

“Toma de decisiones: Dependencia e inmovilidad configuran un horizonte de crisis”

“Decision making:
Dependence and immobility configure a horizon of crisis”

¹César Carbullanca Núñez, ²Máximo Escobar Cabello.

¹Doctor en Teología, Académico Departamento Teología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

²Magíster en Kinesiología, Académico Departamento Kinesiología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica del Maule, Estudiante Programa Doctorado en Educación, Universidad del Bío-Bío.

Título Abreviado: Inmovilismo y Decisiones Críticas

Información del Artículo

Recepción: 4 de Diciembre de 2019

Aceptación: 15 de Diciembre de 2019

RESUMEN

El presente documento busca examinar aspectos concernientes a la toma de decisiones, principalmente aquellos involucrados en los conflictos éticos que se incuban a partir de situaciones críticas presentes en las personas con disfunciones motoras severas (DMS), las cuales se encuentran dependientes o inmóviles aguda o crónicamente. Para ilustrar las reflexiones, se incorporaron dos relatos de terapeutas enfrentados en sus vidas profesionales a las disyuntivas que tensionaron la autonomía de las decisiones en razón de sus actuaciones. Como síntesis se presupone que tales condicionantes pueden ser más frecuentes de lo habitual en el desempeño rutinario del quehacer profesional y, que desde la contextualidad de los testimonios emerge teoría que presiona a los modelos teóricos comúnmente utilizados. Se concluye que de la adecuada forma como se interpretan tales experiencias de vida laboral, podrán contribuir a la toma de decisiones (TD) de los profesionales involucrados.

Palabras clave: Toma de decisiones, Ética, Modelos teóricos, Profesionalismo.

ABSTRACT

The present document seeks to examine aspects concerning decision making, especially those involving ethical conflicts that hatch from critical situations present in persons with severe motor dysfunctions (SMD), who are dependent or immobile acute or chronically. To illustrate the reflections, two reports of therapists that faced in their professional lives to a dilemma that stressed the autonomy of the decisions in reason of their actions. As a synthesis it is assumed that such conditions may be more frequent than usual in the routine performance of professional work, and that from the contextuality of the testimonies emerges the theory that puts pressure on the commonly used theoretical models. It is concluded that, from the proper way in which such work life experiences are interpreted, they can contribute to the decision making (DM) of the professionals involved

Key words: Decision making, Ethics, Theoretical models, Professionalism.

Introducción

La crisis como horizonte de decisión: La palabra crisis proviene del griego *krisis* (decisión), del verbo *krino* (yo decido, separo, juzgo) y, designa el momento en que se produce un cambio muy marcado por alguna situación. En la literatura la definición teórica de situación crítica es amplia, respecto de los ambientes de prestación de cuidados, principalmente incluyen circunstancias de urgencia y emergencia¹. El denominador común materializa la idea de situación de riesgo, y se define enfermo crítico como aquel que, por disfunción de sus sistemas, depende de medios avanzados para su sobrevivencia². En estos ambientes, aspectos colaterales, como las aplicaciones teóricas de la toma de decisiones (TD), trascienden y por sí mismos son escenarios significativos para el ejercicio competente³. Cabe destacar que en la mayoría de estos espacios, las preocupaciones de los profesionales son las prioridades terapéuticas y en cuanto a la decisión del destinatario de los cuidados, son visibles las dificultades cuando la voluntad del usuario no es conocida, pudiendo entrar en conflicto con lo que los profesionales consideran ser lo mejor para la persona y, aún, si los deseos del paciente y de su familia son divergentes.

Pero también existen situaciones de crisis cuando un ser humano inmóvil por disfunción motriz, pierde la posibilidad de permanecer autónomo en sus decisiones⁴. Tal contexto provoca dependencia⁵, determina un déficit para realizar actividades de la vida diaria⁶, generando la necesidad de ser asistido para interactuar con el medio ambiente⁷, requiriendo apoyo para desenvolverse normalmente⁸, demandando la ayuda de tutores capacitados o no para las actividades rutinarias⁹ y donde estas personas con dependencia física son incapaces de llevar una vida libre de manera plena. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la autonomía física es la capacidad del sujeto de llevar habitualmente una existencia independiente y efectiva¹⁰. Es en este escenario donde las concepciones teóricas de la TD tienen un campo de acción que puede verse tensionado. En la actualidad el deterioro funcional pareciera incrementarse por el aumento demográfico de personas con disfunción motriz severa (DMS). En Chile la DMS creció en un 13% entre el año 2012 respecto del 2011, con predominio del sexo femenino¹¹. Sobresale el aumento exponencial después de los 65 años, donde la tasa de DMS por 1.000 habitantes adscritos al Fondo Nacional de Salud (FONASA), es 10 a 11 veces mayor que otros grupos de edad.

En relación a los criterios que categorizan la magnitud del compromiso motor, el extremo está representado por la DMS. Sin embargo, se ha estimado que el 24,1% de las personas de 60 años o más, tienen algún nivel de dependencia, sea esta leve o moderada¹². En su momento, la condición de DMS puso el énfasis en la rehabilitación con enfoque comunitario para el adulto mayor postrado, iniciando además el apoyo a familias cuidadoras bajo la norma de cuidados domiciliarios de personas¹³. Un aspecto negativo y a la vez paradójico de tal política, se ha presentado cuando el cuidador del dependiente, en la eventualidad que este evolucione positivamente en su recuperación funcional, pierde su estipendio de acuerdo con la normativa de su clasificación¹⁴.

Complementariamente, según lo estudiado por la Organización Panamericana de la Salud¹⁵, existen muy bajas tasas de profesionales en el sistema de servicios de salud (0,1- 0,2 x 10.000 habitantes) que se especialicen en DMS. Si además, la sociedad no entiende que esto se trata de un derecho básico¹⁶. La trayectoria que estas personas recorrerán en su vida dependiente, con una atención humana, digna, ética, y técnicamente acorde a los estándares mínimos exigen a un profesional que apoye sus necesidades de función en búsqueda de las ventanas terapéuticas que otorga el movimiento, situación que terminará siendo otra utopía más de un país en vías de desarrollo¹⁷.

El horizonte crítico de la DMS, expone a la persona afectada a una insuficiente cobertura de atención formal¹⁸, y a la pérdida considerable de su autonomía¹⁹. La DMS, además presenta dificultad para lograr una mayor interacción social, por su déficit e incapacidad motora. Se comprenderá que las transiciones de movimiento son requerimientos fundamentales para la vida digna²⁰. Por esta razón, cuando una persona cae en DMS, parte importante de sus actuaciones motoras involucran a las etapas de dependencia básica, sin embargo, la dramática diferencia es que una vez experimentada la autonomía, es inevitable su internalización -por defecto entonces- ya vivida la libertad del movimiento, la dependencia, el inmovilismo y la postración generarán un síndrome de enclaustramiento²¹. A todo evento en esta condición, la decisión continúa siendo un acto fundamental de la existencia humana, por la cual esta se hace a sí misma y se cualifica como posible, dado que la disposición de ser funcional en un cuerpo carente de movilidad, es en efecto compatible con la voluntad de ser libre²². A partir de esa decisión se pueden construir

espacios, que posibiliten el desarrollo de intervenciones terapéuticas que puedan modificar consecuencias determinadas por DMS²³, las cuales se orienten a revertir la situación de crisis y a la vez se impulsen nuevas decisiones a favor del dependiente.

Tales acciones son viables por la redefinición del contexto funcional¹¹, cuya estrategia principal es el ejercicio de la autonomía del dependiente, del inmóvil o el postrado, con elementos de juicio consensuados para que permitan operar en conjunto a quien profesionalmente materializa la acción recuperativa²⁴.

Contextualización para las decisiones en DMS:

La persona con DMS enfrenta una realidad que hipotéticamente es necesario distinguir, puesto que está involucrada entre la racionalidad de la acción como tal y la intervención de la razón en los actos humanos como seres vivientes que somos, esto desencadena acciones concretas, las cuales se manifiestan a través de la expresión de movimientos con intención²⁵. Hacer movimientos no es lo mismo que actuar. Los movimientos reflejos, por ejemplo son irracionales en el sentido de

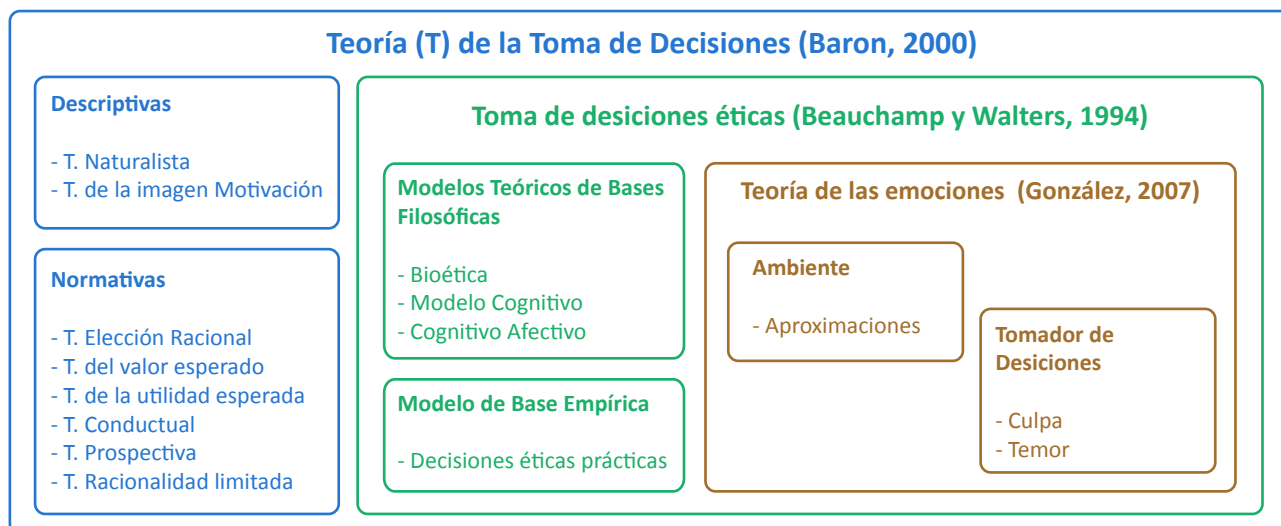
que la razón no ejerce influencia sobre ellos, pero son los más racionales en la línea de ser determinables en principio por su génesis causal. Sin embargo, no los llamamos actos, los actos son humanos. Los actos derivan de una decisión y en los diversos significados que este término cristalice, se nos descubrirá en qué se es racional y en qué se es irracional para TD²⁶.

Decidir es deliberar. Decisión significa determinación y es previa al acto, pero por decisión también se entiende el acto mismo, en tanto que el acto decide una situación que estaba indecisa. Cuando la acción se inicia, hay algo que se decide, se entiende como una cualificación del modo de realizar el acto. Así la razón interviene en la operación designada y toda deliberación es una operación intelectual, en ella se pesan los motivos, se reflexiona sobre la capacidad, se prevén las contingencias, se calculan los resultados y, en esta deliberación se puede llegar a una resolución que en convicción determine no ejecutar una determinada indicación. De esta manera el conflicto entre la decisión intelectual y la decisión voluntarista, tienen su respectiva jerarquización sobre la decisión.

¹¹ Contexto Funcional: Según Maureira (2007), parte con la consideración de que función es la “*expresión de movimiento que posee una intención, un impulso o un instinto fundamental*” y que el contexto de la función se expresa concretamente en “*las capacidades que posee el individuo para resolver los problemas críticos impuestos por el medio ambiente, movilizandolos recursos de tipo físico, cognitivo y social, que lo habilitan para enfrentar en forma autónoma y efectiva las demandas impuestas*”. Así, cuando la DMS impide la función autónoma para interactuar, es el contexto el que se debe transformar para mantener a la persona como un ser humano funcional.

Si la decisión está reservada a la voluntad, se atribuye a la voluntad la fuerza para decidir por cuenta propia con lo cual la deliberación racional previa está demás, pues se reduce a una simple especulación sin participación ninguna en la génesis del acto y en ese caso solo queda asumir la indicación²⁷. No obstante, si la deliberación necesita de la racionalidad y ésta en tanto goza de cierta superioridad procedimental, se concederá que el hombre se caracteriza por actuar según lo que quiere y decide (Figura 1). Así, vivir, es decidir²⁸.

Figura 1. Teorías para la Toma de Decisiones.



La Figura 1 muestra las teorías normativas referidas a la TD que privilegian en rigor la elección racional en condiciones ideales y objetivas²⁹; el valor esperado³⁰; la utilidad esperada³¹, o donde predominen los aspectos cognitivos de una racionalidad limitada³². Como también aquellas que reconocen la necesidad de incorporar elementos emocionales como los presentes en las teorías descriptivas-naturalistas o las correspondientes a la TD éticas que sostienen los modelos teóricos y los con base empírica. Con referencia a estos últimos el de mayor influencia en el campo de la bioética ha sido el presentado por Beauchamp y Walters³³. Donde se entrega un conjunto de métodos racionales y normativos para resolver discrepancias frente a dilemas éticos. Tales métodos suponen una aproximación ética principalista. Esta circunscribe la situación de TD éticas a la aplicación de cuatro principios morales fundamentales: a) autonomía, b) beneficencia, c) no-maleficencia y, d) justicia. La aplicación de este modelo ha traspasado varios campos, sin embargo, se repara en su falta de fundamento teórico y empírico, porque no describe el proceso y las determinantes de la TD éticas²⁷. El fundamento sería más bien deontológico, mientras que en situaciones laborales o complejas éste se podría categorizar como utilitario.

En contra parte los modelos de base empírica por definición nacen o se sostienen en experiencias y tienen como propósito entender el proceso y a la vez contribuir a TD éticas prácticas. En esta línea, Bazerman³⁴, siguiendo a Simon, caracteriza la TD éticas por ser racional, limitada, heurística y adaptativa. Incorporando la motivación en la TD. Beach³⁵, planteó que las percepciones, juicios y conductas de los sujetos están sesgadas hacia la preservación del sí mismo y por tanto son procesos fundamentalmente inconscientes. Sobre todo en el caso de los dilemas éticos, que a su vez involucran fuerzas sociales y motivacionales en la decisión. A su vez Chug, y cols.³⁶ Señalan que la eticidad no está limitada a una cualidad impredecible y proponen que existen al menos tres sesgos sistemáticos motivacionales involucrados con los cuales se debe lidiar a la hora de considerar la TD éticas: a) creer que se es un ser moral por sobre el promedio³⁷, b) creer que se es competente, mejor que otros³⁸ y, c) creerse merecedor de bienes socioeconómicos³⁹ y por tanto, aséptico a conflictos de interés.

Pero la contextualización no estaría completa sino se considera que en cualquier proceso de TD, es posible distinguir dos grupos de factores que han sido menos

estudiados en los modelos descriptivos y que influyen o condicionan la TD éticas: a) el ambiente y, b) el tomador de las decisiones. Así características demográficas, nivel de desarrollo, emociones incidentales o prospectivas y ánimo, son factores constitutivos centrales de las TD éticas, puesto que son inherentes a las emociones del tomador de decisiones. Sin embargo, parte importante del dilema que afecta a las DMS, a la hora de operacionalizar la decisión desconoce o minimiza la trascendencia de estos dos factores, por lo mismo, el problema en su origen tiene la dificultad que genera la elegibilidad interpretativa del método teórico para la TD⁴⁰, las cuales se deben ir gestando en el propio ejercicio donde se halla implícita la significación humana del rol profesional que aspira a la excelencia⁴¹.

Sosteniendo que el responsable de la interacción profesional en personas con DMS tiene que ser un conocedor eximio de las leyes del movimiento; del rigor teórico práctico que se necesita para TD y, del marco sustentable para la comprensión disciplinar que se debe tener. Tales competencias son adquiridas y se integran desde el profundo conocimiento que se tiene de la tendencia instintiva que posee el ser humano para ser capaz de moverse permanentemente en forma independiente⁴². Así este experto, cuando en su práctica profesional observe que esta acción se torna inadmisibles, inviable por desidia, absurdos límites legales, protocolares o jerárquicos⁴³, en los alcances de sus propósitos terapéuticos, sabrá gestionar los espacios, mecanismos, voluntades y asistencias necesarias a fin de que una persona subsidiaria pueda movilizarse íntegra y dignamente, porque a fin de cuentas en su actuar estará tratando de resolver un dilema cuya respuesta está en el marco teórico de la ética profesional⁴⁴.

En lo central, lo que las tendencias disciplinares han puesto en evidencia es que es, imprescindible renovar las bases epistemológicas de la praxis dado que la comprensión de estos conflictos requiere de operacionalizaciones actualizadas⁴⁵, para dialogar en la interacción teórica, la posibilidad de movimiento que subsiste en el dependiente, el inmóvil y el postrado, considerando que a través del manejo de tales actuaciones se tributa a los idearios éticos. Por tanto, la contextualización de la TD dadas las condicionantes éticas y morales intervinientes en las DMS, hacen necesario ampliar y debatir su abordaje⁴⁶. Así se puede aprender de situaciones que tensionan las decisiones críticas las cuales están presentes en espacios de interacción límite como el compromiso emocional o la proyección del diálogo.

Como ya se señaló y dado que las macro estadísticas no se modificarán en la actualidad de no mediar un enfoque transformador¹¹, estas experiencias humanas que afectan la autonomía para la TD, arrastran el sentimiento de indignidad y desolación propio de una cultura que elude el sufrimiento. De esta manera, agudizadas por una cobertura sanitaria insuficiente, configuran un compromiso violento para los derechos humanos de ellos y de sus familias²⁶.

Así en su complejidad la DMS enfrenta situaciones denominadas fundamentales las cuales son permanentes y se viven por el simple hecho de existir como seres vivos, lo que se puede constatar en la tranquila cotidianidad. En tanto las situaciones críticas son transitorias y agudas, internalizándose de acuerdo a las experiencias de vida, ya que son irreductiblemente individuales²⁶. Genéricamente una persona no está en la situación como las cosas están en el lugar que ocupan, sino que el hombre vive la situación en la cual se encuentra y, como vivirla es uno de los componentes de la misma, para una idéntica realidad, cada sujeto la vivirá de manera diferente, aunque esté ocupando el mismo lugar.

Presentadas las condicionantes contextuales que sufren las personas con DMS, este manuscrito en su objetivo pretende exponer dos relatos reales de profesionales que experimentaron situaciones de conflicto ético, que evidencian la posibilidad de discutir la magnitud de la comprensión teórica involucrada en la TD en situaciones de crisis.

Metodología

Se analizan dos casos de DMS que representan el horizonte de la crisis. Para ello se recurrió a una entrevista estructurada de terapeutas que posterior a la participación en un debate contingente a la temática “Dilemas en la toma de decisiones”, accedieron a compartir sus relatos, lo que se enmarca dentro de un estudio más amplio de tesis doctoral presentada al comité de ética científica de la Universidad Católica del Maule (Acta n° 132/2018). Ambos profesionales previa firma de un consentimiento informado accedieron a recordar un caso significativo que estuviera dentro de sus respectivas experiencias donde se hubo vivenciado situaciones límites. Los relatos retrospectivos fueron ordenados de acuerdo a los elementos centrales de un guión que contempló: a) una aproximación teórica; b) la descripción del contexto en el cual se dio el fenómeno; c) la síntesis

del relato; d) el análisis del caso, y e) la conclusión de la situación de crisis.

Así el artículo reporta dos casos reales, donde los terapeutas fueron protagonistas de las situaciones concretas referidas. Junto a la síntesis de los antecedentes de la complejidad situada del caso y su circunstancia, se tensionan los abordajes teóricos que concurren a la TD éticas. Este ejercicio de racionalidad teórica es motivo de un tiempo mental asignado a la búsqueda de la resolución del problema.

Considerando que la individualidad y el epicentro de la cuestión ética de alguna manera posicionan a los participantes en su más íntima introspección, se ha resguardado en todo momento de que ambos hechos permitan la descripción del escenario reflexivo en torno a un espacio que sirva como aporte al colectivo profesional. Una vez observadas las atmósferas de conflicto, se pretende discutir si las fuentes teóricas para la TD, permiten capturar la complejidad de la DMS, en el abordaje reflexivo de ambos contextos.

Resultados

a1) La TD como un compromiso emocional

Como réplica, cada persona que está en situación de crisis, en rigor vive de una manera única y, no podrá volverla a vivir igual nunca más, de aquí que nadie más podrá vivir por otro su propia autonomía, ni menos las limitaciones de su respectiva vida²⁶. Cabe destacar que la situación crítica expande su individualidad al contexto incorporando, además, lo fundamental que puede significar para el resto la característica que expone esa situación. Así en la medida que la situación crítica es compartida por sentimientos de afecto que han involucrado acuerdos, compromisos y visiones previas, la TD pasará a formar parte del horizonte de la misma crisis.

• Relato 1 RPU; código:1, 1999.

b1) Contexto

El paciente se encuentra en un avanzado estado de su enfermedad, ha dormido intermitentemente con alguna dificultad respiratoria y sus signos vitales están elevados, principalmente se encuentra con fatiga, dolor sistémico, taquicárdico y disneico en moderada cuantía.

c1) Relato

- *¡Ah! Horacio... hola Negro, que tal?*

- *Hola Víctor, como amaneciste.*

- *Acostado, pos como ven. ¿Vienen a hacerme los ejercicios?*

- *...Ya pos ¿Qué van hacer?*

- *Pararte, en eso quedamos...*

d1) Análisis Caso

El paciente sabe en su más íntima conciencia que el final está cerca. Algunos días previos nos había compartido su certeza, pero una vez más en su nobleza, comprendía que todos los suyos se esmeraban por ofrecerle lo mejor en esas circunstancias.

Por nuestro lado, somos jóvenes que concurren a ver a su amigo. Nos hemos fogueado y probado en muchas peleas contra la dictadura. Él ha sido un dirigente nato, orgullo de su generación, un gran proyecto humano.

Y consecuencia obliga, sabemos los tres que ese día hay una tarea que cumplir, así lo acordamos y así lo haremos. Tenemos la formación de la calle, esa que no retrocede.

- *Los signos fisiológicos están al límite, cruzamos las miradas (los tres sabemos lo que puede significar el exceso de demanda física y, el mismo nos interpela, ...ya pos ...a lo que vinieron.*

Lo descubrimos, se encuentra con la típica bata hospitalaria... y, algo rezonga Víctor, refiriéndose a que no le han puesto su ropa deportiva, para esta ocasión.

Lo asistimos y se para con cada uno de nosotros a su lado yo a la izquierda y, mi compañero a su derecha. Bipedesta 1 minuto y 42 segundos, usando un 170% de la FCR.[2] *diciéndonos ¡ya h..... cumplimos!*

Esa noche Víctor nos dejó para siempre, sí, pero sólo en materia...por que hoy puedo descubrir que en

ese último respiro de su vida, nos entregó con sabiduría de líder un preciado tesoro: La dignidad de expresarse a través de la función la cual no tiene más límites que los del consenso ético entre la decisión y la acción.

e1) Conclusión

Este relato, da cuenta de una situación crítica para tres amigos que en su condición profesional compartida, asisten en un espacio de tiempo común, que los ubica individualmente en diferentes roles dados los contextos que les corresponde vivir a cada uno. A pesar de sus lazos de hermandad y del compromiso asumido "*Vienen a hacerme los ejercicios, RC1: L8*", en perspectiva intentan superar sus propias limitaciones, buscan en su vivencia personal un intento de no caer presos del panorama crítico de la decisión, los tres están en acción y han vivido la situación desde la autonomía con la cual se comprometieron "*Pararte en eso quedamos, RC1: L9*". Entre ellos asumen distintos papeles individuales, pero están guiados por el lugar del aquí, y ya se conoce que cada aquí es diferente para cada uno "*los tres sabemos lo que puede significar el exceso de demanda física y, nos interpela, RC1: L20-21*", de manera que siendo una situación crítica con un límite en común y de relaciones de afecto recíproco, dependen de sí mismos, es decir en sus limitaciones se esfuerzan para ser autónomos, para intentar ser libres en sus respectivas decisiones.

La crisis definida como un cambio profundo (RAE, 2016), y la manera en que éstos cambios son apreciados independiente de la intensificación brusca de los síntomas "*Los signos fisiológicos están al límite, RC1: L20*", en un contexto de afectos personales puros, desinteresados, previos y compartidos marcan derroteros para los que han compartido la crisis "*Ya pos a lo que vinieron, RC1: L22*". Sin embargo, la crisis no sólo traduce un brusco cambio de la situación, sino que genera un cambio fundamental y permanente en los otros.

"¡ya h..... cumplimos, RC1: L27!".

Conforme el uso exclusivo de modelos teóricos de TD basados en la utilidad racional que presentan, se constata que no existe ninguna posibilidad de interpretar el contexto analizado. Sí, se podría especular en referencia al caso: ¿qué tanto podrían aportar aquellos modelos de base filosófica o empírica a través de sus reglas

^[2] La bipedestación humana normal, es una condición que puede mantenerse sin mayor restricción en el tiempo y, el costo fisiológico empleado expresado en %FCR (frecuencia cardiaca de reserva), en ningún caso podría exceder un 10%. En este relato se trata de un rendimiento extremo.

heurísticas o con el planteamiento de los desapegos de los deseos personales, cuando es la emoción del amigo la que demanda una decisión frente al horizonte crítico?

a2) La TD como proyección del diálogo

Un aspecto sustantivo de la dignidad de ser un ser único, determina que la vida humana sea algo distinto de todo y de las otras vidas, capturando en esta constatación, distintas situaciones de crisis que pueden confrontar la libertad del ser²². La elección requiere conocimiento de la verdad sobre lo que sé es, se puede y se debe hacer en medio de las circunstancias en las que se desarrollan las situaciones críticas. En este contexto otra gran limitación respecto de estar en una situación crítica, es que la determinada situación no se puede retroceder, ni detener. Es otra condición de estar en situación, el siempre seguir adelante en forma irremediable y premunido de un costo adicional, el esfuerzo.

Si bien las circunstancias condicionan la elección, no necesariamente la determinan. Sigue existiendo un espacio para la libertad, se configura la opción en el tiempo de hacerse cargo de la realidad circundante para tomar una postura personal. Porque la voluntad es la capacidad por la cual un ser humano quiere y decide. Por tanto, la voluntad es la capacidad suprema en el orden de la decisión, así se actúa según lo que se decide por ella y en la medida que se reconoce el límite temporal, se aflojan restricciones que permiten decisiones más autónomas²². De esta manera se puede ser libre en el esfuerzo y en el momento de optar.

- Relato 2 ALS; código:2, 1986.

b2) Contexto

Todo se debía resolver en casa; reducida a su pieza. A pesar de estar recién pisando la adolescencia, Miguel sabía que médicamente no había mucho que hacer. Aun así, un par de kinesiólogos estaban empeñados en darle alivio y algo de movimiento, para que al menos sus piernas lograran trasladarlo por los ocho metros cuadrados que lo cobijaron los últimos días. Víspera de fin de año Miguel definió una de sus últimas metas.

c2) Relato

- Oye Salvador, me gustaría ver los fuegos artificiales desde la ventana, ¿tú creí que pueda

llegar hasta ahí?

- Hagamos todo lo posible pues compadre; falta un mes. Con eso en mente, Miguel trabajó con mayor ahínco, día a día, alternando ejercicios respiratorios con marcha “estática”... esa estrategia técnicamente válida, que encierra la paradoja de ser el límite superior de la capacidad de este muchacho. Estaba interesado en moverse, estaba con la idea de ver los fuegos artificiales.

- Hola Miguel. Así que has estado mal.*
- Oye, ¿qué te parece que hagamos los ejercicios respiratorios, descansas y después te levanto?*

Ante su silencio, mis palabras débilmente se mantenían en pie.

- Ya trabajemos. Sabí que Salvador, lo voy a hacer por ti, no por mí.*

Ahora eran mis piernas las que flaqueaban.

d2) Análisis Caso

Ese año nuevo Miguel logró caminar los metros que lo separaban de su ventana. Vio los fuegos artificiales; caminó por su pieza, abrazó a los suyos; se burló por un momento de la enfermedad terminal. Cinco días después partió rodeado por sus grandes amores. En primer lugar, su madre. Entre ellos, dos terapeutas que le ayudaron a ver los fuegos artificiales y que lo vieron quedarse inmóvil para siempre.

e2) Conclusión

Siempre hay un espacio para la autonomía de la decisión, la libertad de decidir es la capacidad de encaminar la propia vida según esa decisión “*Miguel definió su meta, RC2: L6*”. Decidir transforma a los sujetos, aunque la mayoría de las veces en base a la trivialidad de los fines por los cuales se elige, la decisión opaca la radicalidad vital de la opción. Eso no invalida que las situaciones críticas de la vida se resuelvan con una opción definitiva que en apariencia sea trivial “*observar los fuegos artificiales, RC2: L7-8*”, donde las alternativas se dan múltiples, combinadas, principales o secundarias, ajenas o heredadas, incluso en la trayectoria de los hechos puede que ocurra una decisión más bien inducida la cual no alcance a ser percibida “*Hagamos todo lo posible pues compadre, RC2: L9*”. Puede que los hechos con-

duzcan a lo que resultó mejor, obteniendo un acierto que no necesariamente fue producto de un logro y que se disfrute del azar convenciéndonos de que la decisión fue nuestra. Pero cuando la decisión se transforma en un eje para permanecer autónomos se aceptan incluso las consecuencias orgánicas de tal opción “*Sabí que Salvador, lo voy a hacer por ti, no por mí, RC2: L24*”, esta entrega viene a confirmar la radicalidad de la opción.

Si en el acuerdo de este relato, es posible comprender decisiones como un proceso de actuación dialógica, en un contexto de igualdad de los participantes para la TD que a su vez cumple con la interpretación sensible de la situación asignándole un valor; formulando un juicio con la tendencia a adherir a una norma socio-cultural; priorizando un valor motivacional para generar una intención de acción; y otorgándole un carácter a la ejecución, queda en el vacío interpretativo del modelo de deliberación moral ética, la conducta irracional de Miguel. ¿Por qué habría de sacrificarse por su amigo? Es posible que la respuesta con alta probabilidad esté más allá de la TD.

Conclusión

La acción producto de la TD, es la elección de una posibilidad y la renuncia a otras, la renuncia es necesaria para dejar que se exprese en plenitud la acción seleccionada y, por tanto, es la consecuencia y la responsabilidad de la libre opción, aun cuando conduzca al fracaso⁴⁷. Si en la opción no hubiese renuncia, nuestras posibilidades se ampliarían hacia una indecisión impropcedente y, en ese caso tampoco habría elección ni tendría sentido decidirse a nada. Por tanto, la libertad de decidir implicará con seguridad causalidad. Así, la libertad verdadera presupone y no excluye el conocimiento de las causas porque la opción radical es la que se realiza ante las posibilidades y estas están determinadas justamente por las imposibilidades.

Las teorizaciones de las TD éticas no siempre se expresan en el conflicto real, a veces están implícitas y pueden actuar como verdaderos sistemas de control frente a la situación de crisis que sufre un dependiente de función. No obstante, cada una de estas interpretaciones tributa elementos de juicio para que en consenso con el subsidiario de movimiento se pueda delimitar asertivamente el contexto funcional, y en este ejercicio de búsqueda compartido se encuentre la mejor decisión

reforzada por el razonamiento, para una adecuada TD. Para tomar decisiones contextualizadas por conflicto ético profesional en tanto sujetos socio-históricos, se puede, se debe actuar, consecuentemente bajo cualquier situación crítica. La metodología consiste en el poder re significar las cosmovisiones a partir del diferencial ritmo que desajusta la teoría con realidad, toda vez que el ritmo de la realidad no es el ritmo de la construcción conceptual de los dilemas teóricos^{48,49,50}, por tanto, si el razonamiento, independiente del modelo utilizado nos indica una determinada TD, está a su vez debe ser ajustada con el contexto funcional y consensuada con el dependiente, el inmóvil o el postrado.

Con todo, las condicionantes referidas a las situaciones críticas en personas con DMS son más frecuentes de lo habitual en el desempeño rutinario del quehacer profesional. Desde ahí, se puede argumentar que la expresión de movimiento al poseer una intención, un impulso o un instinto fundamental, que busca la calidad de vida, es absolutamente dependiente de que ese movimiento sea realizado con habilidad y eficiencia. Por tanto, siendo condiciones únicas y contextualizadas, cualquier TD deberá estar siempre regulada por la interacción del subsidiario con la experticia del tratante en una acción común que se funde en la libertad de acción. De la oportuna forma como éstas situaciones se interpreten teóricamente se podrán ir contribuyendo a que las actuaciones profesionales con las que un terapeuta se enfrenta en sus contextos, permita aquilatar la trascendencia que tienen los procesos de razonamiento involucrados en la TD cuando se presentan horizontes de crisis.

Si bien los casos expuestos se dan en contextos de crisis, donde tales consecuencias interactúan con valores, los cuales en sus mecanismos resolutivos exacerbaban un robusto componente de predominio actitudinal para la TD. Pudiera generarse la tentación de creer que el escenario aleja la posibilidad de racionalizar la TD. Muy por el contrario, porque si hay algo que en toda decisión debiera estar garantizado, es precisamente la validez de la decisión, la cual, en términos éticos solo descansa en un depositario de equivalente libertad.

La orientación hacia la pertinencia de la TD en crisis, permite develar la proyección trascendente de la decisión frente al constructo de la dependencia y la inmovilidad, independiente de la magnitud del compromiso en que se encuentre quien debiera decidir. De este modo, el kinesiólogo puede visualizar con claridad su

responsabilidad ética ante el quehacer y, en conjunto a la interacción dialógica con la persona dependiente que acepta el apoyo de su experticia, permite que se materialice la legitimidad de la decisión autónoma intransferible y producto de una reflexión consensuada.

Agradecimientos

En tiempos en que la patria intenta sacudirse de ataduras coloniales, antidemocráticas, ilegítimas y espurias que dan pie a la configuración de un verdadero horizonte de crisis, luchadores insignes como los protagonistas de estos relatos, articulan la justeza de construir la posibilidad de un mundo más humano, digno sin privilegios y dotado de profesionales cuyo mérito solo sea el servicio a su pueblo.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés, el manuscrito es inédito y no ha sido enviado a otra revista. Terminado de escribir en Diciembre 2017.

Bibliografía

1. MSPS. Ministerio de Sanidad y Política Social (2010). Unidad de Cuidados Intensivos. Estándares y recomendaciones. Informes y estudios de investigación.
2. Peña, A. *Guías de UCIN*. Hospital San Juan de Dios de la Serena. Actualización 2013-2014.
3. Nunes, L. (2015). Los problemas éticos identificados por enfermeros en relación a los pacientes en estado crítico. *Revista Bioética*; 23 (1): 191-203.
4. Escobar, M. (2010). La relación entre inmovilizado y movilizador: Una aproximación desde la Bioética. *Kinesiología*; Vol 29 N° 1: 27-29.
5. Dorentes, G., Ávila, J., Mejía, S., Gutiérrez, L. (2001). Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: Un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en Méjico. *Revista Panamericana de Salud Pública*.
6. Barthel, D., Mahoney, F. (1965). Functional evaluation: Barthel Index. *Md State Med J.*; 14: 61-5.
7. Baltes, M., Whl, H. Editors (1990). *Dependencia en los ancianos*. Barcelona. Editorial Martínez-Roca.
8. IMERSO *Libro Blanco de la Dependencia*, Madrid; 2007.
9. Abanto, A. (2010). *Demografía del paciente crónico: Medicina Geriátrica y Residencias*. EDIMSA, Madrid.
10. Querejeta, M. (2004). *Discapacidad/Dependencia: Unificación de criterios de valoración y clasificación*. Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales: Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. IMERSO, Madrid.
11. Acevedo, J., Alhers, I., Henríquez, O., Aguilera, H. (2014). Análisis de la discapacidad severa en Chile en pacientes atendidos en la atención primaria, año 2011-2012. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*; Vol 14 N°1: 21-31.
12. Calvo, A., Tartakowski, A., Maffei, T. *Transformaciones en las estructuras familiares en Chile*. MIDEPLAN; 2001.
13. MINSAL (2006) *Norma de cuidados domiciliarios de personas que sufren discapacidad severa*. División de prevención y control de enfermedades. Departamento Ciclo Vital Programa del Adulto Mayor, Unidad de Discapacidad y Rehabilitación.
14. SENAMA (2009). *Las personas mayores en Chile: situación avances y desafíos del envejecimiento y la vejez*. Maval, Santiago de Chile.
15. OPS Salud en Chile (2010). Panorama de la Situación de Salud y del Sistema de Salud en Chile.
16. Sarto, M. (2009). *Aspectos clave de la educación inclusiva*. Instituto universitario de integración en la comunidad, KADMOS, Salamanca.
17. Bont, M., Malpica, C., Oliveros, J., Hernández, N., Rojas, U. (2013). Toma de Decisiones al final de la vida como modelo teórico bioético. IX Congreso Latinoamericano y del Caribe. Bioética, Méjico.
18. Paolinelli, C., González, M. (2014). Epidemiología de la discapacidad en Chile, Niños y Adultos. *Revista Médica Clínica Las Condes*; 25 (2): 177-182.

19. Francapani, M. (2013). Decisiones al final de la vida. IX Congreso Latinoamericano y del Caribe. Bioética, Méjico.
20. Dubowitz, L. (1970). Clinical assessment of gestational age in the newborn infant. *Journal of Pediatrics*; 77: 1.
21. Kotow, M. (2015). Carne y cuerpo. *Un desafío a la bioética*. Ocho Libros Editores, Santiago de Chile.
22. Castro, R. Ética y libertad: La pars construens de la filosofía foucaltiana. *Revista de Filosofía*. 2006; Vol 62: 117-138.
23. Medina, P., Muñoz, R., Morales, P., y Escobar, M. (2016). Ventana Terapéutica para la intervención en kisioterapia/kinesiología: A propósito del caso de un adulto mayor institucionalizado en estado de postración. *Revista Estudiosos En Movimiento* 3(1): 21-28.
24. Medina, P., Muñoz, R., Escobar, M. (2013). Diagnóstico en Kinesiología basado en el modelo Función Disfunción: Estrategias de Razonamiento. *Kinesiología*. Vol 32 (2): 56-77.
25. Maureira, H. (2007). Epistemología del modelo Función-Disfunción del Movimiento Humano. Departamento de Kinesiología. Documento Magíster.
26. Nicol, E. (1963). *Psicología de las situaciones vitales* Fondo de Cultura Económica, México.
27. Casado, M. (2009) Sobre la dignidad y los principios. *Análisis de la declaración universal sobre bioética y derechos humanos*. UNESCO, CIVITAS, España.
28. Beneytez, G. (2014). *La realización de la persona humana*, Copyright © ALMUDI, Valencia España.
29. Baron, J. (2000). *Thinking and deciding*. Cambridge: Cambridge University Press.
30. Bernoulli, E. (1954). Exposition of a new theory of the measurement of risk. *Econometrica*. 22: 23-26.
31. Von Neuman, J., & Morgenstern, O. (1947). *Theory of games and economic behavior* (2nd Ed). Princeton: Princeton University Press.
32. Simon, H. (1957). *Administrative behavior: a study of decision-making processes in administrative organization*. NY: Macmillan.
33. Beauchamp, TL. y Walters, L. (1994). *Contemporary issues in bioethics*. 4Th Ed Belmont, CA: Wadsworth.
34. Bazerman, MH. (2002). Judgment in managerial decision-making. 5th edition. NY: John Wiley & Sons. Beauchomp TL. & Walters L. *Contemporary issues in bioethics* (4th Ed) Belmont, CA: Wadsworth.
35. Beach, LR. (1993). *Image theory: decision making in personal and organizational contexts*. Chichester, UK: Wiley.
36. Chug, D., Bazerman, MH, Banaji, MR. (2005). Bounded ethicality as a psychological barrier to recognizing conflict of interest: In: Don, A. Moore, M Cain, GH, Loewenstein & MH. Bazerman (eds). Conflict of Interest: challenge and solutions in business, law, medicine and public policy. Cambridge University Press.
37. Tenbrunsel, AE. (1998). Misrepresentation and expectations of misrepresentation in an ethical dilemma: the role of incentives and temptation. *Academy of management Journal* 41, 330-9.
38. Messick, DM. (1999). Alternative logics for decision making in social settings. *Journal of Economic Behavior & Organization* 39, 11-28.
39. Dieckmann, KA, Samuels, SM. Ross, L. & Bazerman, MH. (1997). Self-interest and fairness in problems of resource allocation. *Journal of Personality and social psychology* 72, 1061-1074.
40. Moscoso, J. (2011). Los dilemas del fisioterapeuta en el área asistencial: Una mirada a la toma de decisiones. *Mov. Cient.* 2011. Vol 5 N°1: 6-24.
41. González, J. (2007). *El ethos destino del hombre*. Fondo de Cultura Económica, Méjico.
42. Cott, C.A., Finch, E., Gasner, D., et al. (1995). The movement continuum theory of Physical therapy. *Physiotherapy Canada*. 47:87-95.
43. Sánchez, M.J. (2008). *Ética y profesión: La responsabilidad en términos de prudencia responsable*. El caso de la psicología. Fundamentos en Humanidades. Uni-

versidad Nacional de San Luis, Argentina. Año IX, N°1: 145-161.

44. Maureira, H. (2006). Modelo función disfunción del movimiento humano. II Congreso Nacional de Educación en Kinesiología, Concepción Chile.

45. Cortina, A. (2010) Ética y responsabilidad social en un mundo globalizado. Conferencia Universidad de Chile. 49-82

46. WCPT (2007), *Changing concepts of Community Based Rehabilitation*, Key Notes, UK.

47. Claxton, K., Sculper, M., Drummond, M. (2002). A rational framework for decision making by the National Institute for Clinical Excellence (NICE). *The Lancet*. Vol 360: 711-715.

48. Zemelman, H. (1992). *Los horizontes de la Razón II*. Historia y necesidad de utopía, Barcelona, Anthropos.

49. Zemelman, H., Barreta, G., Ruiz, E., Rodríguez, M., Mignolo, W., Armijo, J., y cols. (2004). *Los desafíos del pensamiento crítico*, Siglo XXI. Editores.

50. Zemelman, H. (2010). Sujeto y subjetividad: la problemática de las alternativas como construcción posible, *Polis Revista Latinoamericana*. núm. 9, Santiago de Chile.

Correspondencia

Máximo Escobar Cabello
E-mail: maxfescobar@gmail.com
ORCID / 0000-0001-5780-207X
Dirección Postal: 3460000
Av. San Miguel N° 3605 Talca Chile
Teléfono: 567120319 – Celular: +56992787603.