberá realizarse, en este caso, con una anticipación de un cuatrimestre de manera tal que la tramitación correspondiente pueda llevarse a cabo.

Estas cursadas se gestionan para cada alumno en particular y en un período puntual determinado.

Cabe aclarar, en última instancia, las Responsabilidades del alumno practicante; quien además de las responsabilidades mencionadas en el Reglamento de P.C., deberá tener en cuenta las siguientes:

- ◆ “Mantener una conducta ética dentro y fuera de la institución en relación a pacientes, directivos, profesionales, supervisor, personal, pares.
- ◆ Respetar el secreto profesional.
- ◆ Cumplir con los horarios establecidos para el ingreso, sesiones, supervisión, reuniones de equipo, ateneos y demás actividades que se planteen.
- ◆ Conocer mediante la lectura de la historia clínica/legajo la patología, realidad familiar social y demás datos del paciente, cuidando de mantener tal información dentro del marco del secreto profesional.
- ◆ Proveerse del material bibliográfico sugerido por el supervisor.
- ◆ Entregar informes, evaluaciones, trabajos solicitados por el supervisor a término y cumplimentando los requisitos de presentación.
- ◆ Tener presente las vías jerárquicas en las diferentes instancias”.²²

²² Ibid., p. 6.

Capítulo 3

BIOÉTICA EN PRACTICA CLINICA

“Los T.O. trabajan de acuerdo con
un conjunto definido de valores profesionales
y un código de ética.

Sin embargo, la organización de la atención
da lugar a dilemas éticos que requieren
un juicio sano basado en la competencia y en las
actitudes y cualidades personales”²³

²³ THE CANADIAN ASSOCIATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS. *Occupational Therapy Guidelines for client centered practice*. Part Two. P. 66. Traducción a cargo de la T.O. Cecilia Bentivogli (material interno de cátedra Ética y Deontología Profesional, p. 5)

Historia de la Terapia Ocupacional en Universidad Nacional de Mar del Plata

La creación de la Escuela de T.O. en la ciudad de Mar del Plata se remonta al día 12 de Julio de **1968**; enmarcada en la Universidad de la Provincia de Buenos Aires.

El dictado de cursos, sin embargo, se inicia recién al año siguiente por primera vez a nivel universitario en Sudamérica; por lo que la primera promoción egresó en **1972**, obteniendo el título de T.O. 14 graduados.

Entre los años **1978** y **1984** la Escuela de T.O. pasa a depender de la Facultad de Ciencias Exactas, Naturales y Biológicas.

En **1985** se crea la Escuela de Ciencias de la Salud y del Comportamiento, y el título que se otorga es el de Licenciado en T.O..

En **1996** la Escuela de Ciencias de la Salud y del Comportamiento pasa a ser Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.

El Plan de Estudio sufrió diversas modificaciones a través del tiempo, en los años 1969, 1970, 1976, 1978, 1981, 1985, 1986, 1991, 1993.

Entre las modificaciones más importantes se encuentran:

- Se incorporan las asignaturas Introducción a las Ciencias de la Cultura y Biología, T.O. Laboral e Industrial (**1970**)
- Se lleva a cabo un replanteamiento y redistribución de las asignaturas. Se extiende la duración de la carrera de 4 a 5 años. La P.C. pasa a

realizarse a partir de cuarto año. Se incluyen los Seminarios de Ortesis y T.O. aplicada a Educación Especial (1976)

- Se agrega la asignatura Teoría y Metodología de la Investigación (1978)
- Se incorporan los Seminarios de Seguridad Social y Demanda Laboral. Además, los seminarios de Organización Laboral e Industrial se incluyen dentro de la asignatura T.O. Laboral (1982)
- La carrera se halla estructurada en forma vertical por las áreas de T.O., Médica y Psicológica (1985)
- La correlatividad de las materias sufre una modificación parcial (1991)
- Se realiza la última revisión del plan de estudio, momento en el cual se introducen las asignaturas Inglés, Taller de Tesis, T.O. en Prevención Primaria y Comunidad, y Ética y Deontología Profesional (1993)

Los datos anteriores demuestran que la cátedra Ética y Deontología profesional se introduce en el Plan de Estudio de la carrera recién a 25 años de ejercicio profesional de la Terapia Ocupacional.

Ejercicio Profesional y Bioética

La Bioética es imprescindible como fundamento filosófico de la Terapia Ocupacional, según sostienen la T.O. Beecher, N. y las Lic. en T.O. Campisi, M.A. y Rossi, M.A..

Más específicamente en relación con la P.C. se hace referencia a los Principios Normativos y a las Reglas Morales como conceptos básicos de Bioética necesarios para el ejercicio del pre-rol profesional.

Las autoras del artículo señalan que en la actualidad las T.O. participan en la distribución de recursos y en la planificación de programas de salud, ya que forman parte de varios espacios destinados a dichas actividades. Desde su rol, el alumno practicante está en condiciones de aportar estrategias que confirmen el principio de *Justicia*, planteando el acceso de todos los pacientes a la satisfacción de sus necesidades, que por supuesto varían en cada caso.

En relación con el principio de *Beneficencia*, el alumno practicante no debiera restringirse al deber pasivo de no hacer daño, asistiendo a los pacientes con acciones concretas que prevengan o remuevan el mal, y promuevan el bien.

En cuanto al principio de *Autonomía*, la misma se considera como un valor y un derecho. El paciente (persona) toma una decisión derivada de sus

propios valores y creencias (atravesados por la cultura), basándose en conocimiento y entendimiento adecuados, libre de coerción externa e interna, y el alumno debería respetar dicha postura, otorgando la libertad necesaria, y evitando considerar que él tiene la última palabra acerca de, por ejemplo, el tratamiento más adecuado.

Es importante, también, el respeto de la autonomía del alumno por parte del supervisor; quien debería ser capaz de escuchar las posturas que el mismo plantee y los argumentos que en base a ellas brinde. Debería, además, tener en cuenta que si bien se encuentra en un nivel superior, por los conocimientos y experiencia adquiridos, no posee la verdad absoluta; y, al igual que los pacientes, el alumno también se halla atravesado por sus propios valores y creencias.

De los principios se derivan, como ya se mencionó con anterioridad, algunas normas de acción.

El estudiante debería proteger la identidad e intimidad de sus pacientes (privacidad), y generar un ámbito de confianza (fidelidad), condición necesaria en toda relación interpersonal, y requisito indispensable para establecer un buen vínculo. Supuestamente esta regla de *confidencialidad* no debería violarse en ningún caso, aunque la excepción se halla justificada en determinadas situaciones por el privilegio terapéutico y por el cumplimiento de un deber más obligante.

Decir la verdad (*veracidad*) constituye otro aspecto fundamental en toda relación interpersonal, y terapéutica en especial. El alumno practicante debería decir la verdad en relación con el tratamiento a seguir, como así también avisar sobre su situación actual (estudiante); no debería crear falsas expectativas ni extender en forma innecesaria su intervención.

El *consentimiento informado* constituye no sólo una regla moral, sino también una forma legal. El mismo debería aplicarse ante la puesta en marcha de tratamientos, y en la participación voluntaria en investigaciones.

Los pacientes deberían ser informados acerca de su estado de salud, de los posibles tratamientos, de las ventajas y desventajas de los mismos, de los resultados de las evaluaciones, etc.

La información otorgada debe darse en forma clara, de manera tal que el paciente pueda entender lo que se intenta comunicar. Debería permitirse, a aquel paciente que tenga capacidad para hacerlo, o al familiar que lo asuma, decidir acerca de su tratamiento.

En base a todo lo anterior, podemos resumir que cada alumno debería contar con los conocimientos teóricos necesarios que le permitan, una vez planteadas las posibles opciones, conocer y analizar los pro y los contra de cada acción, y argumentarlas.

Es por eso que se considera de suma importancia que el alumno tenga la posibilidad de cursar la materia Ética y Deontología Profesional previo a la realización de su primer P.C..

Fundamentación

Al momento de ejercer el pre-rol profesional, el alumno practicante se enfrenta en forma cotidiana a situaciones que generan contradicciones entre valores humanos o principios éticos.

Pueden mencionarse, a modo de ejemplo, una serie de acontecimientos tales como: el caso de un alumno al que se le ordena llevar a cabo la movilización pasiva de un paciente que se encuentra sufriendo y en un período terminal, sin tener en cuenta su derecho a opinar lo contrario.

Otro caso muy común en la primer P.C. (ya que se realiza casi exclusivamente en instituciones geriátricas y psiquiátricas) es el hecho de “convencer” a todos los internos de una institución a que participen del taller de T.O. porque el propietario de la misma desea que “las familias vean a sus seres queridos haciendo algo”; o, lo que es peor, trasladar a los gerontes que no son “tan agradables a la vista” (debido a su estado de salud) a la parte posterior del establecimiento de manera tal que las personas que ingresan no se encuentren con ese panorama.

Por otra parte, los pacientes son atendidos por alumnos, que aún se están formando y por lo tanto no poseen los mismos conocimientos ni manejo de las situaciones que un profesional.

Puede mencionarse, además, el caso de las investigaciones realizadas por los practicantes con el fin de ser presentadas en la Facultad. Las cuales, en varias ocasiones, carecen de adecuada información que permita al paciente entenderla y en base a ello decidir si desea participar o no de las mismas. Tal vez, ni se tenga en cuenta que determinadas personas carecen de competencia para consentir.

Todas estas situaciones exigen, de parte del alumno, la toma de decisiones y la asunción de conductas o posturas que lo instalan en la dimensión moral.

Sin embargo, al momento de hallarse realizando la primer P.C., el alumno no ha cursado aún la materia Ética y Deontología Profesional, por lo que se supone que no cuenta todavía con los conocimientos bioéticos necesarios para sustentar dichas decisiones, conductas o posturas. Motivo por el cual podría sentirse "obligado" a llevar a cabo actos con los cuales no esté de acuerdo.

En un artículo publicado en la Revista Materia Prima, la T.O. Nora Beecher y las Lic. en T.O. M. Alejandra Campisi y M. Angélica Rossi, hacen referencia a algunos aspectos del pensar bioético que consideran de importancia al momento de fundamentar filosóficamente la Terapia Ocupacional. Proponen, en primera instancia, considerar al sujeto-paciente

como interlocutor válido, ya sea en su relación con el terapeuta como en su relación con las instituciones.

“Considerar a las personas, destinatarios de nuestras acciones profesionales, como interlocutores válidos implica valorar su condición de ser humano digno (dignidad humana) y por lo tanto, digno de ser escuchado, digno de ser atendido en la toma de decisiones (autorrealización personal), de ser respetados en sus ideales, siempre y cuando no afecten la vida de otros hombres.”²⁴

Se preguntan luego si la práctica de nuestra profesión puede apoyarse en los Principios fundamentales de la Bioética y en las Normas o Reglas Morales que de ellos se desprenden.

Mediante la utilización de una entrevista semiestructurada realizada a los alumnos de la carrera Licenciatura en T.O. que hayan realizado o estén realizando su primer P.C. en el período comprendido entre Marzo de 2005 y Diciembre de 2006 y que no hayan cursado aún la materia Ética y Deontología Profesional, se intenta identificar el nivel de conocimiento que poseen los mismos acerca de los conceptos básicos de Bioética; y detectar, además, la necesidad de inclusión de la materia Ética y Deontología Profesional previo a la realización de la primer P.C..

Se pretende, en la medida de lo posible, realizar un aporte que permita evaluar la posibilidad de reubicar la cursada de la materia Ética y Deontología

²⁴ BEECHER, N.; CAMPISI, M. A. y ROSSI, M. A. Op. Cit. p. 16.

Profesional previo a la realización de la primer P.C.. Abordando en esta primera instancia los conceptos considerados básicos o esenciales para el desempeño del pre-rol profesional como son: los Principios Normativos y las Reglas Morales de carácter deontológico. Se sugiere, además, la realización de una especie de taller (posterior a la realización de la P.C.) en el que se puedan discutir casos hipotéticos y situaciones vividas por los alumnos, aplicando en ellos los conocimientos adquiridos durante la cursada.

*Aspectos
Metodológicos*

Tema

“Conocimiento de los alumnos de Práctica Clínica I acerca de los conceptos básicos de Bioética”

Problema

¿Qué conocimiento poseen los alumnos de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata al momento de realizar la primer Práctica Clínica en la ciudad de Mar del Plata, en el período comprendido entre Marzo de 2005 y Diciembre de 2006, acerca de los conceptos básicos de Bioética, considerados fundamentales para el desempeño de su pre-rol profesional?

Objetivo General

❖ Identificar el nivel de conocimiento que poseen los alumnos de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata al momento de realizar la primer Práctica Clínica en la ciudad de Mar del Plata, en el período comprendido entre Marzo de 2005 y Diciembre de 2006, acerca de los conceptos básicos de Bioética.

Objetivos específicos

- Relevar el grado de conocimiento que poseen los alumnos de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata al momento de realizar la primer Práctica Clínica, acerca de los Principios Normativos de Bioética.

- Explorar el nivel de conocimiento que poseen los alumnos de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata al momento de realizar la primer Práctica Clínica, acerca de las Reglas Morales de carácter deontológico.

- Detectar la necesidad de inclusión de la materia “Ética y Deontología Profesional” previo a la realización de la primer Práctica Clínica.

Variable

Conocimiento de los alumnos de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata al momento de realizar la primer Práctica Clínica acerca de los conceptos básicos de Bioética.

Definición Científica

Es el nivel de información que poseen los alumnos de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional al momento de encontrarse realizando la primer Práctica Clínica en la ciudad de Mar del Plata, en el período comprendido entre Marzo de 2005 y Diciembre de 2006, relativo a los contenidos que conforman los Principios Normativos y las Reglas Morales, necesarios para el desempeño de su pre-rol profesional.

Definición Operacional

El conocimiento de los alumnos de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata al momento de encontrarse realizando la primer Práctica Clínica acerca de los conceptos básicos de Bioética se describe y registra a partir de:

❖ Principios Normativos

- Beneficencia
 - Deber pasivo o negativo de No-Maleficencia: se debe no infligir mal o daño.
 - Deberes positivos o activos de Beneficencia: se debe prevenir el mal o daño; se debe remover el mal; se debe hacer o promover el bien.
- Autonomía

- Racionalidad o entendimiento
- Libertad o no-control
- Justicia
 - Justicia distributiva y comparativa → Equidad

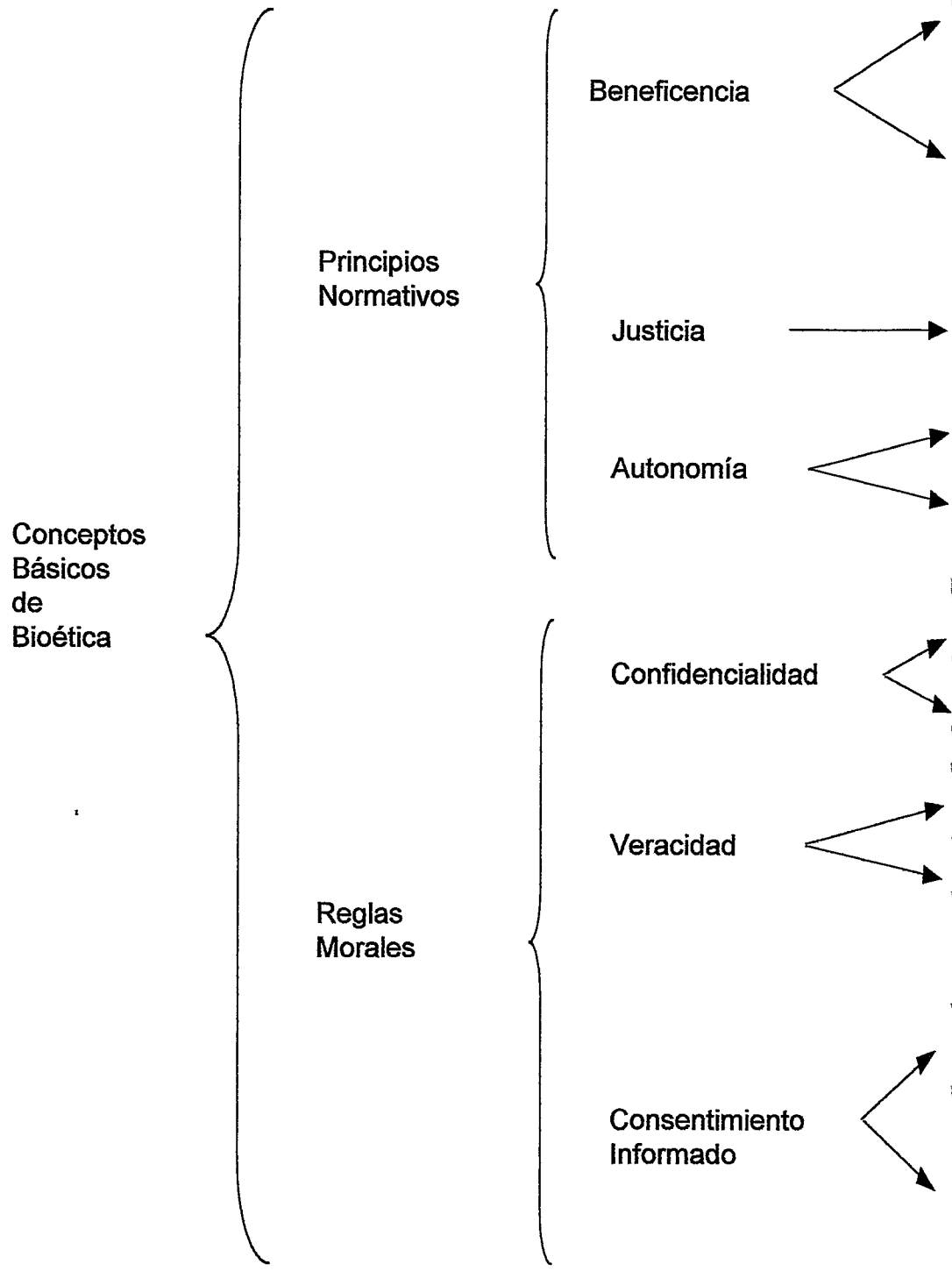
❖ Reglas Morales

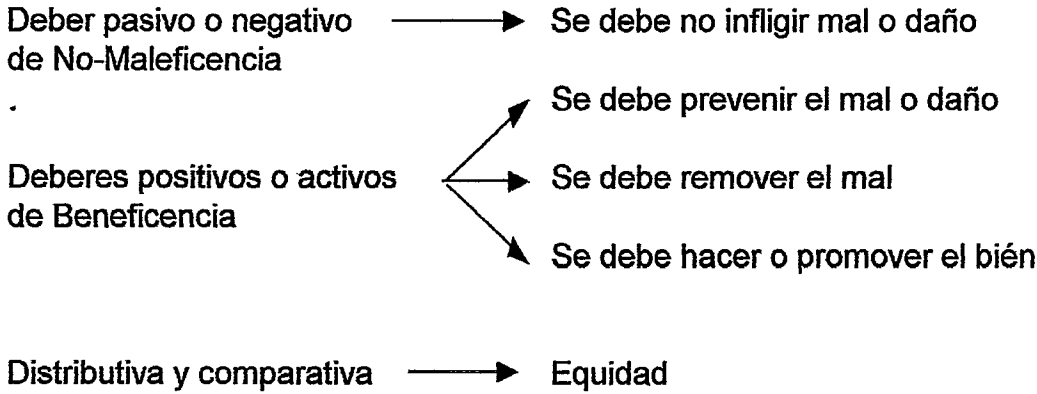
- Confidencialidad
 - Privacidad
 - Fidelidad
- Veracidad
 - Decir la verdad
 - No mentir o engañar a otros
- Consentimiento Informado

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Información ▪ Consentimiento 	}	<ul style="list-style-type: none"> Revelación de la información Comprensión de la información Consentimiento voluntario Competencia para consentir
---	---	--

(16)

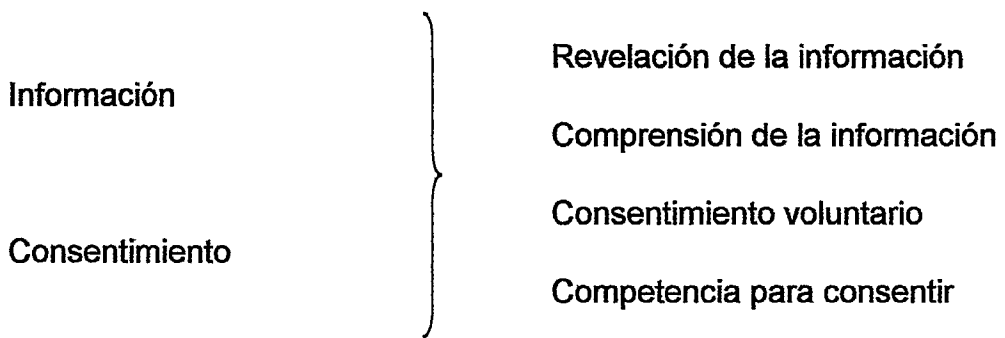
Dimensionamiento de la variable





- Racionalidad o entendimiento
- Libertad o no-control
- Privacidad
- Fidelidad
- Decir la verdad
- No mentir o engañar a otros

<u>Categorías</u>		
Conceptos Básicos de Bioética	Conocimiento Bajo	0-7
	Conocimiento Medio	8-15
	Conocimiento Alto	16-24
Principios Normativos	Conocimiento Bajo	0-4
	Conocimiento Medio	5-8
	Conocimiento Alto	9-12
Reglas Morales	Conocimiento Bajo	0-4
	Conocimiento Medio	5-8
	Conocimiento Alto	9-12



Operacionalización de la variable

Conceptos Básicos de Bioética	Principios Normativos	Conocimiento Bajo	0 - 7
		Conocimiento Medio	8 - 15
	Reglas Morales	Conocimiento Alto	16 - 24

Principios Normativos

Beneficencia	Deber pasivo o negativo de No-Maleficencia	Se debe no infligir mal o daño	No sabe	0
			Sabe	1
	Deberes positivos o activos de Beneficencia	Se debe prevenir el mal o daño	No sabe	0
			Sabe	1
		Se debe remover el mal o daño	No sabe	0
			Sabe	1
	Se debe hacer o promover el bien	No sabe	0	
		Sabe	1	
Autonomía	Racionalidad o Entendimiento: capacidad de evaluar claramente las situaciones y escoger los medios adecuados para adaptarse a ellos.		No sabe	0
			Sabe	2
	Libertad o no-control: derecho y facultad de hacer lo que se decide hacer, o por lo menos actuar sin coerción o restricción.		No sabe	0
			Sabe	2
Justicia	Equidad: imparcialidad en la distribución de los recursos escasos.		No sabe	0
			Sabe	4

Reglas Morales

Confidencialidad	Privacidad: proteger la intimidad o identidad del paciente.		No sabe	0
			Sabe	2
	Fidelidad: mantener una promesa acerca del control de la información confidencial.		No sabe	0
			Sabe	2
Veracidad	Decir la verdad		No sabe	0
			Sabe	2
	No mentir o engañar a otros		No sabe	0
			Sabe	2
Consentimiento Informado	Información	Revelación de la información	No sabe	0
			Sabe	1
		Comprensión de la información	No sabe	0
			Sabe	1
	Consentimiento	Consentimiento voluntario	No sabe	0
			Sabe	1
		Competencia para consentir	No sabe	0
			Sabe	1

Categorización de la variable

A los indicadores de los Principios Normativos y Reglas Morales correspondientes a los Conceptos Básicos de Bioética se les asignó las respuestas “sabe”, “no sabe”.

A cada respuesta se le adjudicó un valor de 0 a 4 puntos; la suma de la indización de los valores en puntos ubica la categoría correspondiente. Sólo se tendrán en cuenta los puntajes de indización asignados si el entrevistado marca todas las opciones correctas.

En base a ello, la escala intervalar del nivel de conocimiento de la muestra de estudio acerca de los Conceptos Básicos de Bioética es la siguiente:

Conocimiento de los alumnos de la carrera Lic. en T.O. de la U.N.M.d.P. al momento de realizar la primer P.C. acerca de los Conceptos Básicos de Bioética	}	0 - 7 Conocimiento Bajo 8 - 15 Conocimiento Medio 16 - 24 Conocimiento Alto
--	---	--

De la misma manera, para determinar el Nivel de Conocimiento de los alumnos de la carrera Lic. en T.O. al momento de realizar su primer P.C. en

relación a los Principios Normativos y a las Reglas Morales que conforman los Conceptos Básicos de Bioética se crearon las siguientes categorías:

Conocimiento de los alumnos de la carrera Lic. en T.O. al momento de realizar su primer P.C. acerca de los Principios Normativos de la Bioética	}	0 - 4	Conocimiento Bajo
		5 - 8	Conocimiento Medio
		9 - 12	Conocimiento Alto

Conocimiento de los alumnos de la carrera Lic. en T.O. al momento de realizar su primer P.C. acerca de las Reglas Morales de la Bioética	}	0 - 4	Conocimiento Bajo
		5 - 8	Conocimiento Medio
		9 - 12	Conocimiento Alto

Tipo de Diseño

La presente investigación corresponde a un diseño de tipo mixto: Exploratorio- Descriptivo no experimental; de corte transversal.

La variable a investigar no permite posibilidad de manipulación y control alguno, se presenta (como objeto de estudio) en su contexto natural; es por eso que el diseño de investigación es no experimental.

En relación a los objetivos planteados en el presente trabajo, puede decirse que el tipo de estudio (en cuanto a su profundidad) es exploratorio y descriptivo, ya que si bien existen algunas publicaciones que reflexionan sobre la aparición de situaciones dilemáticas presentadas en el ejercicio profesional del Terapeuta Ocupacional, pocos son los estudios que reportan el nivel de desarrollo moral y los efectos que sobre la toma de decisiones éticas tiene la educación que reciben los estudiantes de T.O.. Es por eso que la intención del presente estudio consiste en avanzar en los conocimientos de Bioética, intentando determinar y caracterizar los conocimientos que poseen los estudiantes de Terapia Ocupacional.

Es de corte transversal, porque se hará en una fecha específica y con una sola intervención. No se tendrá en cuenta un seguimiento.

Universo de Estudio

La población, objeto de estudio, está conformada por alumnos de la carrera Lic. en T.O. que hayan realizado o estén realizando su primer P.C. en la ciudad de Mar del Plata en el período comprendido entre Marzo de 2005 y Diciembre de 2006, pero que no hayan cursado aún la materia Etica y Deontología Profesional.

Muestra

La muestra será de tipo intencional o no probabilístico.

Criterios de Selección de la muestra

Criterios de Inclusión

- ✓ Ser alumno de la carrera Licenciatura en T.O. de la U.N.M.d.P.
- ✓ Haber realizado o estar realizando la primer P.C. en la ciudad de Mar del Plata en el período comprendido entre Marzo de 2005 y Diciembre de 2006.

Criterios de Exclusión

- ✓ Haberse graduado.
- ✓ Haber cursado la materia Etica y Deontología Profesional.

Método de Recolección de Datos

La técnica de recolección de datos utilizada en esta investigación será un Cuestionario con preguntas de respuesta múltiple, dicotómicas, y de tipo abiertas.

El mismo será de carácter anónimo y constará de 10 preguntas. Será autoadministrado, contando con la presencia de la autora, por cualquier duda o inquietud que se le presente al encuestado; el tiempo estimado para responder al mismo es de 15 minutos.

Procedimiento para la Recolección de Datos

La identificación y localización de las Unidades de Análisis será a través de un listado de alumnos que facilitará la titular de la cátedra de Práctica Clínica. Los encuentros se realizarán en los Ateneos de P.C. que se realizan en la Facultad, lugares de P.C. actual, o domicilios particulares; y se llevará a cabo en forma personal por la autora.

Análisis de los Datos

Debido al tipo de investigación planteado en el presente trabajo, el análisis será descriptivo. Se basará en frecuencias, porcentajes, tablas simples y bivariadas. Para su realización se empleará el programa de computación EXCEL.

Resultados

ANÁLISIS CUANTITATIVO

Caracterización de la Población de Estudio

Tabla N° 1: Porcentaje de alumnos de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata que realizan su primer Práctica Clínica según edad en años. Mar del Plata, año 2006.

Edad en años	Porcentaje de alumnos que realizan su primer Práctica Clínica	
	Nº	%
De 22 a 26	8	44,44
De 27 a 30	7	38,89
De 31 a 35	3	16,67
TOTAL	18	100

Fuente: Elaboración propia.

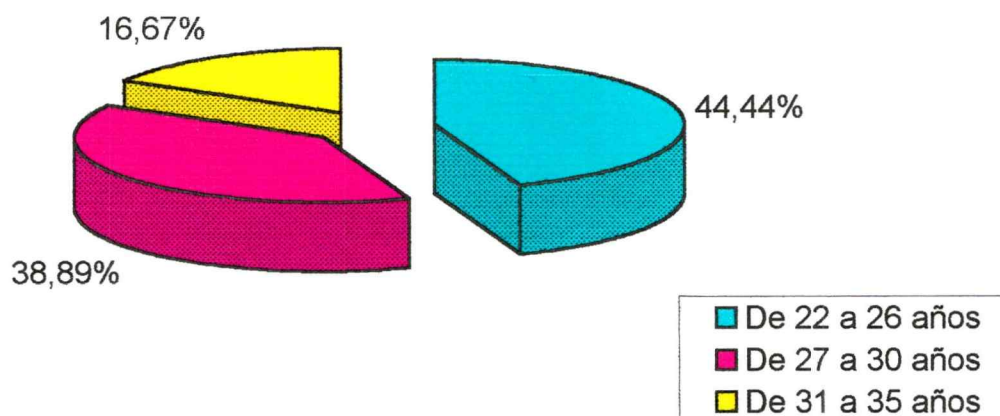


Gráfico N° 1: Porcentaje de alumnos de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata que realizan su primer Práctica Clínica según edad en años. Mar del Plata, año 2006.

En la tabla y gráfico N° 1 se observa que los alumnos pertenecientes a la muestra oscilan entre **22 y 35 años**. El mayor porcentaje (**44,4%**) de ellos poseen edades entre **22 y 26 años**.

Tabla N° 2: Porcentaje de Alumnos de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata que realizan su primer Práctica Clínica según sexo. Mar del Plata, año 2006.

Sexo	Porcentaje de alumnos que realizan su primer Práctica Clínica	
	N°	%
Masculino	0	0
Femenino	18	100
TOTAL	18	100

Fuente: Elaboración propia.

La totalidad de los alumnos encuestados (**100%**) pertenecen al sexo **femenino**.

Tabla N° 3: Porcentaje de alumnos de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata que realizan su primer Práctica Clínica según año de ingreso a la Facultad. Mar del Plata, año 2006.

Año de Ingreso a la Facultad	Porcentaje de alumnos que realizan su primer Práctica Clínica	
	Nº	%
1994	4	22,22
1995	0	0
1996	0	0
1997	1	5,55
1998	5	27,78
1999	3	16,67
2000	3	16,67
2001	0	0
2002	2	11,11
TOTAL	18	100

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N° 3 se observa que el **(27,78%)** de la población ingresó a la Facultad en el año **1998**; el **(22,22%)** en el año **1994**. Por su parte, los años **1999** y **2000** comparten la misma cantidad de alumnos ingresantes **(16,67%)**; mientras que los menores porcentajes **(11,11%)** y **(5,55%)** corresponden a los años **2002** y **1997** respectivamente. En los años **1995**, **1996** y **2001** no se registró ningún ingreso.

Tabla N° 4: Porcentaje de alumnos de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata que realizan su primer Práctica Clínica según fecha de cursada de la misma. Mar del Plata, año 2006.

Fecha de cursada	Porcentaje de alumnos que realizan su primer Práctica Clínica	
	Nº	%
Primer cuatrimestre 2005	2	11,11
Segundo cuatrimestre 2005	0	0
Verano 2005/2006	1	5,56
Primer cuatrimestre 2006	6	33,33
Segundo cuatrimestre 2006	9	50
TOTAL	18	100

Fuente: Elaboración propia.

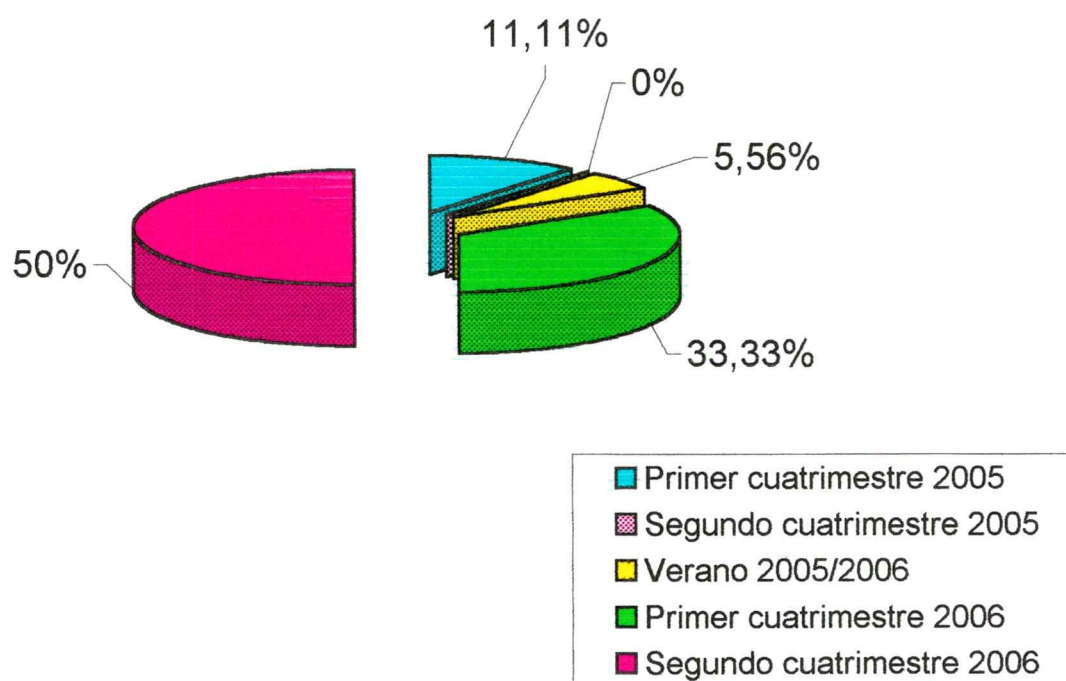


Gráfico N° 2: Porcentaje de alumnos de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata que realizan su primer Práctica Clínica según fecha de cursada de la misma. Mar del Plata, año 2006.

La tabla N° 4 y el gráfico N° 2 muestran que el mayor porcentaje (**50%**) de los alumnos se encuentra realizando su primer Práctica Clínica en el **Segundo cuatrimestre del año 2006**. Le siguen en orden decreciente **Primer cuatrimestre del año 2006**, con un (**33,33%**), el **Primer cuatrimestre del año 2005** con un (**11,11%**), y en última instancia el **Verano 2005/2006** con un (**5,56%**). En el **Segundo cuatrimestre del año 2005** no se registró ningún alumno.

Conceptos Básicos de Bioética

Principios Normativos

Tabla N° 5: Porcentaje de Alumnos de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata que realizan su primer Práctica Clínica según conocimiento acerca de los Principios de Beneficencia y No-Maleficencia. Mar del Plata, año 2006.

Principios de Beneficencia y No-Maleficencia	Porcentaje de alumnos que realizan su primer Práctica Clínica	
	Nº	%
Se debe no infligir mal o daño	10	55,55
Se debe prevenir el mal o daño	14	77,78
Se debe remover el mal o daño	3	16,67
Se debe hacer o promover el bien	17	94,44

Fuente: Elaboración propia.

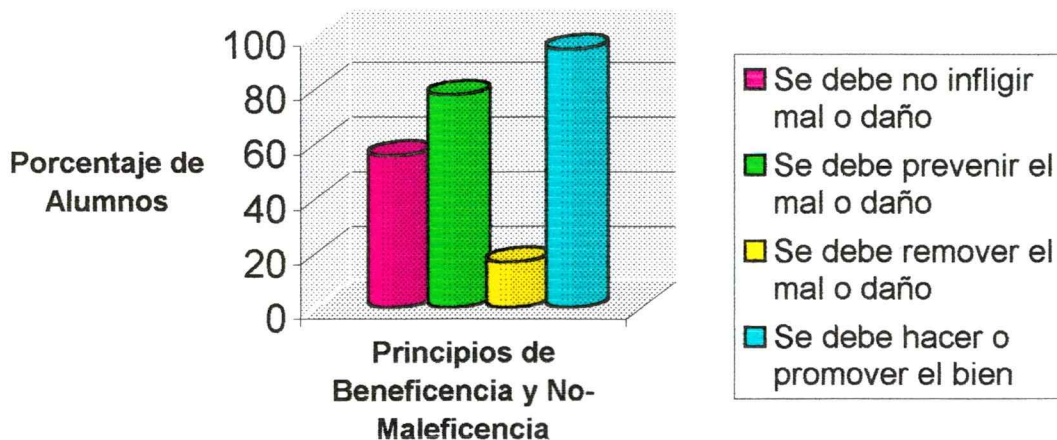


Gráfico N° 3: Porcentaje de Alumnos de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata que realizan su primer Práctica Clínica según conocimiento acerca de los Principios de Beneficencia y No-Maleficencia. Mar del Plata, año 2006.

De los cuatro deberes o obligaciones que componen los Principios de Beneficencia y No-Maleficencia el conocimiento mayormente **(94,44%)** reconocido dentro de ellos fue **Se debe hacer o promover el bien**; por su parte **Se debe remover el mal o daño** fue el que obtuvo menor **(16,67%)** reconocimiento.

Tabla N° 6: Porcentaje de Alumnos de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata que realizan su primer Práctica Clínica según conocimiento acerca del Principio de Autonomía. Mar del Plata, año 2006.

Principio de Autonomía	Porcentaje de alumnos que realizan su primer Práctica Clínica	
	Nº	%
Racionalidad o Entendimiento	14	77,78
Libertad o no-control	17	94,44

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 6 muestra que los conceptos de **Racionalidad** y **Libertad** en relación con el Principio de Autonomía fueron reconocidos adecuadamente por un alto porcentaje de alumnos **(94,44%)** y **(77,78%)** respectivamente.

Tabla N° 7: Porcentaje de Alumnos de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata que realizan su primer Práctica Clínica según conocimiento acerca del Principio de Justicia . Mar del Plata, año 2006.

Principio de Justicia	Porcentaje de alumnos que realizan su primer Práctica Clínica	
	Nº	%
Equidad	15	83,33

Fuente: Elaboración propia.

La opción correcta **Equidad** fue reconocida en un **(83,33%)**.

Reglas Morales

Tabla N° 8: Porcentaje de Alumnos de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata que realizan su primer Práctica Clínica según conocimiento acerca de la Regla Moral denominada Confidencialidad. Mar del Plata, año 2006.

Confidencialidad	Porcentaje de alumnos que realizan su primer Práctica Clínica	
	Nº	%
Privacidad	11	61,11
Fidelidad	8	44,44

Fuente: Elaboración propia.

La tabla anterior muestra que en relación con los conocimientos acerca de La Regla Moral denominada Confidencialidad, un **(61,11%)** de los

encuestados señaló la opción correcta **Privacidad**, y un **(44,44%)** la opción correcta **Fidelidad**.

Tabla N° 9: Porcentaje de Alumnos de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata que realizan su primer Práctica Clínica según conocimiento acerca de la Regla Moral denominada Veracidad. Mar del Plata, año 2006.

Veracidad	Porcentaje de alumnos que realizan su primer Práctica Clínica	
	N°	%
Decir la verdad	15	83,33
No mentir o engañar a otros	10	55,55

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a la tabla N° 9 el **(83,33%)** de la población encuestada reconoció la opción **Decir la Verdad** como uno de los componentes de la Regla Moral denominada Veracidad; el **(55,55%)** la opción **No mentir o engañar a otros**.

Tabla N° 10: Porcentaje de Alumnos de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata que realizan su primer Práctica Clínica según conocimiento acerca de la Regla Moral denominada Consentimiento Informado. Mar del Plata, año 2006.

Consentimiento Informado	Porcentaje de alumnos que realizan su primer Práctica Clínica	
	Nº	%
Revelación de la información	2	11,11
Comprensión de la información	12	66,67
Consentimiento voluntario	17	94,44
Competencia para consentir	6	33,33

Fuente: Elaboración propia.

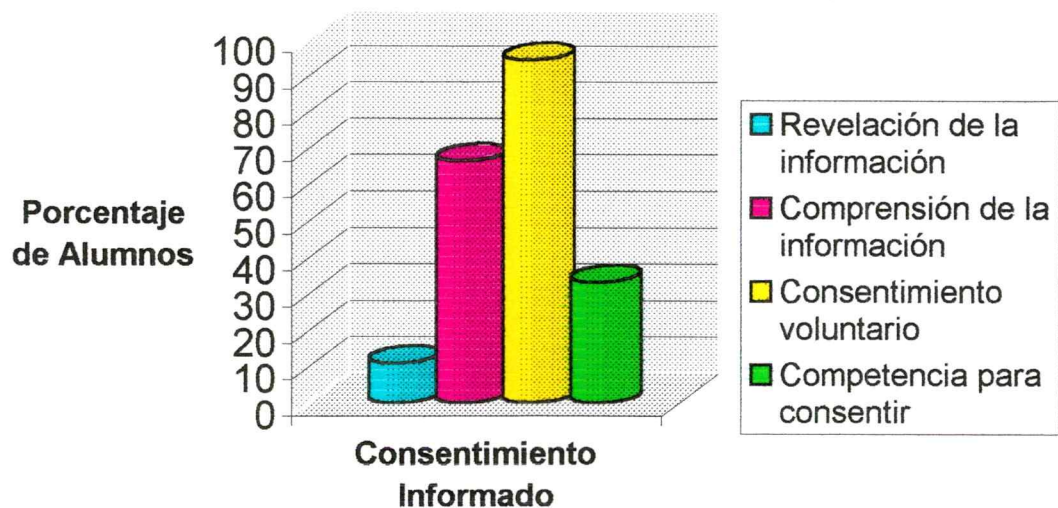


Gráfico N° 4: Porcentaje de Alumnos de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata que realizan su primer Práctica Clínica según conocimiento acerca de la Regla Moral denominada Consentimiento Informado. Mar del Plata, año 2006.

Los datos anteriores revelan que en referencia al conocimiento que los encuestados poseen acerca de los elementos que componen la Regla Moral denominada Consentimiento Informado, el mayor porcentaje de la población (**94,44%**) se concentra en la elección de la opción correcta **Consentimiento voluntario**; un (**66,67%**) reconoce **Comprensión de la información**; un (**33,33%**) la opción **Competencia para consentir**; y un (**11,11%**) **Revelación de la información**.

Consideración de la Inclusión de la materia Etica y Deontología Profesional previo a la cursada de la primer Práctica Clínica.

Tabla N° 11: Porcentaje de Alumnos de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata que realizan su primer Práctica Clínica según opinan sobre la necesidad de Inclusión de la materia Etica y Deontología Profesional previo a la cursada de la primer Práctica Clínica. Mar del Plata, año 2006.

Inclusión de la materia Etica y Deontología Profesional	Porcentaje de alumnos que realizan su primer Práctica Clínica	
	Nº	%
Al inicio de la carrera	0	0
Previo a la cursada de la primer P.C.	16	88,89
Posterior a la cursada de la primer P.C.	0	0
A lo largo de toda la carrera	2	11,11
TOTAL	18	100

Fuente: Elaboración propia.

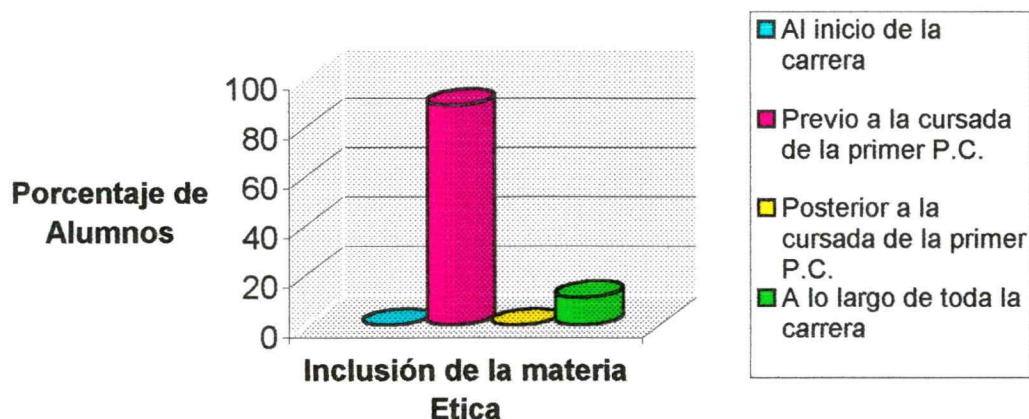


Gráfico N° 5: Cantidad de Alumnos de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata que realizan su primer Práctica Clínica según opinan sobre la necesidad de Inclusión de la materia Etica y Deontología Profesional previo a la cursada de la primer Práctica Clínica. Mar del Plata, año 2006.

De la tabla y gráfico anteriores se deduce una marcada tendencia a determinar como necesaria la **Inclusión de la materia Etica y Deontología profesional previo a la cursada de la primer Práctica Clínica.**

Nivel de Conocimiento de los alumnos de Práctica Clínica I

Tabla N° 12: Nivel de Conocimiento de los alumnos de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata al momento de realizar la primer Práctica Clínica I según Conceptos Básicos de Bioética. Mar del Plata, año 2006.

Conceptos Básicos de Bioética	Nivel de Conocimiento de los alumnos						TOTAL	
	Bajo		Medio		Alto			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Principios Normativos	14	77,78	4	22,22	0	0	18	100
Reglas Morales	18	100	0	0	0	0	18	100

Fuente: Elaboración propia.

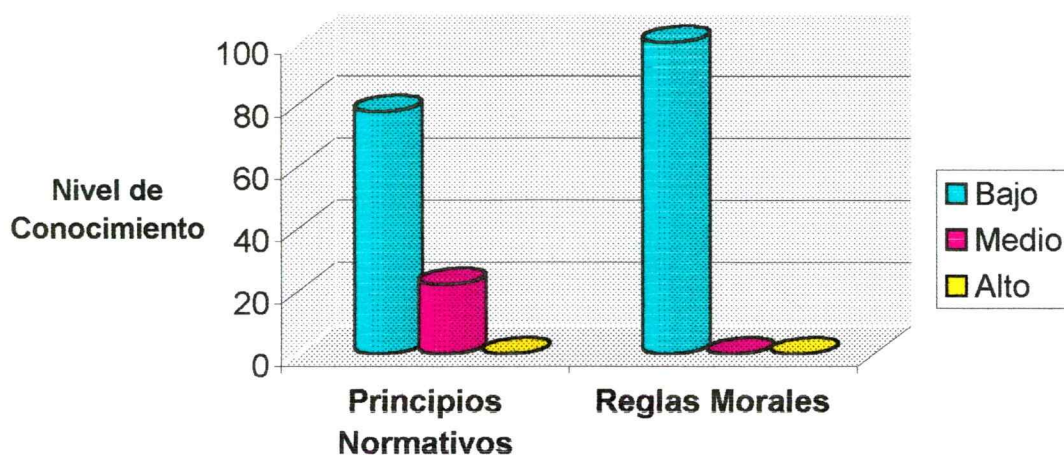


Gráfico N° 6: Nivel de Conocimiento de los alumnos de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata al momento de realizar la primer Práctica Clínica I según Conceptos Básicos de Bioética. Mar del Plata, año 2006.

Con respecto a la tabla y gráfico anteriores se observa que los mayores porcentajes de **Conceptos Básicos de Bioética** se concentran en el **Nivel de Conocimiento Bajo**; en el caso de los **Principios Normativos** el **Nivel Bajo** corresponde al **(77,78%)** disminuyendo a un **(22,22%)** en **Nivel Medio**. En relación a las **Reglas Morales**, el **(100%)** de los alumnos poseen un **Nivel de Conocimiento Bajo**.

Tabla N° 13: Nivel de Conocimiento de los alumnos de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata al momento de realizar la primer Práctica Clínica I según su edad en años. Mar del Plata, año 2006.

Edad en años	Nivel de Conocimiento de los alumnos						TOTAL	
	Bajo		Medio		Alto			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
De 22 a 26	6	75	2	25	0	0	8	44,44
De 27 a 30	6	85,71	1	14,29	0	0	7	38,89
De 31 a 35	2	66,67	1	33,33	0	0	3	16,67
TOTAL	14	77,78	4	22,22	0	0	18	100

Fuente: Elaboración propia.

La tabla muestra que del total de los alumnos con edades de entre **22 y 26 años** el **(75%)** se concentra en el **Nivel de Conocimiento Bajo**. De los 7 alumnos que poseen entre **27 y 30 años** un **(85,71%)** demuestra también un **Nivel Bajo de Conocimiento**. El **(66,67%)** de los alumnos de **31 a 65** se concentra; igual que los anteriores, en un **Nivel Bajo**.

Tabla N° 14: Nivel de Conocimiento de los alumnos de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata al momento de realizar la primer Práctica Clínica I según año de ingreso a la facultad. Mar del Plata, año 2006.

Año de Ingreso a la Facultad	Nivel de Conocimiento de los alumnos						TOTAL	
	Bajo		Medio		Alto			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1994	3	75	1	25	0	0	4	22,22
1995	0	0	0	0	0	0	0	0
1996	0	0	0	0	0	0	0	0
1997	1	100	0	0	0	0	1	5,55
1998	4	80	1	20	0	0	5	27,78
1999	2	66,67	1	33,33	0	0	3	16,67
2000	2	66,67	1	33,33	0	0	3	16,67
2001	0	0	0	0	0	0	0	0
2002	2	100	0	0	0	0	2	11,11
TOTAL	14	77,78	4	22,22	0	0	18	100

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo a lo que presenta la tabla anterior, del total de los alumnos que ingresaron en el año **1994** el **(75%)** posee un **Nivel de Conocimiento Bajo**; y el **(25%)** se ubica en el **Nivel Medio**. El **(100%)** de los que ingresaron en el año **1997** posee un **Nivel Bajo de Conocimiento**. Dentro de los alumnos que ingresaron en el año **1998** un **(80%)** se concentra en un **Nivel Bajo de Conocimiento**, mientras que el **(20%)** restante lo hace en un **Nivel Medio**. En los años **1999** y **2000** el **(66,67%)** corresponden a un **Nivel Bajo**, y el **(33,33%)** a un **Nivel Medio**. El total **(100%)** de los alumnos ingresantes en **2002** poseen un **Bajo Nivel de Conocimiento**.

Tabla N° 15: Nivel de Conocimiento de los alumnos de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata al momento de realizar la primer Práctica Clínica I según fecha de cursada de la misma. Mar del Plata, año 2006.

Fecha de cursada	Nivel de Conocimiento de los alumnos						TOTAL	
	Bajo		Medio		Alto			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primer cuatrimestre 2005	0	0	2	100	0	0	2	11,11
Segundo cuatrimestre 2005	0	0	0	0	0	0	0	0
Verano 2005/2006	0	0	1	100	0	0	1	5,56
Primer cuatrimestre 2006	6	100	0	0	0	0	6	33,33
Segundo cuatrimestre 2006	8	88,89	1	11,11	0	0	9	50
TOTAL	14	77,78	4	22,22	0	0	18	100

Fuente: Elaboración propia.

La tabla refleja que el total (**100%**) de los alumnos que realizaron su primer Práctica Clínica en el **Primer cuatrimestre del año 2005** y en el **Verano 2005/2006** se ubica en el **Nivel Medio de Conocimiento**; mientras que los alumnos que lo hicieron en el **Primer cuatrimestre del año 2006** pertenecen en su totalidad (**100%**) al **Nivel Bajo**. De los 9 alumnos que cursan la Práctica Clínica en el **Segundo cuatrimestre del año 2006** el mayor porcentaje (**88,89%**) se concentra en el **Nivel Bajo de Conocimiento**.

La muestra de estudio posee un **Medio y Bajo Nivel de Conocimiento general acerca de los Conceptos Básicos de Bioética**, con un (**22,22%**) y (**77,78%**) respectivamente.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS RESULTADOS

El hecho de completar en forma personal el instrumento de recolección de datos por parte de la muestra, y de contar con la presencia del entrevistador en la misma brindó la posibilidad de profundizar en la obtención de las respuestas, y obtener un mayor compromiso y seriedad frente a las mismas por parte de los encuestados.

Teniendo en cuenta la Caracterización de esta población de estudio, los alumnos encuestados pertenecen, en forma absoluta, al sexo femenino (Tabla nº 2); poseen en un alto porcentaje edades comprendidas entre 22 y 26 años (Tabla y Gráfico nº 1); y predominan aquellos cuyo año de ingreso a la facultad fue 1998 (Tabla nº 3). En cuanto a la fecha de cursada de la primer Práctica Clínica, se observó que el (33,33%) corresponde al Segundo cuatrimestre del año 2006 (Tabla nº 4, Gráfico nº 2).

En relación al Nivel de Conocimiento General acerca de los Conceptos Básicos de Bioética, los datos arrojan que la muestra posee un Nivel Medio (22,22%) y Bajo (77,78%). Debe tenerse en cuenta que las respuestas a las preguntas del cuestionario se consideran correctas si todas las opciones de la misma son marcadas en forma acertada; es por ello que si bien los alumnos han sido capaces de reconocer algunas opciones, no se considera esto como conocimiento acerca del tema.

- ✓ En los alumnos con edades comprendidas entre 22 y 26 años se registró un Nivel de Conocimiento Bajo y Medio; en los que tienen entre 27 y 30 años de edad también se registró un Nivel Bajo y Medio; y por último (al igual que los casos anteriores) en aquellos que poseen entre 31 y 35 años, un Nivel Bajo y Medio. La diferencia entre uno y otro Nivel de Conocimiento es notable, predominando en forma mayoritaria el Nivel Bajo.
- ✓ Los alumnos que ingresaron a la Facultad en el año 1994 poseen un Nivel Bajo y Medio de Conocimiento en relación a los Conceptos Básicos de Bioética; los que lo hicieron en el año 1997, Nivel Bajo; en 1998, Niveles Bajo y Medio; en 1999, Bajo y Medio; en 2000, Bajo y Medio; y en 2002, Nivel de Conocimiento Bajo. También con una marcada diferencia a favor del Nivel Bajo.
- ✓ Teniendo en cuenta la fecha de cursada de la primer Práctica Clínica, los que lo hicieron en el primer cuatrimestre del año 2005 poseen un Nivel Medio de Conocimiento de los Conceptos Básicos de Bioética; los del Verano 2005/2006, también un Nivel Medio; los del primer cuatrimestre del año 2006, un Nivel Bajo; y los del segundo cuatrimestre de 2006, Bajo en su mayoría y Medio.

Con respecto a los Principios Normativos, los alumnos encuestados poseen un Nivel Medio y Bajo, con una marcada diferencia a favor del segundo (tabla nº 12 ; gráfico nº 6).

- ✓ Cabe destacar que, en relación a los deberes u obligaciones que componen los *Principios de Beneficencia y No-Maleficencia*, la mayoría optó por la opción correcta Se debe hacer o promover el bien; por su parte la opción correcta Se debe remover el mal o daño fue la que obtuvo menor reconocimiento.
- ✓ Un número importante de encuestados consideró las opciones correctas de Racionalidad o entendimiento y Libertad o no-control como conceptos relacionados con el *Principio de Autonomía*.
- ✓ Los alumnos encuestados reconocieron en su gran mayoría que el concepto de Equidad se corresponde con el *Principio de Justicia*.

De acuerdo a las Reglas Morales los alumnos encuestados poseen en su totalidad un Bajo Nivel de Conocimiento (tabla nº 12, gráfico nº 6).

- ✓ En lo que respecta a la Regla Moral denominada *Confidencialidad*, los alumnos consideraron en su mayoría la opción correcta de Privacidad; mientras que solo una minoría consideró la de Fidelidad.

- ✓ Teniendo en cuenta la Regla de *Veracidad*, ambas opciones correctas (Decir la Verdad y No mentir o engañar a otros) fueron reconocidas.
- ✓ En relación a la Regla *Consentimiento Informado*, una gran mayoría destacó la opción correcta Consentimiento voluntario, y en un grado menor la opción Comprensión de la información; sin embargo solo una minoría reconoció las opciones Competencia para consentir y Revelación de la información.

En lo referente a la necesidad de Inclusión de la materia Etica y Deontología Profesional previo a la cursada de la primer Práctica Clínica, se observó que la gran mayoría de los alumnos encuestados consideran esta opción como la indicada (tabla nº 11), aunque también se tuvo en cuenta la opción de cursada a lo largo de toda la carrera. De acuerdo al análisis cualitativo de las opiniones brindadas por la muestra en relación a dicho tema se registró que:

- ✓ (38,89%) fundamentó la inclusión en forma previa a la Práctica Clínica en función de poder contar con los conocimientos Bioéticos considerados fundamentales para un correcto desempeño en el rol profesional.
- ✓ A su vez, un (33,33%) de los encuestados determinó que es importante (debido a que desde esta profesión se trabaja con

personas) contar con determinados conocimientos previos que les permitan actuar éticamente frente a los pacientes.

- ✓ Un (16,67%) de la muestra justificó su elección afirmando que esto les brindaría las herramientas necesarias para enfrentar y resolver posibles situaciones que puedan presentarse durante la Práctica Clínica.
- ✓ Apenas el (11,11%) consideró cursar la materia a lo largo de toda la carrera, argumentando que sería conveniente contar con conocimientos teóricos previo a la realización de la Primer Práctica Clínica, y posteriormente sumarle a estos las discusiones de situaciones vividas; como así también comparar los puntos de vista en relación a los conocimientos que el alumno va adquiriendo en su formación.

En lo que respecta a la existencia de alguna situación dilemática vivida en la experiencia de Práctica Clínica, solo el (22,22%) de los alumnos encuestados presenciaron algún acontecimiento.

- ✓ Se mencionó por ejemplo, la imposibilidad de inclusión del padre de un paciente en su tratamiento (situación considerada de altísima importancia) debido a la negación por parte de la madre del niño.

- ✓ Otro hecho que generó inquietud en un alumno fue en que momento comunicarle a un paciente psiquiátrico, actualmente descompensado, que su madre había fallecido.
- ✓ También se mencionó la falta de un vínculo terapéutico adecuado entre paciente y alumno practicante que impedía el correcto avance en el tratamiento. Este acontecimiento fue comentado a la supervisora quien sugirió continuar de la misma forma; hecho que generó en la alumna una gran angustia.
- ✓ Otra situación referida fue hasta que punto debe insistirse en llevar a un paciente a participar de una determinada actividad que a él no le resulta agradable.

También mencionaron, aunque no fue considerado por los alumnos como situación dilemática, la falta de contención por parte de la supervisora, y la no posibilidad de diálogo con la misma que les permita discutir determinado caso.

Conclusión

Explorar el Nivel de Conocimiento de la población de estudio acerca de los Conceptos Básicos de Bioética es considerado indispensable para establecer un análisis más profundo en relación a la necesidad de inclusión de la materia Etica y Deontología Profesional previo a la cursada de la primer Práctica Clínica.

Al iniciarse esta investigación se expresó una suposición acerca de que dicha población poseía un desconocimiento en relación a determinados conceptos de Bioética considerados necesarios para el correcto desempeño del rol pre-profesional, debido a la disposición de la materia Etica y Deontología Profesional en el Plan de Estudio de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional en forma posterior a la realización de la primer Práctica Clínica.

Una vez llevada a cabo la encuesta y caracterizada la muestra, se detectó que la misma posee un Nivel de Conocimiento Medio y Bajo, con una diferencia marcada a favor del segundo, acerca de los Conceptos Básicos de Bioética. Se registró, además, que el Nivel de Conocimiento es levemente superior en lo que respecta a Principios Normativos, siendo realmente escasos los conocimientos referentes a las Reglas Morales.

Los Principios Normativos y las Reglas Morales constituyen las guías para la acción en el paradigma bioético de razonamiento moral; mientras que

los primeros son de carácter mas general y normalmente sirven como fuentes de las reglas, estas últimas particularizan y precisan mejor las acciones, en tanto que son prohibidas, requeridas o permitidas. Es por ello que son conocimientos considerados básicos para el correcto desempeño del rol de alumno practicante.

En lo que respecta a la existencia de alguna situación dilemática vivida en la experiencia de Práctica Clínica, menos de una cuarta parte de la población presencié algún acontecimiento; hecho que difiere con lo esperado.

Se detectó, también, que la gran mayoría de los alumnos entrevistados considera necesaria la inclusión de la materia Etica y Deontología Profesional previo a la realización de su primer Práctica Clínica, y argumentan dicha postura sosteniendo que esto les permitiría contar con los conocimientos fundamentales para un correcto desempeño en su pre-rol profesional, que les posibilitaría actuar en forma correcta frente a los pacientes, y les brindaría las herramientas necesarias para enfrentar y resolver posibles situaciones que puedan presentarse durante la Práctica Clínica.

Estos resultados coinciden con lo propuesta planteada al principio de la presente investigación, donde se sugiere la inclusión de la materia en forma previa a la cursada de la primer Práctica Clínica.

Se cree haber avanzado un paso al detectar en la población de estudio un Desconocimiento acerca de los Conceptos Básicos de Bioética. Es por eso que, en función de colaborar con la adquisición de un fundamento Etico para el correcto desempeño del rol del Terapeuta Ocupacional, se plantea:

- ✓ Difundir este trabajo de investigación haciéndolo llegar a la comisión encargada de la revisión del Plan de Estudio.
- ✓ Presentar un proyecto de Inclusión de la materia Etica y Deontología Profesional previo a la realización de la primer P. C.; y la incorporación, si fuese considerado necesario, de un Taller posterior a la misma. El mismo constituiría un espacio en el cual exponer situaciones dilemáticas vividas por los alumnos en su experiencia de P.C.; por lo cual se cree conveniente la participación del supervisor correspondiente de manera tal que la discusión planteada realmente sirva para despejar toda duda y provea contención, ya que de lo contrario posiblemente queden temas sin abordar, que el profesor encargado de dictar la materia o el alumno mismo seguramente desconocen, como por ejemplo dinámica institucional, incumbencias profesionales, requisitos legales, etc..

Otro dato a tener en cuenta, conociendo la caracterización de la población de estudio, es el tiempo que los alumnos demoran en alcanzar las condiciones necesarias para cursar su primer Práctica Clínica; es por eso que se sugiere:

- ✓ Indagar en la población de alumnos las posibles causas que provoquen este retraso, y una vez descartadas todas las condiciones externas que puedan estar influyendo negativamente, rever, si fuera necesario, los requisitos establecidos para la cursada de la primer P. C..

Bibliografía

1. ANGELI, E.; ORTIZ DE ROSAS, R. R. y QUIROGA, Y. N.. *Aportes desde la Terapia Ocupacional respecto de la expresión de la autonomía de las personas vulnerables, desde una perspectiva Bioética*. Tesis de grado para la Licenciatura en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, 2002.
2. BEAUCHAMP, T.; Mc CULLOUGH; y LAURENCE B.. *Ética Médica. Las responsabilidades morales en los médicos*. Barcelona: Editorial Labor S.A., 1987.
3. BEECHER, N.; CAMPISI, M. A. y ROSSI, M. A.. *Ideologías y Realidades*. En: Revista Materia Prima. Buenos Aires, 1999. Año 3. N° 11.
4. BENTIVOGLI, C. A.; PANEBIANCO, A. L. y SINGLA, M. H.. *La evaluación en la Práctica Clínica en la formación de grado de Terapia Ocupacional*. Tesis de grado para la Licenciatura en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, 2000.
5. CORREA, M. P. y FUENTES, A.. *Aportes para un marco regulatorio de carácter ético en el ejercicio profesional de Terapia Ocupacional*. Tesis de Grado para la Licenciatura en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, 1999.

6. COMISSION ON EDUCATION OF THE AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION; AOTA. *Guide to fieldwork Education; Fieldwork Participants: Roles and Responsabilities*. EEUU, 1991.
7. FERNÁNDEZ, L. S. y FERNÁNDEZ, V. A.. *Expectativas profesionales en Terapia Ocupacional*. Tesis para la Licenciatura en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, 1995.
8. DIAZ, M. y LEON, D.. *Conocimiento de los médicos acerca de la competencia del Lic. en T.O. en el área de Terapia Intensiva*. Tesis para la Licenciatura en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, 2001.
9. ECO, H.. *Cómo se hace una tesis*. Barcelona: Gedisa S.A., 1995.
10. ENCICLOPEDIA ENCARTA 2000. Microsoft.
11. F.L.A.C.S.O.. *Perspectivas Bioéticas*. España, Barcelona: Gedisa, 2000. Año 5, Nº 9.
12. F.L.A.C.S.O.. *Perspectivas Bioéticas en las Américas*. Argentina: Miño y Dávila editores, 1996. Año 1, Nº 1.
13. GAFO FERNÁNDEZ, J.. *10 palabras clave en Bioética*. 3º Edición, actualizada. Navarra: Editorial Verbo Divino, 1997. Vol. 4.
14. *Guía para el alumno de práctica clínica*. Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Licenciatura en Terapia Ocupacional, 2004 (material interno de cátedra de Práctica Clínica).

15. HERNÁNDEZ SAMPIERI, R.; FERNÁNDEZ, C. y BAPTISTA, P..
Metodología de la Investigación. 2ª Edición. México: Mc Graw-Hill, 1998.
16. MAINETTI, J. A.. *Bioética sistemática*. La Plata: Editorial Quirón., 1991.
17. MANZINI, J. L. y SALVADOR, H.. *La autonomía y el consentimiento informado*. En: Revista Quirón. La Plata.
18. MOGENSEN, C.. *Consentimiento Informado en la Relación asistencial: expectativas de los profesionales médicos*. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata, Escuela Superior de Psicología, 1995.
19. MORAZAN, A. Y.. *Fundamentos básicos de la Terapia Ocupacional*. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas, 1986.
20. POLLIT, D. y HUNGLER, B.. *Investigación científica en Ciencias de la Salud*. 5ª Edición. México, D.F.: Mc Graw-Hill, Interamericana, 1997.
21. THE CANADIAN ASSOCIATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS.
Occupational Therapy Guidelines for client centered practice. Part Two.
P. 66. Traducción a cargo de la T.O. Cecilia Bentivogli. (material interno de cátedra Ética y Deontología Profesional, p. 5.)
22. YERXA, E. J.. *Seeking for a Proper, Ethical and Realistic Form of Knowledge for Occupational Therapy*. En: American Journal of Occupational Therapy. EEUU, March 1991. Vol. 45 Nº 3.
23. ZANIER, J. H. y HOOFT, P. F.. *¿Es la bioética la última esperanza?*. Argentina, Mar del Plata: Ediciones Suárez, 2002.

24. ZANIER, J. H. y HOOFT, P. F.. *Criterios de justicia en la distribución y asignación de recursos en salud. Un estudio de campo en la ciudad de Mar del Plata*. Argentina, Mar del Plata: Ediciones Suárez, 2000.

BIBLIOGRAFÍA ELECTRONICA

25. www.radix.uia.mx/archivos/mxdwtfkbrwbbmts.doc [10/04/2006]
26. www.uni-konstanz.de/ag-moral/mut/mjt-span.htm [10/04/2006]
27. www.redie.uabc.mx/vol4no2/contenido-barba.pdf [10/04/2006]
28. www.economía.ufm.edu.gt/mpolanco/notaste3.html [10/04/2006]
29. www.temario-oposiciones.com/t83748w27/dit/defining/issues/test/cuestionario/de/problemas/.php [10/04/2006]
30. www.elabe.bioetica.org/obras.htm [19/04/2006]
31. www.elabe.bioetica.org/25.htm [19/04/2006]
32. www.elabe.bioetica.org/45.htm [19/04/2006]
33. www.bioetica.org/bioetica.htm [19/04/2006]
34. www.cuadernos.bioetica.org/doctrina8.htm [19/04/2006]
35. www.cuadernos.bioetica.org/doctrina7.htm [19/04/2006]
36. www.terapia-ocupacional.com [05/05/2006]
37. www.paho.org [05/05/2006]
38. PUBMED. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Text&DB>
[08/05/2006]

Anexo

ANEXO 1

Consentimiento Informado para participar en el estudio de investigación

Título del Estudio

**“Conocimiento de los alumnos de Práctica Clínica I
acerca de los conceptos básicos de Bioética”**

Investigador

Estrada, Maricel

Estudiante avanzado de Lic. en T. O.

U.N.M.d.P.

Objetivo

Identificar el nivel de conocimiento que poseen los alumnos de la carrera Lic. en T. O. de la U.N.M.d.P. al momento de realizar la primer Práctica Clínica acerca de los conceptos básicos de Bioética.

Procedimiento

Si consiento en participar sucederá lo siguiente:

1. Responderé a preguntas referentes a Bioética.
2. Me someterán a interrogantes acerca de: la presencia de situaciones dilemáticas en mi primer Práctica Clínica, y la importancia o no de la Bioética para el correcto desempeño de la misma.

Confidencialidad

Toda la información obtenida en este estudio será considerada confidencial y será utilizada sólo a efectos de investigación. Mi identidad será mantenida en el anonimato.

Derecho a rehusar o abandonar

Mi participación en el estudio es enteramente voluntaria y soy libre de rehusar a tomar parte o abandonar el mismo en cualquier momento.

Consentimiento

Consiento en participar en este estudio. He recibido una copia de este impreso y he tenido la oportunidad de leerlo y/o que me lo lean.

FIRMA:

FECHA:

.....

FIRMA DEL INVESTIGADOR

Entrevista Semiestructurada**“Conocimiento de los alumnos de práctica clínica I
acerca de los conceptos básicos de Bioética”****N° de Entrevista:****Fecha:****Entrevistador: M. E.**

Edad:

Sexo:

Año de ingreso a la facultad:

Fecha de cursada de Práctica Clínica 1:

Contestar por favor las siguientes preguntas de acuerdo a lo que según su apreciación personal considere correcto o incorrecto.

1- Cuando sea un profesional de la salud, ¿cuáles de las siguientes afirmaciones considera Ud. deberes u obligaciones éticas para con su paciente?. Marque con una cruz la/s opción/es correcta/s.

- Se debe equilibrar daño y beneficio
- Se debe remover el mal
- Se debe hacer o promover el bien
- Se debe prevenir el mal o daño
- Se debe no infligir mal o daño

2-¿Considera Ud. que un paciente tiene el derecho y la facultad de hacer lo que decida hacer, o por lo menos actuar sin coerción o restricción?. Marque con una cruz.

Si

No

3- Según su entender, ¿la autonomía de una persona podría estar relacionada con su capacidad de evaluar claramente las situaciones y escoger los medios adecuados para adaptarse a ellos?. Marque con una cruz.

Si

No

4- En este momento Ud. se halla (hipotéticamente) participando como profesional en la planificación de programas de salud y distribución de recursos. ¿En cuál/es de los siguientes conceptos se basaría; según su entender, de manera tal que cada persona pueda acceder a la satisfacción de sus propias necesidades?. Marque con una cruz la/s opción/es correcta/s.

Distribución

Libertad

Comparación

Equidad

Racionalidad

5- Ud. se encuentra realizando un trabajo de investigación que debe presentar en la Facultad frente a un número importante de personas. Decide tomar como población de estudio los pacientes a los que atiende en la institución en la que se halla practicando. ¿Cuáles de los siguientes conceptos debería tener en cuenta según su entender?. Marque con una cruz la/s opción/es correcta/s.

- Información
- Privacidad
- Consentimiento
- Secreto profesional
- Fidelidad

6- La Regla Moral llamada Veracidad consiste en.... Marque con una cruz la/s opción/es correcta/s.

- Ocultar la información indeseada
- No mentir o engañar a otros
- Decir la verdad
- Modificar la información indeseada
- Decir lo que uno crea conveniente

7- ¿Cuáles de los siguientes elementos considera Ud. necesarios al momento de hablar de consentimiento informado?. Marque con una cruz la/s opción/es correcta/s.

- Veracidad de la información

- Consentimiento voluntario
- Revelación de la información
- Competencia para consentir
- Comprensión de la información

8- ¿En qué momento de la carrera considera Ud. necesaria la inclusión de la materia Ética y Deontología Profesional?. Marque con una cruz.

- Al inicio de la carrera
- Previo a la cursada de la primer Práctica Clínica
- Posterior a la cursada de la primer Práctica Clínica
- A lo largo de toda la carrera

¿Por qué?

9- ¿Recuerda alguna situación dilemática vivida en su experiencia de Práctica Clínica que quiera comentar?

10- ¿Desea expresar algo mas que no haya sido tenido en cuenta en estas preguntas?

¡Muchas Gracias! Su información será de valiosa utilidad.

ANEXO 2**REGLAMENTO DE PRACTICA CLINICA**

ARTICULO 1°: Los alumnos de la Licenciatura en Terapia Ocupacional que hayan aprobado las asignaturas correlativas correspondientes a cada Plan de estudio, podrán cursar Práctica Clínica I, II, III y IV (Plan 1985, modificación 1991), y Práctica Clínica I, II y III (Plan 1993), en áreas de incumbencia profesional, acordes a la preparación académica del alumno. En todos los casos, deberán estar supervisados por profesionales graduados en Terapia Ocupacional, con DOS (2) años de experiencia.

ARTICULO 2°: Las asignaturas Práctica Clínica en ningún caso podrán cursarse en forma condicional.

ARTICULO 3°: El alumno deberá cumplir como mínimo, con TRES (3) encuentros previos a la cursada de Práctica clínica I.

ARTICULO 4°: Los alumnos que cursan con el Plan de Estudio 1985, modificación 1991, deberán realizar las Prácticas Clínicas en TRES (3) áreas diferentes como mínimo, y los que cursan con el Plan 1993, deberán hacerlo en DOS (2) áreas como mínimo.

ARTICULO 5°: Los alumnos deberán cumplir con MIL (1000) horas de Práctica Clínica, al finalizar la totalidad de las mismas.

ARTICULO 6°: Los períodos de Práctica Clínica podrán flexibilizarse, según la carga horaria en la institución, y según el cronograma establecido por la misma, a fin de facilitar las rotaciones de los alumnos. En ningún caso, podrá ser

inferior a TRECE (13) semanas, y deberá cumplirse con carga horaria establecida en cada plan de estudios.

ARTICULO 7°: Los alumnos deberán preinscribirse en la cátedra, para el cursado de la Práctica Clínica correspondiente, a fin de que ésta gestione las vacantes institucionales, asigne las mismas a los alumnos y notifique con la debida antelación a las instituciones. La preinscripción para instituciones fuera de la ciudad, será anterior a las de la ciudad de Mar del Plata, para permitir las tramitaciones correspondientes.

ARTICULO 8°: La cátedra establecerá y publicitará fechas diferentes para la asignación de los puestos de Práctica Clínica en instituciones de la ciudad de Mar del Plata, y fuera de ella. A la fecha de distribución, todos los alumnos pre-inscriptos deberán tener las correlativas correspondientes aprobadas, con excepción de la práctica Clínica anterior, en caso que se encuentre cursándola.

ARTICULO 9°: Si quedaren vacantes en las instituciones, la cátedra podrá llamar a otra distribución si lo considera viable.

ARTICULO 10°: Para los alumnos inscriptos para cursar las asignaturas Práctica Clínica I a IV, se establece el siguiente orden de prioridades para la elección de las vacantes institucionales:

- a) Alumnos inscriptos en el turno anterior y que no realizaron Práctica Clínica por no contar con vacantes (con las prioridades establecidas en los incisos b – c y d, del presente artículo).

- b) Alumnos inscriptos para Práctica III (Plan 1993) o Práctica Clínica IV (Plan 1985, modificación 1991), y que tengan todas las asignaturas aprobadas.
- c) Alumnos inscriptos para Práctica Clínica III (Plan 1993) o Práctica Clínica IV (Plan 1985, modificación 1991).
- d) A igualdad de condiciones, se procederá a sorteo.

ARTICULO 11°: En caso que el alumno cuente con vacante institucional, y por razones personales (de salud o incompatibilidad horaria con el trabajo) no realice la práctica clínica, solo mantendrá la prioridad para el cuatrimestre siguiente, debiendo presentar el certificado correspondiente, dentro de los DIEZ (10) días de realizada la distribución. A posteriori, deberá volver a inscribirse.

ARTICULO 12°: El alumno que con posterioridad a la asignación de institución, decida no cursar Práctica Clínica, deberá notificarlo por nota a la cátedra, dentro de los CINCO (5) días de efectuada la distribución. No tendrá prioridad para el próximo período.

ARTICULO 13°: Al comenzar el cursado de Práctica Clínica, el supervisor establecerá los objetivos a lograr, en base a los contenidos programáticos de la cátedra, al Plan de Práctica Clínica presentado por el supervisor, y/o nuevas propuestas presentadas oportunamente a la cátedra, y aprobadas por el Consejo Departamental.

ARTICULO 14°: Las asignaturas Práctica Clínica I, II, III y IV, se aprobarán por promoción sin examen final. Los requerimientos para la aprobación son:

- a) Cumplir con el OCHENTA (80) % de la carga horaria establecida en el plan de Práctica Clínica de la institución.
- b) Cumplir con los encuentros programados por la cátedra.
- c) Una calificación de SEIS (6) puntos, de acuerdo a la reglamentación vigente.

El alumno recibirá una evaluación parcial conceptual, y una calificación final numérica, a cargo del supervisor de la institución, quien la registrará con la modalidad e instrumentos que establezca la cátedra.

El alumno, en un plazo no mayor de TREINTA (30) días de finalizada la Práctica Clínica, deberá entregar a la cátedra las planillas correspondientes, a fin de hacer firmar la aprobación de la cursada.

ARTICULO 15°: Durante el cursado de cada Práctica Clínica el alumno deberá concurrir a encuentros de practicantes obligatorios. En caso de no asistir a los encuentros planificados en el cuatrimestre correspondiente, deberá cumplimentar alguna actividad solicitada por la cátedra o en su defecto recuperarlas en el cuatrimestre siguiente.

ARTICULO 16°: El estudiante que no apruebe alguna de las prácticas clínicas, deberá recursarla en forma completa, de acuerdo a la reglamentación vigente.

ARTICULO 17°: En caso de no cumplir durante el período de Práctica Clínica con los objetivos estipulados al comienzo de la misma, el supervisor podrá proponer a la cátedra la continuidad del alumno en la institución, hasta tanto se logren los objetivos correspondientes, por un período no mayor a TREINTA (30) días hábiles.

ARTICULO 18°: Los docentes de la cátedra realizarán visitas a las instituciones donde se cursa Práctica Clínica, de acuerdo a las posibilidades y recursos disponibles, a efectos de observar los avances en el proceso de aprendizaje, y poder encauzar las dificultades que puedan presentarse.

ARTICULO 19°: Los estudiantes que cursen Práctica Clínica en instituciones fuera de Mar del Plata, y que no participen de los encuentros de practicantes, deberán completar y elevar periódicamente a la cátedra, planillas específicas o cumplir otro requerimiento que se establezca para el seguimiento del proceso de la Práctica Clínica.

ARTICULO 20°: En caso que un supervisor considere la necesidad de que un practicante curse otra Práctica Clínica en la institución, se lo autorizará sólo en un cuatrimestre, por causas debidamente justificadas, y sin afectar el número de vacantes habituales en la institución.

ARTICULO 21°: Todo aquello no contemplado en este reglamento, deberá elevarse al Consejo Departamental del Departamento Pedagógico de Terapia Ocupacional para su consideración.

Mar del Plata, Abril de 2006

Directora del Departamento de T.O.
Sra. Laura Di Clemente

De mi mayor consideración:

Soy estudiante avanzado de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional, de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata; y en este momento me encuentro en vías de realizar mi tesis de grado, con motivo de obtener el título profesional.

El propósito de mi trabajo consiste en identificar el nivel de conocimiento sobre Bioética que los alumnos de T.O. poseen al momento de cursar la primer Práctica Clínica. Motivo por el cual me dirijo a Ud. A fin de solicitarle autorización, en la medida de lo posible, para contar con los estudiantes de la carrera y poder así llevar a cabo mi estudio. Sería de suma importancia contar con la autorización para realizar dicho trabajo.

Se garantiza, por supuesto, el anonimato y la confidencialidad de los datos; como así también (en el caso de que fuera factible la investigación) la no interferencia con las actividades que se desarrollan habitualmente en la facultad. Me comprometo, además, a realizar la devolución de los resultados.

Sin otro particular y agradeciendo de forma anticipada su atención a mi pedido, la saluda a Ud. Atentamente.

Maricel Estrada
DNI 25953110

Mar del Plata, Abril de 2006

Cátedra de Práctica clínica

Singla, M.; Bentivogli, C.

De mi mayor consideración:

Soy estudiante avanzado de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional, de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

En la actualidad me encuentro intentando llevar a cabo mi tesis de grado a fin de obtener el título profesional. El objetivo de mi trabajo está orientado a identificar el nivel de conocimiento sobre Bioética que poseen los alumnos al momento de realizar la primer Práctica Clínica.

Es por eso que me dirijo a Uds. con el motivo de solicitarles, en la medida de lo posible, información referente a los alumnos que han pasado por la experiencia de Práctica Clínica, para poder contactarlos y en base a ello realizar así mi estudio. La posibilidad de contar con dichos datos para llevar a cabo el trabajo sería de suma importancia.

Desde ya garantizo el anonimato y la confidencialidad de la información; como así también la no interferencia en las actividades que los alumnos realizan habitualmente. Me comprometo, por otra parte, a garantizar la devolución de los resultados.

Sin otro particular y agradeciendo de forma anticipada su atención a mi pedido, las saluda a Uds. atentamente.

Maricel Estrada

DNI 25953110