



**MÁSTER INTERUNIVERSITARIO OFICIAL EN
BIOÉTICA Y BIODERECHO**

Escuela de Doctorado y Estudios de Posgrado

Trabajo Fin de Máster 2020/2021

**EVOLUCIÓN DEL RAZONAMIENTO MORAL Y
LA EMPATÍA EN ESTUDIANTES DE
FISIOTERAPIA. ESTUDIO OBSERVACIONAL**

**EVOLUTION OF MORAL REASONING AND
EMPATHY IN PHYSIOTHERAPY STUDENTS.
OBSERVATIONAL STUDY**

Autor:

Agustín De Villar Casado

Tutores:

Juan Elicio Hernández Xumet

Emilio José Sanz Álvarez

ÍNDICE

1. RESUMEN	3
2. ABSTRACT	4
3. INTRODUCCIÓN	5
3.1 Bioética y Fisioterapia	5
3.2 Razonamiento moral	8
3.3 Estadios de Kohlberg	9
3.4 Test de dilemas sociomorales (DIT) de James Rest	11
3.5 Empatía y test de Jefferson	12
4. JUSTIFICACIÓN	15
5. OBJETIVOS	19
6. METODOLOGÍA	21
7. RESULTADOS	25
8. DISCUSIÓN	33
9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	37
10. CONCLUSIONES	39
11. BIBLIOGRAFÍA	41
ANEXO I	45

1. RESUMEN

Introducción: el razonamiento moral es el proceso mental por el que una persona sopesa los pros y contras, los conflictos de valores y la confrontación de deberes con el objetivo de determinar un curso de acción ante un conflicto ético. La empatía es una cualidad cognitiva, de gran relevancia en el profesional sanitario, que implica la habilidad para entender la situación por la que está pasando nuestro paciente.

Objetivo: Conocer el estadio de razonamiento moral predominante y el nivel de empatía de los alumnos de Fisioterapia de la ULL en el año 2020/2021 y su relación con la edad, el curso académico, el sexo o la formación previa en bioética.

Material y Métodos: estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. La muestra estuvo compuesta por 76 alumnos de todos los cursos de Fisioterapia de la ULL. Como instrumento de medida se utilizó el test de dilemas sociomorales (DIT) de Rest y el test de empatía de Jefferson además de cuatro preguntas relativas a la formación en bioética.

Resultados: el estadio moral predominante fue el estadio 4 (media 11,31/37,7% DE 4,1/13,7%). La puntuación que mide la madurez global (p) fue de 8,61/28,7% DE 4,8/16%. El test de Jefferson obtuvo una media de 120,56 DE 120,06 . Se obtuvo una correlación significativa entre el test de Jefferson de 1º con el resto de los cursos académicos (análisis de Bonferroni $p = 0,038$ para 2º curso, $p < 0,001$ para 3º y $p = 0,016$ para 4º curso).

Discusión: La predominancia de estadios coincide con otros estudios previos. Investigaciones realizadas en estudiantes de medicina coinciden en que se observa un estancamiento moral a partir del tercer curso. En nuestro estudio hallamos una tendencia ascendente en los estadios 5A, 5B y de la puntuación de moralidad global y empatía hasta tercer curso. Desde ese punto máximo, se aprecia una disminución de las puntuaciones obtenidas en los alumnos de cuarto curso.

Conclusiones: los estudiantes de Fisioterapia obtienen una buena puntuación en el test de empatía. El estadio de razonamiento moral predominante fue el estadio 4 relacionado con el cumplimiento de deberes. Los resultados de los alumnos de tercer curso fueron mejores que los de cuarto curso pero no obtuvimos correlación significativa como para afirmar la existencia de una brecha ética.

Palabras clave: Bioética, Razonamiento moral, Empatía, Estudiantes de Fisioterapia.

2. ABSTRACT

Introduction: moral reasoning is the mental process whereby a person weighs the pros and cons, the conflicts of values and the confrontation of duties in order to determine a course of action in the event of an ethical conflict. Empathy is a cognitive quality, of great relevance in healthcare professionals, which implies the ability to understand the situation our patient is going through.

Objective: To know the predominant stage of moral reasoning and the level of empathy of the students of Physiotherapy of the ULL in the year 2020/2021 and its relationship with age, academic year, sex or previous studies in bioethics.

Methods: quantitative, descriptive and cross-sectional study. The sample consisted of 76 students from all ULL Physiotherapy courses. As a measurement instrument, we used the Defining Issues Test (DIT) of James Rest and Jefferson's empathy test, as well as four questions related to academic training in bioethics.

Results: the predominant moral stage was stage 4 (mean 11.31 / 37.7% SD 4.1 / 13.7%). The score that measures global maturity (p) was 8.61 / 28.7%, SD 4.8 / 16%. The Jefferson test obtained a mean of 120.56 SD 12.06. A significant correlation was obtained between the 1st grade Jefferson test with the rest of the academic courses (Bonferroni analysis $p = 0.038$ for 2nd grade, $p < 0.001$ for 3rd grade and $p = 0.016$ for 4th grade).

Discussion: The predominance of stages match with the results of other previous studies. Research carried out in medical students agrees that moral stagnation is observed from the third year onwards. In our study, we found an upward trend in stages 5A, 5B and in the global morality and empathy score up to the third year. From that maximum point, there is a decrease in the scores obtained in fourth-year students.

Conclusions: Physiotherapy students obtain a good score in the empathy test. The predominant stage of moral reasoning was stage 4 related to the fulfillment of duties. The results of the third-year students were better than those of the fourth year, but we did not obtain a significant correlation to affirm the existence of an ethical gap.

KeyWords: Bioethics, Moral reasoning, Empathy, Physiotherapy students.

3. INTRODUCCIÓN

3.1 Bioética y Fisioterapia

La bioética tiene su origen en la segunda mitad del siglo XX y su aparición se justifica por la necesidad de hacer frente a la revolución científica sin precedente de estos años, unido a la crisis de valores en la que estaba sumida la sociedad de la época. La inexistencia de criterios prudentes para el desarrollo de las ciencias biomédicas hicieron que algunos pudieran ver el riesgo que esto podía suponer para la humanidad y para nuestro planeta. De esta forma, empezaron a aparecer cuestionamientos y preocupaciones enfocadas al mantenimiento de la vida en el planeta. Además, las nuevas tecnologías desarrolladas, suscitaron debates en la práctica clínica que obligaron a la reflexión sobre los límites y posibilidades de aplicación de estas nuevas herramientas (Ladeira & Koifman, 2017).

La bioética se relaciona en muchas ocasiones con los grandes dilemas morales de nuestro tiempo como pueden ser la el aborto, la eutanasia o la terapia genética. Es por este motivo, que en ocasiones la asociación de la bioética con otras disciplinas sanitarias más allá de la medicina o la enfermería puede ser difícil de comprender (Sore Galleguillos, 2020).

Durante los últimos 30 años, la Fisioterapia ha ido asumiendo cada vez un rol más activo en las decisiones clínicas dentro del sistema de salud. Este aumento de la autonomía profesional tiene una relación directa con la obligación de tener que hacer frente a conflictos morales más complejos y asumir mayor responsabilidad (Swisher, 2002).

Resulta interesante la clasificación que la fisioterapeuta norteamericana Ruth Purtilo hace en el año 2000, por la cual determina 3 periodos dentro de la historia de la Fisioterapia según el punto de vista ético (Aguilar Rodríguez, 2012; Purtilo, 2000).

- **Primer periodo: el periodo de auto identidad.** Este periodo comienza en 1935 con la publicación del primer código ético de los fisioterapeutas estadounidenses. Algunos de los apartados de este documento muestran cómo el médico era el eslabón principal de la relación con el paciente siendo este el encargado del diagnóstico, de pautar el tratamiento y de asumir las responsabilidades en caso de que las hubiera. El primer apartado decía: “El diagnóstico, pronóstico y prescripción del tratamiento será responsabilidad del médico. Cualquier intento de asumir estas responsabilidades por

algún fisioterapeuta se considerará como una actitud poco ética”.

- **Segundo periodo: el periodo de identidad centrada en el paciente.** Este periodo se extiende desde los años 50 a la actualidad y la tarea principal fue la de establecer una relación de colaboración con el paciente. Surge el concepto de trabajo multidisciplinar, el consentimiento informado (1957) y el protagonismo pasa del médico al paciente. El fisioterapeuta asume mayor compromiso y responsabilidad.

- **Tercer periodo: el periodo de identidad social.** Es una visión futura de cómo evolucionará la Fisioterapia y las profesiones sanitarias y de su interacción con la sociedad. El centro de los comportamientos éticos se trasladaría a la sociedad y a las instituciones. El fisioterapeuta, como profesional al servicio de la sociedad, deberá demostrar lo que les puede aportar y asegurará que su atención llegue a todas las personas que se puedan ver beneficiadas de ella, tratando que el nivel socioeconómico o cultural de cada persona no sea un impedimento.

En Fisioterapia existen dilemas éticos propios pero están escasamente estudiados en la bibliografía. Este desconocimiento tiene una consecuencia directa sobre la formación de los estudiantes en este ámbito generando profesionales con escasez de recursos a la hora de la toma de decisiones éticas en la práctica clínica (Sore Galleguillos, 2020).

Triezenberg publica un artículo en el que se resalta la importancia de la formación en ética de los Fisioterapeutas. Cita textualmente a James Rest cuando dice: *“asumir que un joven de 20 años, por muy buena persona que sea, va a actuar de forma éticamente correcta ante un conflicto ético profesional sería igual que asumir que un joven de 20 años puede ejercer de abogado sin una educación especial”*. Para los autores, los tres objetivos principales de la formación en ética serían: promover un comportamiento moral en los estudiantes, integrar a los estudiantes en los valores y creencias de la profesión y preparar al estudiante para formar parte de un debate más amplio sobre las dimensiones éticas de la práctica clínica (Herman L; Triezenberg & Davis, 2000).

Actualmente podemos identificar cuatro roles en el desempeño profesional de un Fisioterapeuta: clínico, investigador, docente y de gestión. La profesión ha evolucionado en comparación con el periodo de autoidentidad con nuevos roles, nuevas terapias y asumiendo, por tanto, nuevas responsabilidades. No obstante, en

palabras de Sore Galleguillos, *“hay evidencia de que los investigadores y clínicos en fisioterapia rara vez utilizan el conocimiento ético para analizar los problemas planteados en su práctica y que existen lagunas en los marcos teóricos que se utilizan actualmente para analizar estos problemas”* (Sore Galleguillos, 2020).

Algunos de los problemas éticos a los que se enfrentan los Fisioterapeutas fueron descritos por Herman L. Triezenberg. Este autor realizó un estudio empleando la técnica *Delphi* con una muestra de miembros y exmiembros del comité judicial de la asociación americana de fisioterapeutas con el objetivo de identificar los conflictos éticos a los que se enfrentaban los fisioterapeutas en el momento del estudio y a los que se enfrentarían los futuros fisioterapeutas. Se obtuvieron un total de 16 ítems, 4 de ellos identificados como futuros conflictos éticos y se clasificaron en tres niveles: bienestar y derechos de los pacientes (6), rol profesional y responsabilidad (5) y relaciones de negocios y factores económicos (5) (H. L. Triezenberg & Purtilo, 1996).

- La sobrecarga de los servicios de Fisioterapia.
- Identificación de factores que constituyen el consentimiento informado.
- El derecho a la protección de la confidencialidad del paciente en las interacciones entre fisioterapeutas, personal bajo la supervisión del fisioterapeuta y los estudiantes de Fisioterapia.
- Justificar que los costes de los servicios prestados por los fisioterapeutas sean apropiados.
- Veracidad en la publicidad de los servicios de Fisioterapia.
- Prevención e identificación del abuso sexual y físico de pacientes por fisioterapeutas o aquellos supervisados por los Fisioterapeutas.
- Ceñirse a las competencias clínicas de la profesión.
- El seguimiento de las recomendaciones de las guías para la investigación con humanos.
- El apoyo o respaldo de equipos o productos con los que el fisioterapeuta puede tener un interés económico.
- El adecuado nivel de formación del personal auxiliar de Fisioterapia.
- La definición de los límites de la intervención del fisioterapeuta.
- La identificación y eliminación del fraude en la contabilidad de los servicios de Fisioterapia.

- La responsabilidad de atender a todos los pacientes según sus necesidades sin tener en cuenta características personales o sociales.
- La responsabilidad con el medio ambiente en el uso de productos contaminantes.
- El deber de informar de conductas no profesionales de otros compañeros.
- La necesidad del fisioterapeuta de establecer los límites de las relaciones personales con el resto de profesionales.

Kati Kulju et al. realizaron un estudio para que fisioterapeutas Finlandesas autoevaluaran sus competencias éticas en su práctica profesional. De una muestra de 839 Fisioterapeutas, el 48% afirma que rara vez se enfrenta a problemas éticos durante su práctica clínica. Los encuestados se consideran altamente competentes en la resolución de problemas éticos aunque el 80% refiere que no ha realizado ningún tipo de formación ética tras la finalización de sus estudios universitarios (Kulju et al., 2020).

Sin embargo, Laura Lee Swisher lleva a cabo un estudio en el que evalúa la capacidad de razonamiento moral de 537 Fisioterapeutas de la Asociación Americana de Fisioterapeutas utilizando el “Defining Issues Test” (DIT) de Rest. Los resultados del estudio mostraron que el razonamiento moral postconvencional de los fisioterapeutas que participaron era significativamente inferior que el de otros grupos de profesionales estudiados (Swisher, 2010).

3.2 Razonamiento moral

Rest et al. describen el juicio moral como un constructo psicológico que interviene en el proceso por el cual una persona que se enfrenta a una situación concreta decide que un determinado curso de acción es moralmente aceptable mientras que otro no lo es (Rest et al., 1997).

El razonamiento moral necesita de una serie de factores para poder llevarse a cabo. En primer lugar, definir cuales son los conflictos morales a los que nos enfrentamos, en segundo lugar cómo afectan estos conflictos a los participantes y , finalmente, la capacidad de razonar para decidir de qué forma actuar. En otras palabras, el razonamiento moral es el proceso mental por el que una persona sopesa los pros y contras, los conflictos de valores y la confrontación de deberes con el objetivo de determinar un curso de acción ante un conflicto ético. (Swisher, 2010)

Gran parte de las investigaciones en razonamiento moral tienen su origen en el trabajo desarrollado por Lawrence Kohlberg, quien propuso que el juicio moral progresa a través de 6 estadios, cada uno caracterizado por diferentes tipos de razonamiento moral: obediencia, egoísmo instrumental, concordancia interpersonal, ley y deber, consenso y cooperación social (Swisher, 2010).

“Kohlberg (1976) presupone que el desarrollo moral se construye en estructuras resultado de la interiorización de reglas sociales y su interacción con el medio. Los niños aprenden del conflicto con el contexto cómo ordenar los valores. Su preferencia nace desde su interior, al cuestionar unos valores frente a otros mediante un proceso de reflexión que permite jerarquizarlos, de manera consciente, no por simple y puro aprendizaje inconsciente. El niño adopta los diferentes roles en la familia y la escuela donde aprende a ponerse en el lugar de los otros. Esta asunción de roles supone una perspectiva social, básica para entender los sentimientos, emociones y pensamientos de otras personas” (Vilata & Mart, 2015)

3.3 Estadios de Kohlberg

“Según la teoría de Kohlberg, el desarrollo del juicio moral se produce a través de estadios que son totalidades estructuradas o sistemas organizados de pensamiento, que forman una secuencia invariante y progresiva, sin saltos ni retrocesos y que son integraciones jerárquicas, de modo que el tipo de razonamiento de un estadio superior incluye el del estadio inferior. Así, el desarrollo se produce siguiendo una secuencia fija, universal e irreversible de pasos o estadios y en la que el estadio superior supera al inferior incorporándolo. Los niveles o etapas son tres: el nivel preconvencional, el nivel convencional y el nivel postconvencional o de principios” (Navarro Palacios, 2003) .

1. Nivel preconvencional: en este nivel, el niño es sensible a las reglas culturales y a las etiquetas de bueno y malo, correcto o incorrecto, pero interpreta estas etiquetas bien por las consecuencias físicas o bien por las consecuencias “hedonistas” de sus acciones (castigo, recompensa, intercambio de favores) o bien en término del poder físico que poseen los que imponen esas reglas y etiquetas. Este nivel está dividido en dos estadios (Kohlberg, 1975):

- **Estadio 1, moralidad heterónoma:** las consecuencias físicas de las acciones determinan su bondad o maldad, sin importar el significado humano o el

valor de esas consecuencias. Evitar el castigo y no cuestionar el poder de los que imponen las reglas tienen valor por sí mismos, sin necesidad de respetar un orden moral subyacente apoyado por el castigo y la autoridad.

- **Estadio 2, individualismo. Fines instrumentales e intercambio:** Las acciones correctas son aquellas que satisfacen las necesidades individuales y ocasionalmente las de otros. Servir los propios intereses en un mundo donde se debe reconocer que los demás también tienen intereses es lo que mueve a la persona para hacer el bien. La reciprocidad en este estadio consiste en hacer algo por otra persona esperando que esta me lo devuelva, no por lealtad, justicia o gratitud.

2. Nivel convencional: en este nivel, cumplir con las expectativas que la sociedad (familia, grupo o nación) espera de mí, tiene valor por sí mismo independientemente de las consecuencias inmediatas. La actitud no es de conformidad ante el orden social y las expectativas preestablecidas sino de lealtad a este orden, esforzándose por mantenerlo, apoyarlo y justificarlo. Este nivel está dividido en dos estadios (Kohlberg, 1975):

- **Estadio 3, expectativas interpersonales mutuas. Relaciones y conformidad interpersonal.** El buen comportamiento es aquel que agrada o ayuda a otros, quienes al mismo tiempo aprueban este comportamiento. Las razones para actuar bien son la necesidad de ser buena persona a los ojos de la sociedad y el deseo de mantener las reglas y la autoridad que apoyan lo que la mayoría consideran un comportamiento normal.
- **Estadio 4, Sistema social y conciencia:** el buen comportamiento consiste en cumplir deberes a los que uno se ha comprometido. Las leyes se han de mantener excepto en casos extremos cuando entran en conflicto con otras reglas sociales fijas. El comportamiento correcto consiste en cumplir la obligación y el deber de cada uno, mostrando respeto por la autoridad y manteniendo el orden social.

3. Nivel posconvencional: Es el nivel de los principios morales universales. Se aceptan las leyes, reglas e instituciones; pero se cuestionan cuando van en sentido contrario a la integridad de las personas. El juicio moral posconvencional se mueve en la óptica del ser humano por sí mismo y no sólo como miembro social. Este nivel está dividido en 2 estadios (Kohlberg, 1975):

- **Estadio 5:** contrato social o utilidad y derechos individuales. Las acciones correctas son definidas en términos de derechos individuales y estándares que han sido examinados a conciencia y que cuentan con el acuerdo de toda la sociedad (contrato social). Hay una consciencia clara de la relatividad de los valores y opiniones personales y, por lo tanto, se insiste en la necesidad de reglas y procedimientos que permitan alcanzar el consenso. Respetar las leyes por el bien de todos y la protección de los derechos de todos “el mayor bien para el mayor número posible”. Que algo sea legal o constitucional no significa que sea moral, en ocasiones entran en conflicto y es complicado integrarlos.
- **Estadio 6:** principios éticos universales. Lo correcto está definido por principios éticos que nosotros mismos hemos elegido atraídos por su comprensión lógica, su universalidad y su consistencia. Las leyes y los acuerdos sociales son normalmente válidos porque se apoyan en tales principios y cuando las leyes van en contra de ellos, uno actúa de acuerdo con sus propios principios. Son principios universales de justicia: la igualdad y el respeto por la dignidad de los seres humanos como individuos. La perspectiva es la de un individuo racional que reconoce la naturaleza de la moralidad o el hecho de que las personas son fines en sí mismo y que se las debe tratar como tal.

3.4 Test de dilemas sociomorales (DIT) de James Rest

La propuesta teórica de Kohlberg necesitaba de instrumentos que permitieran la recopilación de datos que argumentaran su propuesta. Por este motivo, se creó la entrevista clínica y el cuestionario estandarizado (Perez Delgado & Mestre Escriva, 1993).

En relación a los cuestionarios estandarizados, el Defining Issues Test (DIT) de Rest, fue el más utilizado de ellos. Este cuestionario consta de seis historias en las que se presentan problemas socio morales. Una vez leída cada historia se plantean una serie de cuestiones éticas que el participante deberá calificar según la importancia que ellos consideran que tienen para la resolución del conflicto. Posteriormente deberán seleccionar cuatro de estas cuestiones y ordenarlas según su orden de importancia (Perez Delgado & Mestre Escriva, 1993).

El test de dilemas sociomorales de Rest fue desarrollado para valorar

principalmente el pensamiento posconvencional o de principios. Por esta razón, la puntuación más importante es la puntuación P, obtenida por el sumatorio de los estadios 5A, 5B y 6. El resto de información relacionada con los estadios inferiores la obtenemos de manera indirecta al analizar los resultados. Rest desarrolló este cuestionario con el objetivo de cubrir las deficiencias metodológicas de la entrevista semiestructurada de Kohlberg y, más en particular, las dificultades del instrumento de Kohlberg para detectar el pensamiento postconvencional de los sujetos (Perez Delgado & Mestre Escriva, 1993).

Las respuestas de los participantes permiten obtener otro tipo de puntuaciones entre las que cabe destacar la puntuación en la escala M y la escala A. Los items que se califican con una M no corresponden a ningún estadio moral y pretende identificar la tendencia de los sujetos a apoyar afirmaciones por cómo suenan sin profundizar en el significado del enunciado. También puede indicar que el sujeto no ha comprendido las cuestiones. Una puntuación alta en esta escala indica que debemos tener cuidado a la hora de interpretar los resultados. Se considera un valor alto a partir de 8 respuestas en el conjunto de todas las historias (Perez Delgado & Mestre Escriva, 1993).

Por otro lado, la escala A pretende identificar una tendencia a ir contra lo establecido rechazando el orden social establecido. No se suele tener muy en cuenta a la hora de analizar los resultados por falta de estudios y de instrucciones sobre cómo aplicarlo (Perez Delgado & Mestre Escriva, 1993).

3.5 Empatía y test de Jefferson

La empatía en un contexto de cuidado del paciente puede definirse como una cualidad cognitiva que implica la habilidad para entender la situación por la que está pasando nuestro paciente y la capacidad para comunicarlo (Hojat et al., 2002).

Es una cualidad fundamental en la relación médico/paciente. El *General Medical Council* incluye numerosas referencias a la empatía y la describe como una cualidad que lo lleva a ser un buen médico. La *Association of American Medical Colleges* afirma que los médicos deben ser compasivos y comprensivos en el cuidado de los pacientes, y que la enseñanza de la empatía debe ser un objetivo esencial en la educación de pregrado (Díez-Goñi & Rodríguez-Díez, 2017).

Diez Goñi, realiza una recopilación de todos los beneficios que tiene la empatía en

el ámbito sanitario: *“Respecto a los beneficios que aporta la empatía, por una parte, aumenta la satisfacción del paciente, observándose mejoría en los resultados clínicos debido a una mejor comunicación y relación médico-paciente. Al expresar el paciente con mayor facilidad los síntomas y preocupaciones, se obtiene una mejor anamnesis y precisión diagnóstica y, además, aumenta la adherencia al tratamiento y a las recomendaciones. Todo esto contribuye a una disminución de los errores médicos y de los juicios por mala práctica. También se reducen los costes, ya que al mejorar la comunicación disminuye el número de pruebas diagnósticas que se realizan. Por otra parte, la empatía parece influir positivamente en los propios médicos, lo que se relaciona con una mayor satisfacción profesional, menor estrés y «burn-out», así como con evaluaciones más altas de su competencia clínica”* (Díez-Goñi & Rodríguez-Díez, 2017).

A pesar de la importancia de la empatía en la relación sanitario-paciente, las investigaciones en este campo se han visto limitadas principalmente por dos motivos. En primer lugar, por la ambigüedad de la conceptualización y definición de la empatía en este contexto. En segundo lugar, por la escasez de herramientas para medir la empatía en estudiantes de medicina u otros profesionales sanitarios (Hemmerdinger et al., 2007)

Díez Goñi hace referencia a la división clásica de la empatía en 2 componentes: cognitivo y afectivo. Algunos autores aplican exclusivamente el componente cognitivo sin involucrar una respuesta emocional personal. Sin embargo, otros autores destacan el componente emocional y un tercer grupo que trata de aunar ambas dimensiones (Díez-Goñi & Rodríguez-Díez, 2017).

La escala de empatía de Jefferson fue desarrollada por investigadores de la Universidad de Jefferson en Estados Unidos. Fue creada originalmente para medir las orientaciones y actitudes del estudiante de medicina en el contexto de cuidado del paciente. Posteriormente, debido a la creciente demanda, esta escala fue validada para otros profesionales sanitarios (Alcorta-Garza et al., 2016)

El cuestionario consta de un total de 20 ítems y fue desarrollado para tener en cuenta los diferentes factores que influyen en la empatía. Cada grupo de preguntas pretende hacer frente a cada una de las diferentes dimensiones que comprenden la empatía. Podemos destacar 3 factores (Alcorta-Garza et al., 2016):

- El primero de ellos compuesto por 10 ítems redactados como afirmaciones y que pretenden evaluar el aspecto cognitivo de la empatía.
- El segundo factor sería evaluado por 8 ítems redactados como negaciones y que pretenden evaluar el aspecto emocional.
- El tercer factor lo compondrían 2 ítems redactados también como negaciones y que los describen como “habilidad para ponerse en el lugar del otro”.

4. JUSTIFICACIÓN

La pertinencia de este estudio se justifica, en primer lugar, por el desarrollo cada vez mayor de la Fisioterapia dentro de las profesiones sanitarias comenzando a estar presentes en numerosos servicios en los que antes no se tenía a estos profesionales como personal necesario (Swisher, 2002). Además, en el ámbito privado los fisioterapeutas son profesionales de primera elección, lo que quiere decir que los pacientes recurren a ellos en muchas ocasiones por decisión propia sin haber sido valorados o derivados por otro profesional sanitario.

Esta situación, beneficiosa para la Fisioterapia como profesión, conlleva una responsabilidad para la que se ha de estar preparado. Charles Magistro señaló en 1989 que al mismo tiempo que un fisioterapeuta asume mayor autonomía en su rol profesional, las decisiones éticas jugarán un papel cada vez más importante en el conjunto de decisiones clínicas que tendrá que tomar. (Magistro, 1989).

En la actividad asistencial del Fisioterapeuta, no podemos hacer una distinción dentro del proceso terapéutico entre lo que corresponde a la dimensión ética y lo que corresponde a la práctica sino que ambas deberían formar parte en todo acto terapéutico. Por este motivo, es de vital importancia que la formación de los futuros profesionales incluya contenidos éticos (Ladeira & Koifman, 2017). Clawson en 1994 describió la toma de decisiones éticas como un componente de la toma de decisiones clínica argumentando que los fisioterapeutas deben mostrar más interés en integrar la ética dentro de sus decisiones clínicas diarias (Clawson, 1994).

Son estos algunos de los motivos por los que vemos necesario estudiar en qué punto se encuentra el razonamiento moral y la empatía de las nuevas generaciones de fisioterapeutas y comprobar que dentro de la toma de decisiones clínicas también serán capaces de enfrentarse, con las herramientas adecuadas, a decisiones morales.

En segundo lugar, los resultados obtenidos en estudios similares al que pretendemos realizar en alumnos de medicina muestran cómo el razonamiento moral de estos estudiantes no evoluciona o incluso involuciona conforme avanzan en los cursos del grado, al contrario de lo que a priori podría pensarse. De esta forma, vemos necesario extrapolar esta investigación a los estudiantes de Fisioterapia y comprobar si es algo inherente a los estudiantes de medicina o si los alumnos de Fisioterapia cumplen el mismo patrón.

Algunos autores que llevan a cabo este tipo de investigaciones en alumnos de medicina son O. Yuguero et al que realizan un estudio para comprobar si es cierta la conocida como “brecha ética” y las afirmaciones que sugieren que la competencia ética y la empatía disminuyen, o no progresan, durante la formación en medicina. Para ello se llevó a cabo un estudio observacional transversal realizado con 193 alumnos de medicina de la universidad de Lleida de todos los cursos a excepción de 2º y 6º. El estudio revela un estancamiento moral en el tercer curso que se asemeja a los resultados obtenidos en un estudio que comparaba estudiantes de medicina de Zaragoza y Qatar (Delgado-Marroquín et al., 2014). De igual forma, no se ha observado evolución en el grado de sensibilidad ética. Si se observa un aumento de la puntuación global entre primer y tercer curso (Yuguero et al., 2019) .

En este estudio se excluían los cursos de medicina que incluían asignaturas de bioética. Eso podría hacer pensar que el no incluir estos cursos con más formación en ética puede ser el motivo de obtener como resultados esa “brecha ética”.

Sin embargo, Montse Esquerda et al. realizan un estudio transversal en la facultad de medicina de Lleida para conocer si los estudios de ética modifican el desarrollo moral y la sensibilidad ética de los estudiantes de medicina. Lleva a cabo una investigación con 175 estudiantes de los cuales 78 son alumnos que no han tenido formación en ética y 97 alumnos que sí la tuvieron. Para medir el razonamiento moral utilizan el DIT de Rest. No se encuentran diferencias significativas en cuanto al razonamiento moral tras el curso de ética aunque si hay hallazgos significativos en cuanto a cambios en la sensibilidad ética (Esquerda et al., 2019).

Estos estudios son algunos ejemplos que ratifican el estancamiento moral de los alumnos de medicina incluso tras recibir formación ética. Esto puede hacernos pensar que quizás la metodología que se está llevando a cabo en su formación no es la adecuada para producir cambios positivos en la moral de los estudiantes.

Por último, durante los últimos meses de máster he estado trabajando en un centro de salud al que alumnos de la Universidad de La Laguna acudían para realizar sus prácticas curriculares. Mi experiencia con los alumnos unido a lo que mis compañeros me contaban de años anteriores me motivó a llevar a cabo este estudio para tener algún dato objetivo que evalúe las competencias éticas de estos estudiantes y nos permita valorar si necesitamos realizar cambios en nuestra manera de transmitir o de formar a estas futuras generaciones.

5. OBJETIVOS

Generales

- Conocer cuál es el estadio de razonamiento moral predominante y el nivel de empatía de los alumnos de los distintos cursos de Fisioterapia de la Universidad de La Laguna a la finalización del curso académico 2020/2021.

Específicos

- Investigar si existe relación entre el curso académico y los resultados de los test de razonamiento moral y empatía.
- Observar si la edad, el género o la formación previa en bioética tienen influencia en los resultados de los test.
- Analizar si existe relación entre los resultados del test de Jefferson y el DIT de Rest.

6. METODOLOGÍA

Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal realizado a 76 estudiantes de Fisioterapia de la Universidad de la Laguna (ULL). La investigación se ha llevado a cabo mediante un cuestionario Online de Google Form (<https://forms.gle/hRRiaLTymInXm35e7>) que se hizo llegar a todos los alumnos de la ULL de primero, segundo, tercer y cuarto curso del grado en Fisioterapia vía correo electrónico. Todos los estudiantes fueron informados de que la participación en el estudio era anónima y voluntaria y que no afectaría en nada a sus calificaciones académicas. Además, el estudio contaba desde el primer momento con la aprobación del comité de ética de la ULL (ANEXO 1).

Se estableció como criterios de inclusión, ser alumno de la Facultad de Fisioterapia de la ULL de cualquier curso académico durante el año lectivo 2020/2021. El criterio de exclusión fue no haber cumplimentado correctamente alguno de los cuestionarios.

La recopilación de datos se realizó desde el 21 de mayo de 2021 hasta el 1 de junio de 2021. En este intervalo de tiempo, se recordó a los alumnos en varias ocasiones que podían acceder a este cuestionario mediante un enlace enviado a su correo electrónico de la universidad.

El cuestionario estaba compuesto de cuatro partes. En la primera parte se explicaba en qué consistía el estudio que se iba a llevar a cabo e incluía un documento de consentimiento informado. Los alumnos, tras leerlo todo, debían dar o, por el contrario, negar su consentimiento voluntario a participar en el estudio.

El segundo apartado, recoge datos socio demográficos (edad, sexo y curso académico). Además se incluyen en este apartado cuatro preguntas generales que aportan información sobre la educación del alumno en bioética y sobre la importancia que para ellos tiene este tipo de formación. Las preguntas de este primer apartado son: ¿Ha tenido usted formación en bioética? ¿Cree que es importante este tipo de formación? ¿Cree usted que la formación que ha recibido en este ámbito es adecuada? ¿Tendría alguna sugerencia para mejorar dicha formación?. En todas las preguntas, excepto la última, había que elegir entre dos opciones: “Sí” y “No”. En la última pregunta se permitía a los participantes una respuesta corta.

En el tercer apartado se pide a los sujetos que completen el test de dilemas socio

morales de Rest, ampliamente utilizado para evaluar el razonamiento moral. El test incluye seis dilemas morales de los cuales hemos seleccionado tres (Enrique y la medicina, El prisionero y el Periódico escolar). En el primer dilema, por ejemplo, Enrique considera si debe robar una medicina muy cara a un farmacéutico para salvar la vida de su mujer que está muriendo de cáncer.

Siguiendo cada dilema, se pide al participante que valore 12 cuestiones éticas en función de la importancia que tendrían a la hora de tomar una decisión y que de todas ellas selecciones las cuatro más importantes ordenándolas de mayor a menor según su relevancia. Cada una de estas cuestiones está formulada para corresponder con un algunos de los estadios de desarrollo moral descritos por Kohlberg.

Tabla 1

Asignación de puntuaciones para calificación de cada una de las historias del DIT

HISTORIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Heinz / Armando	4	3	2	M	3	4	M	6	A	5A	3	5A
Prisionero	3	4	A	4	6	M	3	4	3	4	5A	5A
Periódico	4	4	2	4	M	5A	3	3	5B	5A	4	3

Una vez relacionado la respuesta con el estadio que le corresponde, puntuamos el orden de elección de las cuatro cuestiones seleccionadas como las más importantes. De esta forma, a la primera opción se le otorgó un valor de 4 (la más importante), un 3 al segundo de los ítems, un 2 al tercero y un 1 al cuarto.

Una vez recopilados todos los datos, obtuvimos cuatro respuestas por cada historia y doce en total. Puede observarse en la **Tabla 2** como en una celda podemos obtener más de un valor cuando varias de las cuestiones seleccionadas en esa historia corresponden al mismo estadio. En estos casos, sumamos los valores dentro de una misma celda y posteriormente añadimos el resto de valores de las demás historias obteniendo una puntuación bruta para cada estadio.

Para obtener la puntuación P (índice de moralidad o puntuación moral global) sumamos las puntuaciones obtenidas en los estadios 5A, 5B y 6 de cada uno de los participantes. Los porcentajes de las puntuaciones brutas de cada estadio las obtuvimos dividiendo los resultados entre 0.3.

Tabla 2

Hoja de recolección de datos

	2	3	4	5A	5B	6	A	M	P
Heinz			4+1	3				2	
Prisionero		4		1		2	3		
Periódico			3+2	1				4	
Puntaje bruto		4	10	5	0	2	3	6	7
Porcentajes		13.3	33.3	16.7		6.7	10	20	23.4

Utilizamos un documento SPSS en el que cada una de las historias era una variable. A cada variable le asociamos los valores de la primera tabla de asignación de puntuaciones para que el programa identificara cada ítem con el estadio correspondiente. Una vez introducidas las respuestas de los alumnos el programa nos mostraba el estadio al que correspondía cada una.

La puntuación del orden de elección la realizamos a mano con la plantilla de la tabla 2 y las puntuaciones brutas obtenidas las incluimos en una tabla excel. En el documento excel sumamos las puntuaciones de los estadios 5A, 5B y 6 para obtener la puntuación P y dividimos todas las puntuaciones brutas entre 0.3 para obtener los porcentajes.

El último apartado del cuestionario de google que enviamos a los alumnos era el test de empatía de Jefferson en el que los participantes tienen que valorar de 1 a 7 (escala Likert) su grado de acuerdo o desacuerdo con un total de 20 situaciones descritas. Este test proporciona información tanto de componentes afectivos como cognitivos de la empatía. Ofrece una puntuación global que va de 20 a 140.

Algunos de los ítems del test de Jefferson están enunciados de forma negativa por lo que a la hora de puntuarlos teníamos que hacerlo de forma inversa, el 1 valía 7 puntos y el 7 un solo punto. Una vez más, establecimos unos valores diferentes para los enunciados afirmativos y para los ítems inversos para que al introducir las respuestas en la hoja de SPSS obtuviéramos inmediatamente los resultados del test de cada participante. Al sumar los resultados de las 20 preguntas obtuvimos la puntuación global del test.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables del estudio. Para establecer relaciones entre variables se llevaron a cabo análisis de correlación lineal con el coeficiente de correlación de Pearson y ANOVA con el test de Bonferroni. Para comparar medias poblacionales independientes se utilizaron T-test. Los datos fueron analizados con el programa SPSS 28.0. El nivel de significación estadística se estableció previo al inicio del estudio con un α o error tipo I de 5% ($p < 0,05$).

7. RESULTADOS

Un total de 76 estudiantes de Fisioterapia de la Universidad de la Laguna aceptaron participar en el estudio. De todos ellos, se excluyeron 6 alumnos por no completar los cuestionarios en su totalidad, lo que dificultaba su corrección pudiendo influir en las conclusiones. Todos los participantes dieron su consentimiento voluntario.

La muestra final estaba compuesta por 46 mujeres y 24 hombres (**Tabla 3**), con una edad media de 22,8 años desviación estándar 6,64 y un rango de edad entre 18 y 56 años.

Tabla 3

Descriptivo de la variable Sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hombre	24	34,3	34,3
	Mujer	46	65,7	100
	Total	70	100	100

De los estudiantes encuestados 15 eran de primer curso (21,4%), 20 de segundo curso (28,6%), 15 de tercer curso (21,4%) y 20 de cuarto curso (28,6%) (**Tabla 4**).

Tabla 4

Descriptivo de la variable curso académico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primero	15	21,4	21,4
	Segundo	20	28,6	50
	Tercero	15	21,4	71,4
	Cuarto	20	28,6	100
	Total	70	100	100

De la muestra de 70 participantes, el 71,4% dice no haber tenido formación en bioética mientras el 28,6% refiere si haberla tenido (**Tabla 5**). El 97,1% de los encuestados consideró importante la bioética en su formación. Solo 64 participantes respondieron a la pregunta de si consideraban que habían tenido una formación adecuada en bioética a lo que el 68,6% respondió que no mientras el 22,9% respondió de manera afirmativa.

Tabla5
 Descriptivo de la variable formación en bioética

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	20	28,6	28,6	28,6
	No	50	71,4	71,4	100
	Total	70	100	100	

Del total de participantes, 36 respondieron a la pregunta sobre si se tenía alguna sugerencia con respecto a la formación en bioética. De estas 36 respuestas, 3 de ellas no aportan ninguna sugerencia simplemente niegan tener algo que decir. Las 33 restantes coinciden de diferente forma en que se debería incrementar la formación en bioética ya sea de forma directa mediante asignaturas, a través de debates grupales o casos prácticos. Pueden leerse cada una de estas respuestas en la **Tabla 6**.

Todos los participantes a excepción de los 6 excluidos cumplieron correctamente el test de razonamiento moral de Rest, presentando como estadio moral predominante el estadio 4 de Kohlberg (media 11,31/37,7% DE 4,1/13,7%), seguido del estadio 5A (media 6,02/20% DE 3,2/5,3%) y finalmente del estadio 3 (media 5,4/18% DE de 3,1/10,3%). La puntuación que mide la madurez global teniendo en cuenta exclusivamente las cuestiones elegidas correspondientes al nivel postconvencional (5A, 5B y 6) fue de 8,61/28,7% DE de 4,8/16% (**Tabla 7**).

No se han obtenido resultados significativos al comparar la puntuación media de los estadios y la puntuación moral global entre los diferentes cursos del grado en Fisioterapia (ANOVA y análisis de Bonferroni). Al examinar la gráfica puede observarse una tendencia decreciente en las puntuaciones entre tercer y cuarto curso a excepción del estadio 4. Sin embargo, no se ha encontrado correlación significativa al comparar estos resultados del test de razonamiento moral de los alumnos de primero y de cuarto, ni de primero y tercero o tercero y cuarto (t-test) (**Gráfico 1**).

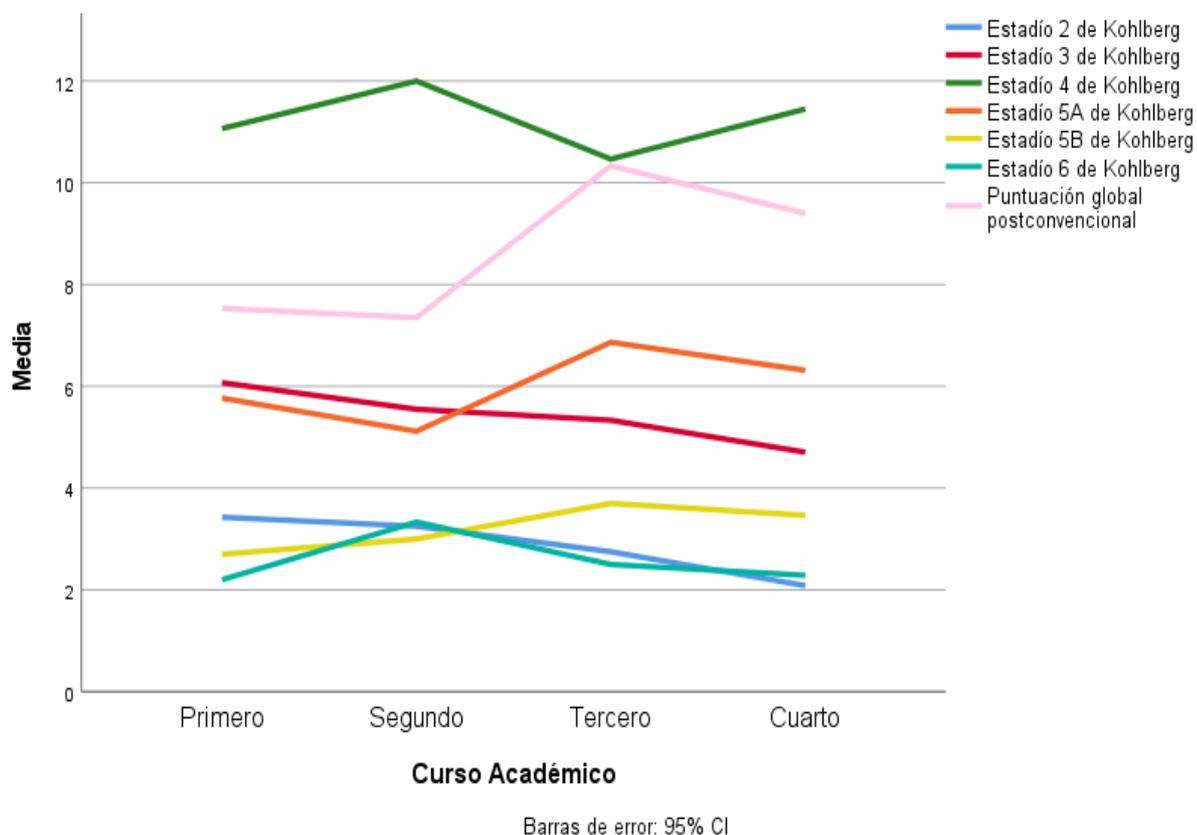
Tabla 6

Sugerencias de los participantes sobre la formación en bioética

1. Más información, incidir más	19. Una clase semanal en relación a dicho tema
2. Que exista una asignatura sobre bioética o que en cada una de las asignaturas cursadas se destine parte del temario a esta.	20. Se ha nombrado muy poco durante el primer curso del grado en Fisioterapia.
3. Incorporarla al plan de estudios	21. A penas se habló durante una o dos clases en la asignatura de Fundamentos en Fisioterapia
4. No	22. Dedicar una asignatura a esta formación, o ampliar el temario en alguna asignatura que le competa.
5. Darla un poco más en profundidad. Porque las pinceladas que se dan son muy básicas	23. Ampliar el temario de las clases recibidas
6. Tener una formación específica en este ámbito	24. Establecer una asignatura teórico-práctica
7. Incorporar alguna asignatura en la carrera que incorpore este tipo de contenidos	25. Desde primero sería recomendable que nos dieran estrategias de afrontamiento para problemas que se nos puedan presentar en este ámbito
8. Aumentarla	26. Aplicar más casos prácticos que impliquen casos sociales.
9. Incluirla dentro del temario de alguna asignatura	27. Hacer pequeños cursos o introducirla en alguna materia que pueda estar relacionada, porque hoy en día nos hace falta.
10. Observar y discutir diversos casos igual que se hace en la formación jurídica.	28. Implementar una asignatura/apartado de una asignatura la bioética.
11. Impartir formación sobre bioética y su importancia sobretodo en los alumnos de ciencias de la salud	29. Que exista
12. Tener una asignatura específica para la bioética o al menos varias clases	30. Añadir al temario
13. Ser impartida, al menos, como tema de alguna asignatura	31. Debatir sobre casos reales o ficticios que tengan una situación "comprometida". Y más profundidad sobre aspectos teóricos de la bioética, que incluya por ejemplo derecho
14. Mesas Redondas, debates grupales sobre cuestiones éticas que puedan suceder en el ámbito laboral de nuestra profesión	32. . No tengo ninguna sugerencia
15. Ahondar más el tema	33. No
16. Que se incluyera la bioética desde el inicio del desarrollo académico y profesional	34. Aumento del número de horas sobre la materia
17. Incluir la asignatura de bioética en la carrera aunque sea una optativa.	35. Aumento del número de horas sobre la materia
18. Sí es cierto que hemos recibido formación de este tipo, pero no hay asignatura específica para la misma, y creo que podríamos recibir un poco más de formación sobre la misma	36. siempre se puede mejorar pero hasta ahora los conocimientos impartidos son muy interesante para mí

Gráfico 1

Media de las puntuaciones obtenidas en los estadios de razonamiento moral por curso académico

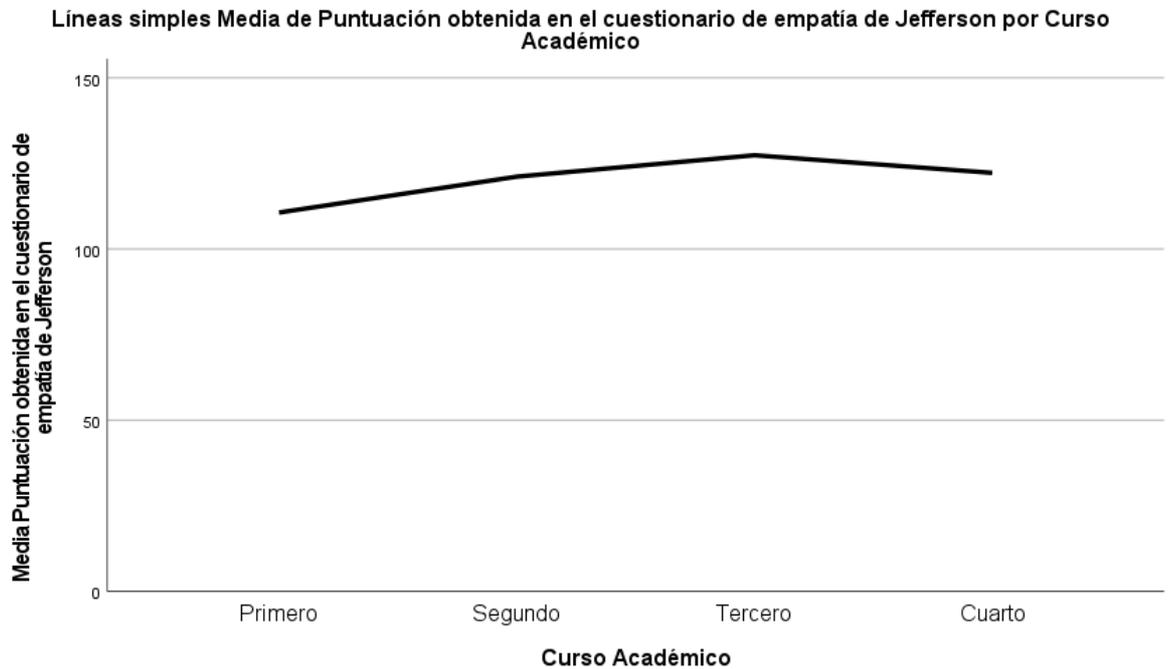


La puntuación global de empatía en el test de Jefferson obtuvo una media de 120,56 con una DE de 12,06 y un rango de puntuaciones de 83 a 136 (**Tabla 8**). Obtuvimos una fiabilidad interna alta (α de Cronbach= 0,842)

Al comparar los resultados de empatía se halló una correlación entre cursos académicos (ANOVA $p < 0,001$), significativos exclusivamente al comparar los resultados de primer curso con el resto de cursos del grado (análisis de Bonferroni $p = 0,038$ para segundo curso, $p < 0,001$ para tercer curso y $p = 0,016$ para cuarto curso) (**Gráfico 2**).

Gráfica 2

Media de puntuación obtenida en el cuestionario de Jefferson por curso académico



No se aprecia una correlación significativa al comparar las puntuaciones del índice de moralidad (p) y el test de empatía de Jefferson (Correlación de Pearson). Tampoco encontramos diferencias significativas entre género e índice de moralidad (p) y empatía (T-tests) (**Gráfica 3**).

Gráfica 3

Comparación por sexos de los resultados del DIT y Jefferson

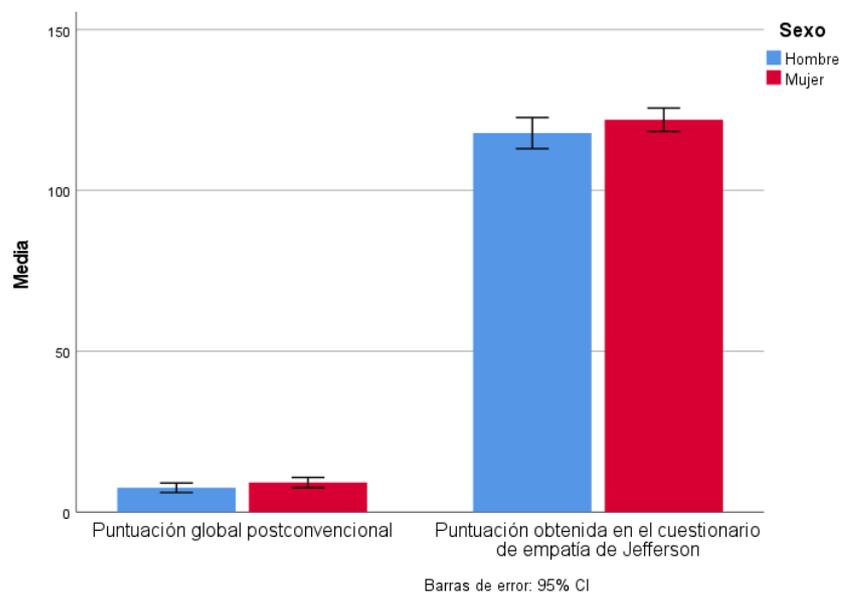


Tabla 7

Resultados de los diferentes estadios de razonamiento moral según el curso académico

		95% del intervalo de confianza para la media							
		N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error	Límite inferior	Límite superior	Mínimo	Máximo
Estadio 2 de Kohlberg	Primero	7	3,43	1,72	0,65	1,84	5,02	1	5
	Segundo	8	3,25	1,67	0,59	1,85	4,65	1	5
	Tercero	4	2,75	0,96	0,48	1,23	4,27	2	4
	Cuarto	12	2,08	1	0,29	1,45	2,72	1	4
	Total	31	2,77	1,43	0,26	2,25	3,3	1	5
Estadio 3 de Kohlberg	Primero	14	6,07	3,79	1,01	3,88	8,26	1	13
	Segundo	20	5,55	3,3	0,74	4,01	7,09	1	11
	Tercero	12	5,33	2,27	0,66	3,89	6,78	2	9
	Cuarto	17	4,71	2,87	0,7	3,23	6,18	1	11
	Total	63	5,4	3,1	0,39	4,62	6,18	1	13
Estadio 4 de Kohlberg	Primero	15	11,07	3,92	1,01	8,9	13,24	5	18
	Segundo	20	12	3,48	0,78	10,37	13,63	6	19
	Tercero	15	10,47	3,93	1,01	8,29	12,64	3	17
	Cuarto	20	11,45	5,06	1,13	9,08	13,82	3	21
	Total	70	11,31	4,12	0,49	10,33	12,3	3	21
Estadio 5A de Kohlberg	Primero	13	5,77	2,32	0,64	4,37	7,17	3	10
	Segundo	17	5,12	2,32	0,56	3,93	6,31	1	9
	Tercero	15	6,87	4,17	1,08	4,56	9,18	3	17
	Cuarto	19	6,32	3,8	0,87	4,48	8,15	1	12
	Total	64	6,02	3,29	0,41	5,19	6,84	1	17
Estadio 5B de Kohlberg	Primero	10	2,7	1,16	0,37	1,87	3,53	1	4
	Segundo	10	3	1,41	0,45	1,99	4,01	1	4
	Tercero	10	3,7	0,48	0,15	3,35	4,05	3	4
	Cuarto	15	3,47	0,83	0,22	3	3,93	2	4
	Total	45	3,24	1,05	0,16	2,93	3,56	1	4

Estadio 6 de Kohlberg	Primero	5	2,2	1,3	0,58	0,58	3,82	1	4
	Segundo	9	3,33	1,23	0,41	2,39	4,27	2	5
	Tercero	6	2,5	1,38	0,56	1,05	3,95	1	4
	Cuarto	7	2,29	1,38	0,52	1,01	3,56	1	5
	Total	27	2,67	1,33	0,26	2,14	3,19	1	5
Puntuación global postconvencional	Primero	15	7,53	4,87	1,26	4,84	10,23	0	15
	Segundo	20	7,35	3,9	0,87	5,53	9,17	0	14
	Tercero	15	10,33	5,73	1,48	7,16	13,51	4	23
	Cuarto	20	9,4	4,7	1,05	7,2	11,6	0	17
	Total	70	8,61	4,82	0,58	7,46	9,76	0	23

Tabla 8

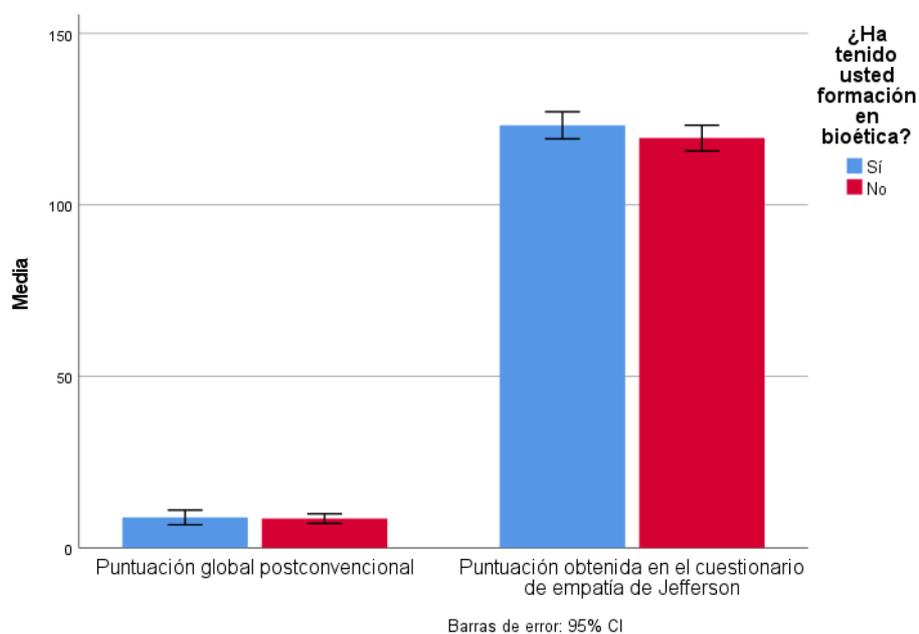
Puntuaciones obtenidas en el test de Jefferson por cursos

	N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite Superior		
Primero	15	110,67	14,41	3,72	102,69	118,65	83	128
Segundo	20	121,15	11,39	2,55	115,82	126,48	87	136
Tercero	15	127,4	6,86	1,77	123,6	131,2	113	136
Cuarto	20	122,25	9,66	2,16	117,73	126,77	99	133
Total	70	120,56	12,06	1,44	117,68	123,43	83	136

No se ha hallado relación entre haber tenido formación o no en bioética y el resultado del índice de moralidad (p) y la puntuación del test de empatía (**Gráfica 4**).

Gráfica 4

Comparación entre haber recibido formación o no en bioética y los resultados del DIT y Jefferson



Con relación a la edad de los participantes, si se han observado correlaciones con el resultado del índice de moralidad y el test de Jefferson. Esta correlación solo ha sido significativa con el test de empatía apreciándose una relación inversa (R de Pearson $-0,257$ $p = 0,032$) (**Tabla 9**).

Tabla 9
Correlación lineal entre edad y puntuaciones de los test de razonamiento y empatía

		Puntuación global postconvencional	Jefferson
Edad	Correlación de Pearson	,029	-,257
	Sig. (bilateral)	,812	,032
	N	70	70

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

8. DISCUSIÓN

Este estudio pretende analizar el razonamiento moral y la empatía de los estudiantes de Fisioterapia de la Universidad de la Laguna. Son pocas las investigaciones previas realizadas en esta línea por lo que gran parte de las comparaciones se llevaron a cabo con estudios en los que la muestra la componían alumnos de medicina.

Respecto al razonamiento moral, una de las limitaciones de nuestro estudio es haber utilizado solo tres de las seis historias del cuestionario original. Ya Akabayashi et al. hicieron algo similar utilizando solo dos de estas seis historias para evaluar a 559 estudiantes de medicina argumentando que solo con ellas era suficiente para evaluar cambios en la capacidad de toma de decisiones. Si bien es cierto, que en este estudio se centran en la primera pregunta del DIT donde los participantes deben elegir entre tres opciones. En la historia de la medicina deben decidir entre si “robarían la medicina” , “No robarían la medicina” o si “están indecisos”. En relación a las puntuaciones de los estadios, no se encontró correlación con la edad (Akabayashi et al., 2004). En nuestro estudio sí que observamos una correlación con la edad en cuanto al test de razonamiento moral aunque los resultados no son significativos.

La predominancia de estadios de nuestro estudio coincide con los resultados obtenidos por Yuguero et al. Situándose en primer lugar el estadio 4, seguido del 5 y finalmente el estadio 3. La puntuación de moralidad global (puntuación P) obtuvo un resultado de 38,2% con una desviación estándar de 11,6%. En nuestro estudio esta puntuación es más baja, 28,7% DE de 16%. Sin embargo, no podemos hacer una comparación exacta con este estudio ya que se empleó el cuestionario completo con la posibilidad de obtener puntuaciones más elevadas en este índice (Yuguero et al., 2019) .

Resultados similares a los de Yuguero et al. Pueden encontrarse en el estudio de Montse Esquerda et al. obteniendo una puntuación de moralidad global de 40% en estudiantes de medicina antes de cursar la asignatura de bioética y un 42% en estudiantes que ya la habían cursado. Si que coincide con nuestros resultados, una vez más, en el orden de predominancia de los estadios siendo el que obtiene mayor

puntuación el estadio 4, seguido del 5A y finalmente el 3 (Esquerda et al., 2019).

En este mismo estudio no se encuentra una correlación significativa entre haber tenido formación en bioética y la puntuación de moralidad global (P) igual que reflejan nuestros resultados. Si se observa una mejora cuantitativa y cualitativa en las viñetas de Hebert para medir la sensibilidad ética de tal forma que tras el programa formativo en bioética los participantes aportan un mayor número de argumentos y estos son más complejos y fundamentados reduciendo respuestas paternalistas y argumentos referidos al ámbito legal (Esquerda et al., 2019).

Algunos estudios realizados en estudiantes de medicina coinciden en que existe un estancamiento moral a partir del tercer curso (Branch, 2000; Delgado-Marroquín et al., 2014; Hren et al., 2011; Yuguero et al., 2019). En nuestro estudio, hallamos una tendencia ascendente de las puntuaciones en los estadios 5A, 5B y de la puntuación de moralidad global hasta tercer curso. Desde ese punto máximo, se aprecia una disminución de las puntuaciones obtenidas en los alumnos de cuarto curso a excepción del estadio 4 que cumple el patrón contrario. Podemos sugerir que en nuestro estudio se aprecia que el pensamiento moral posconvencional sufre un estancamiento en tercer curso, sin embargo, los resultados no obtuvieron nivel de significancia.

Estudios realizados en Fisioterapeutas americanos muestran puntuaciones de maduración moral global similares a los estudios descritos anteriormente. Según este artículo, las puntuaciones son bajas comparadas con los resultados obtenidos por enfermeras (45,3), estudiantes de enfermería (50,6), medicina (53,1) y Fisioterapia (45,9) en otros estudios (Swisher, 2010) .

En nuestros resultados no hemos encontrado ninguna correlación significativa que indique que la capacidad de razonamiento moral mejore o aumente durante los años de formación universitaria lo que podría indicar que las competencias transversales de la ética en el grado de Fisioterapia de la ULL no estén siendo del todo interiorizadas por el alumnado. Kathy Dieruf tampoco halló cambios en los resultados del DIT en el estudio longitudinal que realizó en 2004 con alumnos de Fisioterapia y Terapia Ocupacional de la Universidad de Nuevo México. También es cierto que la muestra de este estudio, al igual que la nuestra, fue considerablemente

pequeña formada por 58 fisioterapeutas y 36 terapeutas ocupacionales (Dieruf, 2004).

Sin embargo, en otro estudio longitudinal con una muestra mucho mayor (n=548) entre estudiantes de Fisioterapia y de Terapia Ocupacional si que se encontró un aumento significativo de las puntuaciones de razonamiento moral en ambos grupos. Solo 288 participantes respondieron al cuestionario en las dos ocasiones. Al igual que en nuestro estudio no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres (Geddes et al., 2009).

Los dos estudios longitudinales comentados con anterioridad incluían un programa de educación en bioética entre la primera medición y la segunda. El primero de ellos coincide con nuestro estudio al no hallar correlación entre la formación en bioética y los resultados del DIT. El segundo estudio si halla un aumento significativo de las puntuaciones tras los dos años de formación. Las diferencias en la muestra o quizás el tipo de formación que recibieron los alumnos puede justificar esta disparidad en los resultados.

No obstante, otro estudio con una muestra pequeña (n=54) si que encuentra cambios significativos en el razonamiento postconvencional de los alumnos del último año de Fisioterapia tras realizar un curso de ética intensivo. Esta última investigación utiliza el DIT2 como instrumento de medida del razonamiento moral por lo que no es totalmente comparable con el resto de estudios (Swisher et al., 2012).

En relación con los resultados de empatía debemos decir que, igual que ocurría con el razonamiento moral, son pocos los estudios realizados en estudiantes de Fisioterapia. En nuestro estudio encontramos una correlación significativa al comparar los resultados por cursos siendo esta relación significativa en la comparación realizada entre alumnos de primer curso y el resto de cursos del grado. No encontramos diferencias en cuanto al género. Estos resultados son similares a los obtenidos en otros estudios con estudiantes de Fisioterapia (Pastén-Hidalgo et al., 2019)

En comparación con otras profesiones sanitarias, la puntuación media obtenida por los participantes de nuestro estudio (120.56) es similar a los obtenidos por los

estudiantes de medicina (120.3) y enfermería (117.9) en el estudio de Montilva et al. Sus resultados difieren con los nuestros en cuanto a que no encontraron correlación significativa con el curso académico mientras que si encontraron una diferencia significativa en cuanto al género, obteniendo las mujeres mejores resultados (Montilva et al., 2015). Otro estudio realizado en estudiantes de medicina pero esta vez en Japón encuentra una correlación significativa con el curso académico y el género siendo las mujeres una vez más las que obtuvieron mejores resultados (Kataoka et al., 2009).

En la presente muestra no se ha hallado correlación entre el razonamiento moral y la empatía al contrario de lo que obtuvieron en otros estudios (Yuguero et al., 2019). Aunque la mayor parte de nuestros resultados no muestran correlaciones significativas, resulta llamativo cómo en la comparación por cursos del razonamiento moral y de la empatía se observa un punto de inflexión en tercer curso con una tendencia descendente hacia el cuarto curso. Una posible explicación de estos resultados es que es en este último curso cuando los alumnos realizan la mayor parte de sus prácticas asistenciales.

Algunos autores señalan la importancia del denominado “currículum oculto” en la formación ética, argumentando que aunque seamos capaces de educar en habilidades que permitan reconocer conflictos éticos o en capacidad de razonamiento ético, un curso de bioética/asignatura no es suficiente para influir en la personalidad del alumno y asegurar una conducta ética (Hafferty & Franks, 1994).

Mediante este “currículum oculto” el profesional sanitario, adquiere valores, actitudes y comportamientos característicos de la cultura e identidad médica. En muchas ocasiones, estos valores o este aprendizaje es contrapuesto al que se pretende transmitir en el currículum formal lo que puede ocasionar en los estudiantes una percepción de inconsistencia e información contradictoria pudiendo conducir al alumno hacia el relativismo moral y el cinismo (Hren et al., 2011).

Hemos podido observar en nuestra investigación que además de la disminución de las puntuaciones de los estadios de razonamiento postconvencional, se aprecia un incremento de las puntuaciones del estadio 4 en cuarto curso, estadio relacionado con el cumplimiento de deberes, respeto a la autoridad y a las reglas sociales. Algunos

autores señalan que esto puede denotar una actitud de supervivencia en la que los alumnos, al enfrentarse por primera vez a la práctica asistencial y por la presión de dar buenas respuestas y ganar la aprobación de profesores, deciden ceñirse a las normas establecidas aunque estas no vayan en consonancia con sus propios valores (Hren et al., 2011).

Algunos de los elementos que en la educación médica se han identificado como posibles inhibidores del desarrollo moral y la empatía en la práctica clínica son: *“la presión académica, la necesidad de adherirse a normas y reglas no escritas para sobrevivir o la falta de soporte y explicación de los problemas éticos”* (Yugero et al., 2019).

Los resultados obtenidos en este estudio y los analizados en otras investigaciones similares parecen indicar que el curriculum formal no es el único responsable en la formación ética de nuestros estudiantes y que si solo insistimos en hacer modificaciones en ese respecto sin tener en cuenta aspectos como la socialización y desarrollo de valores y actitudes personales no obtendremos diferencias en el razonamiento moral de los alumnos (Dieruf, 2004; Esquerda et al., 2019)

9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Son varias las limitaciones que observamos una vez finalizado este estudio. En primer lugar, que se trate de un estudio transversal y no longitudinal puede considerarse una limitación. En segundo lugar, los resultados obtenidos corresponden a una muestra pequeña (n=70) de alumnos de una única universidad. En tercer lugar, haber utilizado tres de las seis historias que componen el DIT de Rest original puede haber influido en los resultados obtenidos y dificulta la comparación con otros estudios que utilizan el cuestionario completo.

Por todo ello, como propuesta de futuro consideramos importante aumentar la muestra de estudio y que sean varias las universidades que participen en la investigación. Igualmente vemos importante utilizar el test completo con las seis historias para valorar el razonamiento moral. Finalmente, un estudio longitudinal nos aportaría mucha más información de cómo evoluciona el razonamiento moral y la empatía de los estudiantes de Fisioterapia conforme van avanzando en los cursos académicos del grado.

10. CONCLUSIONES

- El estadio de razonamiento moral predominante de los participantes ha sido el estadio 4 (sistema social y conciencia). El razonamiento moral en este estadio se basa en cumplir deberes con los que existe un compromiso y respetar las leyes excepto en casos extremos cuando entran en conflicto con otras reglas sociales fijas

- No se han encontrado correlaciones significativas entre razonamiento moral y ninguna de las otras variables. Sí puede observarse un aumento de las puntuaciones del test hasta tercer curso seguido de un descenso generalizado especialmente llamativo en la puntuación moral global (p) y los estadios 5A y 5B con excepción del estadio 4.

- El descenso de la puntuación de los estadios que se relacionan con el razonamiento postconvencional (5A, 5B, 6 y P) y de la empatía de tercer a cuarto curso puede estar relacionado con la realización de las prácticas clínicas y hacer frente por primera vez al mundo laboral y la práctica asistencial desarrollando una actitud de supervivencia influenciados por el curriculum oculto. No obstante, harán falta más investigaciones para poder establecer esta relación.

- Los estudiantes de Fisioterapia de la Universidad de la Laguna obtienen una buena puntuación en el test de empatía de Jefferson similar a las puntuaciones obtenidas por otros profesionales sanitarios. El estudio muestra que la empatía mejora o aumenta en comparación con los alumnos de primer curso.

- Hay diversidad de resultados en cuanto a si la formación en bioética mejora los resultados en el test de razonamiento moral aunque la tendencia generalizada y lo que muestra nuestro estudio es que no existe correlación.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar Rodríguez, M. (2012). *Modelo formativo para el desarrollo de la competencia ética en estudiantes de Fisioterapia*. [Universidad de Valencia]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=102639>
2. Akabayashi, A., Slingsby, B. T., Kai, I., Nishimura, T., & Yamagishi, A. (2004). The development of a brief and objective method for evaluating moral sensitivity and reasoning in medical students Medical ethicseducationquestionnaireJapanDITmoral sensitivity. *BMC Medical Ethics* , 7, 1–7. <http://www.biomedcentral.com/1472-6939/5/1>
3. Alcorta-Garza, A., San-Mart, M., Delgado-Bolton, R., Soler-Gonz, J., Roig, H., & Vivanco, L. (2016). Cross-validation of the spanish hp-version of the Jefferson scale of empathy confirmed with some cross-cultural differences. *Frontiers in Psychology*, 7(JUL), 1–9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01002>
4. Branch, W. T. (2000). Supporting the moral development of medical students. *Journal of General Internal Medicine*, 15(7), 503–508. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2000.06298.x>
5. Clawson, A. L. (1994). The Relationship Between Clinical Decision Making and Ethical Decision Making. *Physiotherapy (United Kingdom)*, 80(1), 10–14. [https://doi.org/10.1016/S0031-9406\(10\)61239-4](https://doi.org/10.1016/S0031-9406(10)61239-4)
6. Delgado-Marroquín, M. T., Altisent, R., Buil, B., Muñoz, P., Martín-Espíldora, M. N., & Rodríguez del Pozo, P. (2014). Análisis de la maduración del juicio moral en el proceso de aprendizaje de la bioética. *FEM: Revista de La Fundación Educación Médica*, 17(1), 55–62. <https://doi.org/10.4321/s2014-98322014000100009>
7. Dieruf, K. (2004). Ethical decision-making by students in physical and occupational therapy. *Journal of Allied Health*, 33(1), 24–30.
8. Díez-Goñi, N., & Rodríguez-Díez, M. C. (2017). ¿Por qué es importante la enseñanza de la empatía en el Grado de Medicina? *Revista Clínica Española*, 217(6), 332–335. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2017.01.005>
9. Esquerda, M., Pifarré, J., Roig, H., Busquets, E., Yuguero, O., & Viñas, J. (2019). Assessing bioethics education: Teaching to be virtuous doctors or just doctors with practical ethical skills. *Atención Primaria*, 51(2), 99–104. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.05.018>
10. Geddes, E. L., Salvatori, P., & Eva, K. W. (2009). Does moral judgement

- improve in occupational therapy and physiotherapy students over the course of their pre-licensure training? *Learning in Health and Social Care*, 8(2), 92–102. <https://doi.org/10.1111/j.1473-6861.2008.00205.x>
11. Hafferty, F. W., & Franks, R. (1994). The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Academic Medicine*, 69(11), 861–871. <https://doi.org/10.1097/00001888-199411000-00001>
 12. Hemmerdinger, J. M., Stoddart, S. D. R., & Lilford, R. J. (2007). A systematic review of tests of empathy in medicine. *BMC Medical Education*, 7, 1–8. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-7-24>
 13. Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Vergare, M., & Magee, M. (2002). Physician empathy: Definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *American Journal of Psychiatry*, 159(9), 1563–1569. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.9.1563>
 14. Hren, D., Marušić, M., & Marušić, A. (2011). Regression of moral reasoning during medical education: Combined design study to evaluate the effect of clinical study years. *PLoS ONE*, 6(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0017406>
 15. Kataoka, H. U., Koide, N., Ochi, K., Hojat, M., & Gonnella, J. S. (2009). Measurement of empathy among Japanese medical students: Psychometrics and score differences by gender and level of medical education. *Academic Medicine*, 84(9), 1192–1197. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181b180d4>
 16. Kohlberg, L. (1975). The Cognitive-Developmental Approach to Moral Education. *The Phi Delta Kappan*, 56(10), 670–677.
 17. Kulju, K., Suhonen, R., Puukka, P., Tolvanen, A., & Leino-Kilpi, H. (2020). Self-evaluated ethical competence of a practicing physiotherapist: A national study in Finland. *BMC Medical Ethics*, 21(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00469-3>
 18. Ladeira, T. L., & Koifman, L. (2017). Interfaz entre fisioterapia, bioética y educación: estado del arte. *Rev. Bioét. (Impr.)*, 25(3), 618–647.
 19. Magistro, C. M. (1989). Clinical decision making in physical therapy: A practitioner's perspective. *Physical Therapy*, 69(7), 525–534. <https://doi.org/10.1093/ptj/69.7.525>
 20. Montilva, M., García, M., Torres, A., Puertas, M., & Zapata, E. (2015). Empatía según la escala de Jefferson en estudiantes de Medicina y Enfermería en Venezuela. *Investigación En Educación Médica*, 4(16), 223–228. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2015.04.006>

21. Navarro Palacios, S. (2003). *El uso informatizado del cuestionario de problemas sociomorales (DIT) de Rest.*
22. Pastén-Hidalgo, W. F., van Niekerk-Bakit, N. A., Calzadilla-Núñez, A., Aguilera-Olivares, F., & Díaz-Narváez, V. P. (2019). Empathy in physiotherapy students: Trend by course and gender. Empathy decline. *Fisioterapia, 41*(5), 250–257. <https://doi.org/10.1016/j.ft.2019.05.004>
23. Perez Delgado, E., & Mestre Escriva, V. (1993). Desarrollo del juicio moral y valores humanos. In Universidad Complutense de Madrid (Ed.), *Cuadernos de trabajo social nº6* (pp. 61–87).
24. Purtilo, R. B. (2000). Thirty-first Mary McMillan lecture. A time to harvest, a time to sow: ethics for a shifting landscape. *Physical Therapy, 80*, 1112–1119.
25. Rest, J., Thoma, S., & Edwards, L. (1997). Designing and validating a measure of moral judgment: Stage preference and stage consistency approaches. *Journal of Educational Psychology, 89*(1), 5–28. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.89.1.5>
26. Sore Galleguillos, J. (2020). Bioética en la práctica clínica del fisioterapeuta. *Revista de Bioética y Derecho, 48*, 193–207. <https://doi.org/10.1344/rbd2020.48.28248>
27. Swisher, L. L. (2002). A Retrospective Analysis of Ethics. *Physical Therapy, 82*(7), 692–706.
28. Swisher, L. L. (2010). Moral reasoning among physical therapists: Results of the defining issues test. *Physiotherapy Research International, 15*(2), 69–79. <https://doi.org/10.1002/pri.482>
29. Swisher, L. L., Kessel, G. van, Jones, M., Beckstead, J., & Edwards, I. (2012). Evaluating moral reasoning outcomes in physical therapy ethics education: stage, schema, phase, and type. *Physical Therapy Reviews, 17*(3), 167–175. <https://doi.org/10.1179/1743288X12Y.0000000011>
30. Triezenberg, H. L., & Purtilo, R. (1996). The identification of ethical issues in physical therapy practice. *Physical Therapy, 76*(10), 1097–1106. <https://doi.org/10.1093/ptj/76.10.1097>
31. Triezenberg, Herman L., & Davis, C. M. (2000). Beyond the code of ethics: educating physical therapist for their role as moral agents. *Physical Therapy Education, 14*(3), 48–58.
32. Vilata, M., & Mart, M. (2015). *Variables cognitivas que intervienen en la Psicología Moral*. Universidad de Valencia.

33. Yuguero, O., Esquerda, M., Viñas, J., Soler-Gonzalez, J., & Pifarré, J. (2019). Ethics and empathy: The relationship between moral reasoning, ethical sensitivity and empathy in medical students. *Revista Clínica Española*, 219(2), 73–78. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2018.09.002>

ANEXO I

Autorización del comité de ética de la universidad de la Laguna para llevar a cabo el estudio.

 **Comité de Ética de la Investigación
y de Bienestar Animal**
Universidad de La Laguna

Proyecto de Investigación: Evolución del razonamiento moral, la sensibilidad ética y la empatía en estudiantes de Fisioterapia. Estudio observacional

Investigador Principal: Hernández Xumet, Juan Elicio

Organismo: TFM de Agustín de Villar Casado; Tutor Juan Elicio Hernández Xumet // Máster en Bioética de la ULL

Número de Registro: CEIBA2021-0468

En su reunión del 19 de mayo de 2021, el Comité de Ética de la Investigación y Bienestar Animal de la Universidad de La Laguna ha revisado el proyecto de investigación arriba mencionado. Tras adecuada deliberación emite el siguiente informe:

Se trata de una encuesta anónima en un cuestionario en línea que no recoge datos personales ni de filiación de los participantes. A pesar de eso el cuestionario tiene una explicación muy pormenorizada del estudio y una pregunta de consentimiento para la encuesta. No presenta ningún inconveniente ético y el Comité emite un informe positivo.

Por lo tanto, el proyecto presentado satisface los requerimientos de la ética de la investigación y el Comité emite un informe positivo para la realización del estudio en los términos propuestos.

La secretaria del CEIBA

M^a Elena Sánchez Jordán

Comité de Ética de la Investigación y Bienestar Animal
Vicerrectorado de Investigación y Transferencia de Conocimiento
Universidad de La Laguna, 38071, La Laguna
www.ull.es

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
La autenticidad de este documento puede ser comprobada en la dirección: <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3447478 Código de verificación: X7/lyVWs

Firmado por: María Elena Sánchez Jordán
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 19/05/2021 12:28:30