

**MÁSTER INTERUNIVERSITARIO DE BIOÉTICA Y BIODERECHO**

**UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA – UNIVERSIDAD de LAS PALMAS DE  
GRAN CANARIA**



**TRABAJO FIN DE MÁSTER**

**“Formación en bioética desde la perspectiva de los profesionales  
sanitarios de cuidados intensivos”**

**Alumno:** Adriana Orellana Movilla

**Tutor:** José Santiago González Campos

**Co-Tutor ULL:** Emilio J. Sanz

**Curso Académico 2018-2019**

## **RESUMEN**

### **“Formación en bioética desde la perspectiva de los profesionales sanitarios de cuidados intensivos”**

**Objetivo:** Conocer el punto de vista de los profesionales de la salud sobre la necesidad de la bioética en su práctica diaria en las unidades de cuidados intensivos.

**Método:** Se lleva a cabo una búsqueda bibliográfica para definir la situación actual de teorías y métodos de enseñanza de la bioética, para así proceder a una recogida de datos mediante cuestionario para analizar de forma cualitativa la opinión de los profesionales sanitarios sobre esta disciplina. Se analizan y discuten sus resultados en base a conocimientos, interés, percepción y disposición para la formación.

**Reflexiones finales:** Las nuevas perspectivas de enseñanza-aprendizaje se basan en el razonamiento reflexivo y práctico. Los profesionales consideran la bioética importante y están dispuestos a continuar formándose. El taller participativo y multidisciplinar es el método mejor valorado. El pensamiento general ofrecido por las diferentes unidades de cuidados intensivos es muy parecido por lo que su comparación no es significativa. Se propone formación continuada y participativa, insistencia en las habilidades de comunicación y búsqueda del objetivo de aprender a deliberar.

**Palabras clave:** bioética, enseñanza de la bioética, ética profesional, profesionales sanitarios

## **ABSTRACT**

### **“Bioethics training from healthcare professionals’ perspective in intensive care”**

**Aim:** To know the views of healthcare professionals about their bioethics need in their daily practice in intensive care units.

**Method:** A literature review was carried out to define the current state of theories and teaching methods in bioethics, in order to proceed with data collection through a questionnaire to qualitatively analyze the opinion of healthcare professionals about this discipline. Their results are analyzed and discussed based on their knowledge, their interest, their perception and their willingness to learn.

**Final thoughts:** The new learning and teaching perspectives are based on reflective and practical thinking. Healthcare professionals consider bioethics is important and they are willing to continue with their training. The participatory and multidisciplinary workshop is the best valued method for teaching. The general thinking from the different intensive care units is very similar so the comparison in between them is not significant. We propose continuous and participative training, insisting on communication skills and searching for the aim of learning how to deliberate.

**Key words:** bioethics, teaching bioethics, professional ethics, healthcare providers

## ÍNDICE

- **Introducción**.....5
- **Objetivos**.....18
- **Metodología**.....20
- **Resultados**.....25
- **Discusión**.....36
- **Conclusiones**.....49
- **Bibliografía**.....51
- **Anexo 1: *Tabla I Resumen de clasificación y síntesis de publicaciones seleccionadas.***
- **Anexo 2: *Cuestionario para la recogida de datos (versión en inglés y traducción al español)***
- **Anexo 3: *Tablas de resultados***

## INTRODUCCIÓN

### *La Bioética*

Desde el origen epistemológico del término bioética, puede traducirse su significado como la ética de la vida. Fue definido por primera vez por Van Rensselaer Potter con la publicación de su libro *Bioethics, the Science of Survival* en 1970 como la unión del mundo de los hechos (ciencia) y del mundo de los valores (ética). Comprendía los actos del hombre sobre la vida humana, animal y medioambiental.(1) A lo largo de la historia se han dado numerosas definiciones de ella, mostrándola como una disciplina al servicio de los seres humanos para enlazar valores y conocimientos. En su primera enciclopedia, publicada por W. Reich en 1978, empiezan a cobrar mayor importancia la salud, los cambios tecnológicos que a ella afectan y, sobre todo, los derechos de los pacientes.(2) De esta forma, se empiezan a proteger de modo eficaz la integridad y la dignidad de los individuos, haciendo mayor énfasis en personas en situación de vulnerabilidad. Esto venía siendo necesario debido a situaciones de la Historia reciente en las que la libertad y la dignidad de las personas no se habían tenido en cuenta para su trato.

Numerosos documentos internacionales han sido publicados para contribuir a esta tarea, como el Código de Núremberg en 1947, que fue incluido posteriormente en la Declaración de Helsinki de 1964 para la regulación de la experimentación e investigación médica con seres humanos. En el Informe Belmont de 1974 participaron Beauchamp y Childress, quienes en 1979, publicaron *Principles of Biomedical Ethics* en el que se dan a conocer los cuatro principios de la bioética principialista. En el Informe Warnock de 1984, ya se habla de consentimiento formal y escrito, y en documentos más recientes, como la Declaración Universal sobre Genoma y Derechos Humanos de 1997, se llega hasta las aplicaciones de la genética. Los Códigos deontológicos profesionales

también han colaborado al establecimiento de una responsabilidad moral con respecto a la propia profesión y a los individuos con los que trata, por encima de la jurídica, y que forma parte de la identidad profesional. Según Diego Gracia, la bioética surge como un giro aplicado al aspecto práctico por parte de la filosofía y de la ética.(3)

Desde la perspectiva de las ciencias de la salud, podemos afirmar que la bioética se encuentra inmersa en la relación que se establece entre la filosofía y el cuidado. Se comunican y se complementan, permitiendo una ampliación de la visión del cuidado a través de su fundamentación, así como una aplicación práctica de la filosofía en lo humano. En la vinculación de estas dos dimensiones podemos encontrar a la bioética, que busca el desarrollo humano tratando de dar respuesta a situaciones vitales complejas a través de la reflexión basada en la prudencia filosófica. El acto de cuidar depende de orientaciones filosóficas por lo que la bioética y la filosofía en conjunto presentan nuevas líneas de desarrollo para enriquecerse mutuamente y mejorar la fundamentación y la práctica del cuidado. Una mejora de la calidad del cuidado va a llenar de sentido las profesiones sanitarias y del mismo modo permitirá el desarrollo moral requerido para la necesaria humanización y respecto a la libertad y la dignidad de las personas. Se trata de una ética del cuidado que establece el compromiso con nosotros mismos y con los otros. Podría estar la ética incorporada a la profesión enfermera al tratarse de una tarea de cuidar pero ésta no debe limitarse al ámbito profesional sanitario, sino a la vida, a los valores y al desempeño personal de cada uno, que conduzcan hacia la plenitud humana.

Cuanto más avance la ciencia, más importante será la reflexión ética. No es sólo un conocimiento teórico sino que forma parte inherente de las prácticas sanitarias, donde nos encontramos inmersos y en el que cada día vivimos numerosos conflictos. Desde el mundo académico y también desde la ciencia, las humanidades y la salud, debemos

seguir contribuyendo a la todavía actual evolución de la bioética como medio para el cambio posible hacia un mundo más humanizado y responsable.

### ***La Enseñanza de la Bioética***

Para la evolución de una disciplina es necesario su estudio y promoción, por lo que la enseñanza de la bioética ha sido un tema de interés desde su surgimiento. Diferentes corrientes filosóficas han aportado a lo largo de su curso perspectivas sobre la metodología y la orientación que debería seguir, evolucionando éstas conforme al contexto y a la sociedad.

También en *Bioethics: Science of Survival*, declaraba Van Rensselaer Potter que la “universidad debería ser el lugar de permanente búsqueda de la verdad orientada al futuro, buscando transmitir a las generaciones de estudiantes, no solamente conocimientos, sino también juicios de valores”.(1) Y con ello, todos los que estudiamos esta temática nos preguntamos, ¿es posible enseñar bioética? ¿Cómo transmitir valores sin que ello conlleve adoctrinamiento? Cualquier persona podría sentirse insultada, más incluso científicos o profesionales sanitarios después de su carrera universitaria, si decimos que la bioética trata de “enseñarnos a pensar” para relacionar nuestros conocimientos científicos con los valores. El escepticismo sobre lo obvio de que “ya sabemos pensar” sería el primer escalón a superar para que después de los conocimientos y las habilidades, la bioética nos lleve al cambio de actitudes. Esta dificultad ha hecho que el déficit de formación en bioética también sea histórico, debido a que su enseñanza supone promover una verdadera reconstrucción filosófica, y ello conlleva más preguntas que respuestas.

Hasta el siglo XIX, la enseñanza de la bioética en nuestro país se basaba en los textos hipocráticos. Diversos libros del panorama bibliográfico de la época servían para la

formación, con una fundamentación básicamente religiosa. A partir de los primeros años del siglo XX, cuestiones de ética médica comienzan a introducirse en los tratados de Medicina Legal. Con el Concilio Vaticano II y los Seminarios Interdisciplinarios de Bioética, ésta última comienza a aparecer en España como una nueva disciplina. Su definitiva entrada en el mundo académico asistencial, y ya laica, se hace en 1990 de la mano de Diego Gracia con su publicación *Fundamentos de Bioética*. También en este año, comenzó a impartirse en las escuelas en la asignatura obligatoria de “Ética y Legislación”, existiendo también una optativa de Bioética.

La publicación del Programa de Educación de la Ética por la UNESCO en 1993 y la adopción de los Estados Miembros de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos (DUBDH) resultan en la expansión de la bioética a nivel internacional. El Artículo 23 de esta Declaración fomenta en gran medida la formación y la difusión del conocimiento en bioética en todos los ámbitos. Se comienza así a ampliar la perspectiva sobre la bioética y se muestra a la sociedad la necesidad de metodologías de diálogo y deliberación para la resolución de los problemas éticos a los que se enfrenta.(4) Numerosas universidades de todo el mundo comienzan a poner en marcha procesos de integración de la bioética en sus currículos profesionales, lo que supone un gran avance para el cambio.

Hasta entonces, para la enseñanza en ciencias de la salud se ejercía un modelo biomédico de enfoque biologicista y clínico, con fundamentación filosófica y pedagógica. En 1996, la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI elaboró un informe proponiendo los pilares de la educación que variaban del modelo tradicional y orientaban a “enseñar a conocer”, “enseñar a hacer”, “enseñar a ser” y “enseñar a convivir”. Con ellos, el proceso de enseñanza ejerce una perspectiva integral y engloba el interés por la comprensión del conocimiento, la aplicación al entorno, la



responsabilidad individual y la participación en la sociedad.(4,5) Esta enseñanza requiere algo más que la mera transmisión del conocimiento como se venía realizando, y trata de formar a los profesionales para confrontar los desafíos y estar preparados para las necesidades de los nuevos tiempos.

Posteriormente, en 1999, la Asociación Médica Mundial publica una resolución por la que se recomienda que las enseñanzas en ética y derechos humanos sean incluidas en todas las escuelas médicas del mundo. Además de las enseñanzas universitarias, aconseja que esta educación sea continua durante todas las etapas del desarrollo profesional.(6) En ese mismo año, la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica (ABFyC) publicó un documento sobre: “la educación en bioética de los profesionales sanitarios en España: una propuesta de organización”. Este documento promueve la inclusión de la bioética en los currículos profesionales para posibilitar la excelencia profesional, alejándola así de la reducción de ésta a la sola cualificación científico-técnica.(7) Y como dice el autor José Luis Medina, “el sentido de las prácticas de la salud es moral, antes que científico y técnico”.(8) Los cambios en la sociedad del siglo XXI han comenzado a exigir de los profesionales sanitarios nuevas cualidades que hagan de ellos individuos capaces de interpretar el mundo y saber actuar sobre él, para lo que es necesario un mayor porcentaje de lo humanístico en su formación, que las metodologías tradicionales no llegan a alcanzar.(4,5,9) Los cambios morales tienen que avanzar a la par con las tecnologías ofreciendo la posibilidad de una valoración holística de la persona por un profesional que sabe entrelazar conocimientos científicos y habilidades interpersonales para establecer una relación clínica de consenso abierto. Si en la actualidad se está observando el error en las relaciones verticales y deshumanizadas podemos decir que no se previeron las consecuencias negativas de la tecnificación del mundo sanitario, lo que no quiere decir que no seamos responsables de

ellas. La bioética es entonces una responsabilidad común para conseguir lo más justo y humano. Una metodología propia de enseñanza es necesaria para interiorizar este campo de conocimientos orientado al cambio de conductas y actitudes.(10)

Con las reformas llevadas a cabo en el proceso Bolonia por las que se homogeneizan los sistemas educativos en términos curriculares, metodológicos, sociales y culturales, las formas de enseñanza y aprendizaje en el marco Europeo de Educación Superior (EEES) también cambian. A través de teorías constructivistas se promueve el desarrollo de estrategias metodológicas por los estudiantes que permitan mayor interrelación del aprendizaje reflexivo con la práctica mediante una aplicación integrada de los conocimientos. Este esfuerzo intelectual y práctico hace al estudiante responsable de su aprendizaje y el docente ejerce un papel orientador.(9,11,12) Esto supone el verdadero cambio a partir del anterior “enfoque pedagógico”, desde el que se enseñan conocimiento y habilidades como un mínimo a alcanzar. Ahora el “enfoque mayéutico o socrático” promueve un objetivo máximo deseable, que es el cambio de actitudes y la interiorización de los valores transmitidos.(3,7) Se reflexiona sobre los contenidos teóricos y la manera en la que, en interrelación, éstos pueden ser aplicados a la realidad. Los diferentes programas formativos se elegirán según el objetivo final de la formación y se adaptarán al contexto concreto de enseñanza. Esta organización integra la capacidad de pensar desde la perspectiva del cuidar que aportan las humanidades. De esta forma, se empieza a crear una nueva cultura que se adapta a los cambios y es congruente con el tipo de profesionales que requiere la sociedad actual. (5,7,11–13)

La bioética se ha convertido poco a poco en una disciplina esencial pero que debe continuar evolucionando al mismo ritmo que lo hace la ciencia. Es necesario educar en valores para que los profesionales sanitarios no se vean absorbidos en ella y recuperen el valor humano y ético de su trabajo como fundamento de éste. La ética del cuidado es

necesaria para alejarnos de la evidencia científica, que nos aleja de los sujetos. A través de una enseñanza continua, accesible y atrayente, que incluya emociones, vida moral, responsabilidad por el otro y prudencia, la bioética podrá volver a atraer el valor de la empatía. ¿Es posible entonces enseñar bioética? Los conocimientos pueden enseñarse, de lo que existe un amplio contenido. También las habilidades que permitan descubrir los conflictos éticos, analizarlos críticamente y tomar decisiones para su resolución más acertada. Pero, ¿cómo inducir un cambio de actitudes sin que ello conlleve manipulación?(7)

Numerosas técnicas y metodologías para enseñar bioética se van proponiendo a lo largo de su curso. Para adaptarse a la multiculturalidad de la sociedad en la que vivimos hoy en día se fomenta la acción participativa y tratan de vincularse a posicionamientos sociocríticos. Esto puede ser un reto, ya que ningún método es perfecto, pero la creatividad del docente y la complementariedad de ellos pueden acercarnos a nuestro objetivo.(9,14)

En la bibliografía revisada, la clase magistral y el análisis de casos se presentan como metodologías clásicas, pero los métodos de aprendizaje que encontramos como más apropiados para la enseñanza de la bioética hoy en día son los que promueven la búsqueda de la autoevaluación y el desarrollo de la identidad profesional. Los materiales que se aportan para la enseñanza son actuales y adaptados tanto al objetivo docente como a los alumnos.

Existen numerosos métodos de reflexión que facilitan el proceso al estudiante, o al profesional que pretende cuestionarse situaciones de su práctica diaria. Ejemplo de ellos son el ciclo de Gibbs, el modelo de Driscoll & O'Sullivan y el marco de Stephenson. Muchas universidades los utilizan como “plantilla” o método recomendable para sus

trabajos escritos. De esta forma se contribuye a la creación de portafolios como método de autoevaluación, autocrítica y análisis de su práctica. Éste enlaza la experiencia en el aula con la experiencia profesional fuera de ella, los conocimientos previos, los intereses y las necesidades. Hacerse preguntas y reflexionar es una actitud de raíz socrática, por lo que el portafolio promueve el aprendizaje autónomo y reflexivo, muy importante para estas disciplinas prácticas. La autoevaluación es efectiva al identificar problemas y desarrollar estrategias que ayuden a superarlos. También permite evaluar el contenido y el aprendizaje desarrollado a través de una valoración de las producciones, lo que se ajusta más a la realidad.(9,14,15)

El cine y la literatura son otros métodos en los que se unen lo visual y lo narrativo. Crean emociones rápidas y promueven foros de debate que las relacionan con los contenidos teóricos aprendidos. Enriquecen la discusión posterior y permiten que el alumno exprese lo que realmente siente, sin imponer ninguna ideología y creando un clima de confianza.(7,14,16)

El aprendizaje basado en problemas (ABP) es otra de las técnicas más utilizadas en la actualidad. Por medio del trabajo en grupo y la construcción colectiva del conocimiento se busca una estrategia de resolución a un problema dado en cooperación, en las que cada miembro es responsable de su aprendizaje y de los demás. Son habilidades que le ayudarán a adaptarse a nuevas situaciones y a que apliquen los conocimientos a la práctica.(10,17) A veces se incluyen técnicas didácticas de expresión, como la representación de la realidad a través del roll-playing.

Entre las estrategias de enfoque constructivista, la metodología MCD (*Moral Case Deliberation*) es un recurso pedagógico activo que se presenta como una alternativa para la enseñanza actual. Aúna la experiencia cotidiana del personal de ciencias de la

salud y la teoría de la bioética para la solución de los conflictos. Se dan sesiones ético-clínicas donde los profesionales se reúnen en grupos pequeños para estimular la reflexión ética para adquirir habilidades de razonamiento crítico.(7,17)

Como novedad, se presentan los recursos electrónicos como las técnicas de e-Learning, que parecen tener poca aceptación por el momento y que necesitan ser mejor desarrolladas, ya que la cantidad de información que aportan no va a garantizar el aprendizaje de la bioética si no es a través de la reflexión.

De cualquier manera, los medios requieren un uso reflexivo, crítico y adaptado a la realidad del estudiante, que permitan un aprendizaje significativo y una formación integral.(12) Esos medios no sustituyen la necesidad de un docente, cuyas características deben estar bien definidas. La vocación ayudará pero las buenas intenciones son insuficientes para enfrentar los retos educacionales de la bioética. Su formación académica debe ser continuada y específica, que haga posible que la metodología didáctica funcione. Además, debe tener cualidades que faciliten la interiorización de los temas y promueva el cambio de actitudes del alumno, que lo lleven a querer por si mismo hacer algo. Su papel es orientador y la relación que se establece es de ayuda. Son claves la actitud crítica y las habilidades que faciliten la apertura al dialogo, captar nuevas perspectivas y direccionar los conflictos. La energía en la palabra permitirá descubrir y entender.(5,7,13,16) Potter sugería que debería “elaborarse la construcción del saber con perspectivas interdisciplinarias” para superar los límites reflexivos de las disciplinas que permitiera la convivencia democrática y legitimidad al obrar conforme a ciertos valores comunes.(18) Por ello, la participación de profesores de otras cátedras fomentará el interés y enriquecerá la materia desde una visión multidisciplinar.(19)

El objetivo final de la enseñanza de la bioética será siempre aprender a deliberar, aunque la condición previa será el querer obrar bien. Este cambio de perspectiva y transformación de la formación desde el “enfoque socrático” nos dará orientaciones para la práctica profesional, la deliberación será efectiva y esto nos permitirá establecer el diálogo bioético, imprescindible para la vida en esta sociedad plural.(4,14)

### *Los Profesionales Sanitarios*

Es por esa enriquecida pluralidad de la sociedad por lo que hoy en día es tan importante enseñar bioética. Los Derechos Humanos (DDHH) constituyen una mínima base moral común de la humanidad pero todavía sigue siendo necesaria la construcción de un ambiente de respeto, tolerancia y diversidad por medio de un trabajo profundo de promoción y realización de esos valores. Mucho más necesario será la creación de este ambiente si lo encuadramos a los contextos sanitarios en los que parece haberse perdido la humanidad en el trato y el cuidado a las personas.

Heidegger es un autor de especial mención en relación a este tema, ya que trata sobre el sentido del ser en general y el cuidado como categoría fundamental y esencia del ser humano. Piensa que el ser humano está alienado tratando de dominar entes y cosas, olvidando el ser y “cosificando” al hombre como ocurre en ocasiones en el contexto de la atención sanitaria en los últimos tiempos. El ser humano necesita cuidados y depende de otro pero también cuida y tiene la capacidad de cuidar por lo que podemos deducir de ello la necesidad de humanización del cuidado. ¿Cómo está siendo entonces el cuidado de las personas si ahora tratamos de humanizarlo?

Nuevas y más complejas tecnologías son integradas en los contextos sanitarios y se ha producido un cambio de paradigma también en la relación clínica, a lo que la multidisciplinariedad de los equipos añade complejidad. La práctica de valores éticos

compartidos ayuda a proporcionar una asistencia de calidad pero la interprofesionalidad requiere de ese nuevo paradigma que permita un contexto de respeto y valores compartidos entre ellos y acorde con la población a la que atienden.(19) Los profesionales de la salud deben establecer un contrato con la sociedad, haciéndola conocedora de los determinantes sociales y culturales de la salud en el contexto en el que realizan su práctica. El cuidado conlleva implicación en diferentes dimensiones de la otra persona. Los profesionales solo podrán tener una visión holística del conjunto de esas dimensiones del paciente cuando consideren parámetros clínicos y éticos. Para que el progreso científico satisfaga de forma justa y equitativa su principal objetivo de mejorar las condiciones de vida de las personas en el planeta es imprescindible un marco ético normativo compartido por la mayoría y un enfoque humanista que promueva y proteja los derechos de las personas en un mundo globalizado.(4,6)

Pero, ¿cuáles son las percepciones de los profesionales? ¿Está el enfoque humanista presente en los contextos sanitarios de hoy en día? Esa es la cuestión que tratamos de resolver en este estudio, siguiendo la hipótesis de que los profesionales sanitarios no tienen interés por la bioética ni reconocen la importancia de la fundamentación de su trabajo. ¿Es quizás consecuencia de la calidad de la formación que han recibido? Esto es algo que incumbe a los estudiantes pero también a los docentes, siendo éstos últimos los responsables de que la bioética y su enseñanza sean disciplinas que evolucionen a la par, porque necesitamos individuos capaces de deliberar y participar activamente en la toma de decisiones sobre el desarrollo, sensibles a problemas éticos, capaces de reflexionar y actuar, ser tolerantes, democráticos y prudentes,(4,13) y que no sólo los conocimientos, sino las actitudes se observen en la práctica de cada día. Educar en bioética es una gran responsabilidad, y toma especial relevancia en este momento en el que, no solo los expertos, sino el conjunto de la sociedad debe enriquecerse en valores.

No se trata de una tarea sencilla ya que es un conocimiento que está en plena evolución y que continúa reflexionando tanto sobre la bioética como sobre la enseñanza.(14)

### ***Justificación de este estudio***

Pero esta evolución parece que no es paralela porque podría decirse que la bioética supone un lenguaje de minorías y que la amplia mayoría la deja a un lado después de haber pasado los exámenes sin mostrar mayor interés.(11) ¿Reflexionan los profesionales sobre lo que se hace en la práctica en comparación con lo que realmente se debería hacer? ¿Son conscientes de la fundamentación de su práctica? Una praxis sin teoría no tiene sentido. La complejidad técnica de hoy en día posibilita que las carencias cognitivas y humanas no sean siempre tan evidentes en la práctica pero parece que la reflexión y los recursos morales no son aprovechados lo suficiente como para enfrentar situaciones difíciles y conducirlos hábilmente.(9,11) Es por ello que el diálogo entre la comunidad académica y clínica se hace necesario para proveer a los individuos con las habilidades y confianza suficientes que permitan la aplicación de la teoría a la práctica, así como una formación en todas sus dimensiones.(11) Para identificar retos futuros y planificar estrategias educativas que faciliten esa aplicación, es de utilidad tener en cuenta los errores del pasado y conocer la opinión de los profesionales sobre las barreras que dificultan que la ética sea aprendida y aplicada como herramienta de resolución de conflictos y como medio de humanización del cuidado.(4)

### ***Resultados previstos***

Con el presente estudio se pretende conocer a pequeña escala cual es la importancia que los profesionales sanitarios dentro del contexto de los cuidados intensivos dan a la bioética, qué formación han recibido y su predisposición a mejorar en este aspecto.



En un principio fue considerada la multidisciplinariedad para la comparación de opiniones entre diferentes grupos profesionales, pero la proporción de ellos en los equipos es muy variable encontrando, por ejemplo, 5 fisioterapeutas entre 80 enfermeras. Para un estudio interdisciplinar de este tipo sería más recomendable utilizar muestras semejantes para obtener resultados significativos. Una propuesta interesante podría ser la comparación entre colegios profesionales o entre facultades de ciencias de la salud con estudiantes.

Por el momento, debido a la distribución de nuestra muestra, nos centramos en comparar las percepciones entre las diferentes unidades de cuidados intensivos. Suponemos una mayor sensibilidad en las unidades de neonatología y neurología, en contacto siempre con la problemática del principio y fin de la vida, que en cardiotorácica y general de adultos, aunque en ellas también estén presentes conflictos bioéticos en el día a día. Los datos recogidos nos darán una idea sobre el grado en el que cada unidad considera necesario involucrarse en asuntos de ética, no con datos objetivos, pero si desde el punto de vista de los que se encuentran “a pie de cama” con el paciente y su familia, siendo parte importante del momento de sus vidas por el que están pasando. Estos datos subjetivos nos van a acercar a la realidad de esos profesionales conociendo lo que les importa, lo que será el mayor interés de este trabajo. Partiendo de esa base, podrán plantearse unas estrategias educacionales adaptadas a las necesidades y con mayor posibilidad de aceptación, lo que contribuirá tanto a la evolución de la bioética como disciplina aplicada a la práctica profesional y de su enseñanza centrada en objetivos concretos.

## **OBJETIVOS**

Las profesiones sanitarias ofrecen servicios a la población en los que las implicaciones éticas son indiscutibles por las relaciones humanas que se establecen en el proceso. Como hemos comentado anteriormente, la complejidad de los entornos en los que hoy en día se ofrecen cuidados de salud puede dar lugar a la aparición de nuevos conflictos en la práctica. Para su reconocimiento y la dirección de éstos hacia las mejores soluciones, los profesionales deben estar suficientemente cualificados.

Las observaciones personales realizadas en el día a día de la unidad de cuidados intensivos reflejan una falta de interés de los profesionales con respecto a la bioética. Sus manifestaciones verbales son generalmente de rechazo por la complejidad de estos temas, así como sus actuaciones limitadas cuando se enfrentan a situaciones en relación con la toma de decisiones, la vulnerabilidad, la adecuación del esfuerzo terapéutico o el fin de la vida, entre otros. De aquí surge la hipótesis sobre la necesidad de una mayor promoción y formación en bioética entre los profesionales de la salud.

Es posible que cada grupo profesional tenga una perspectiva e implicación diferente en cuanto a los aspectos éticos que se dan en el proceso de salud, pero el objetivo común será siempre la mejora de la salud y el bienestar del paciente basado en el respeto a su dignidad como persona. Es por ello que todos los miembros del equipo multidisciplinar que engloban el cuidado holístico del paciente necesitan desarrollar sus conocimientos sobre aspectos éticos, por lo que conocer su opinión sobre qué prioridad le dan a la ética, qué temas consideran más importantes y cómo les gustaría aprenderlos nos dará claves para desarrollar medidas que mejoren la docencia.

Para verificar la asunción de esta hipótesis definiremos como objetivo general del presente estudio el conocer el punto de vista de profesionales de la salud sobre la

necesidad de la bioética en su práctica diaria en las unidades de cuidados intensivos.

Bajo este se englobarán los siguientes objetivos específicos:

- A. Definir la situación actual de teorías y técnicas de enseñanza de la bioética para las profesiones sanitarias.
- B. Desarrollar un cuestionario que permita conocer la perspectiva de los profesionales sanitarios en la unidad de cuidados intensivos en cuanto a su formación en bioética, su predisposición para conocer más y los métodos de aprendizaje que creen más efectivos.
- C. Analizar las opiniones recogidas realizando una comparación entre las diferentes especialidades de cuidados intensivos.
- D. Proponer medidas docentes que podrían desarrollarse para mejorar la enseñanza de la bioética en las profesiones sanitarias en base a los resultados obtenidos.

## **METODOLOGÍA**

La investigación cualitativa, de tradición interpretativa, busca describir y entender el sentido holístico de las experiencias individuales dentro del contexto dinámico de quienes lo están experimentando. Es por ello que el enfoque de este estudio se hace desde el punto de vista fenomenológico(20) al tratar de experiencias vividas por los profesionales de la salud con respecto a sus percepciones personales sobre la necesidad de la bioética, la formación que han recibido y su disposición a recibir más para desarrollar su competencia moral y aplicarla a su práctica asistencial en la unidad de cuidados intensivos.

Como hemos comentado anteriormente, la educación y la bioética han sido temas de interés desde sus inicios y continúan en constante evolución, por lo que su completo desarrollo podría resultar excesivo y fuera de los objetivos de este trabajo. Con la intención de delimitar el tema de estudio, se realiza una lectura genérica y no sistemática en libros de relevancia y documentos de otros trabajos realizados con anterioridad que sirvieron como bibliografía complementaria para orientar la dirección este trabajo.

Una vez revisados los antecedentes y el marco teórico del tema que tratamos, se profundiza en su situación actual a través de una revisión sistemática. Para ello se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos nacionales e internacionales Cuiden, PubMed, Scopus y CINHALL. Los criterios de inclusión para la selección de los artículos y revisiones fueron estar publicados en los últimos 8 años; en los idiomas inglés, español, portugués o italiano; con disponibilidad de texto completo; y encuadrados en la temática de interés para este estudio.

Por la complejidad de la temática, no hay un gran número de artículos que relacionen la bioética con su enseñanza en las profesiones sanitarias. Además, se excluyeron todas aquellas publicaciones que no respondían a la mayoría de los criterios citados anteriormente. Como se observa en el flujograma expuesto en la *Figura I*, se realizó una revisión primaria de artículos con la que se descartaron 76. Las publicaciones repetidas y la falta de disponibilidad de otras redujeron este número a 29. Finalmente, 16 artículos fueron seleccionados atendiendo a su mayor adecuación a los temas de interés que clasificamos en tres grupos:

- A. La Bioética y los valores
- B. El proceso de enseñanza-aprendizaje y la formación
- C. Los profesionales sanitarios y sus percepciones

La *Figura II* muestra cómo se distribuye la relación del contenido de los artículos en cuanto a su número. La mayoría establece una relación entre la bioética y la enseñanza, pero un número significativo de ellos también tiene en cuenta las profesiones sanitarias. Es por ello que se deduce que la selección de artículos está bien delimitada. En la *Tabla I* adjunta en el Anexo 1 se resumen sus características en cuanto a autor, revista, año de publicación, tipo de estudio y temática, ésta última según los tres grupos clasificados anteriormente en este apartado.

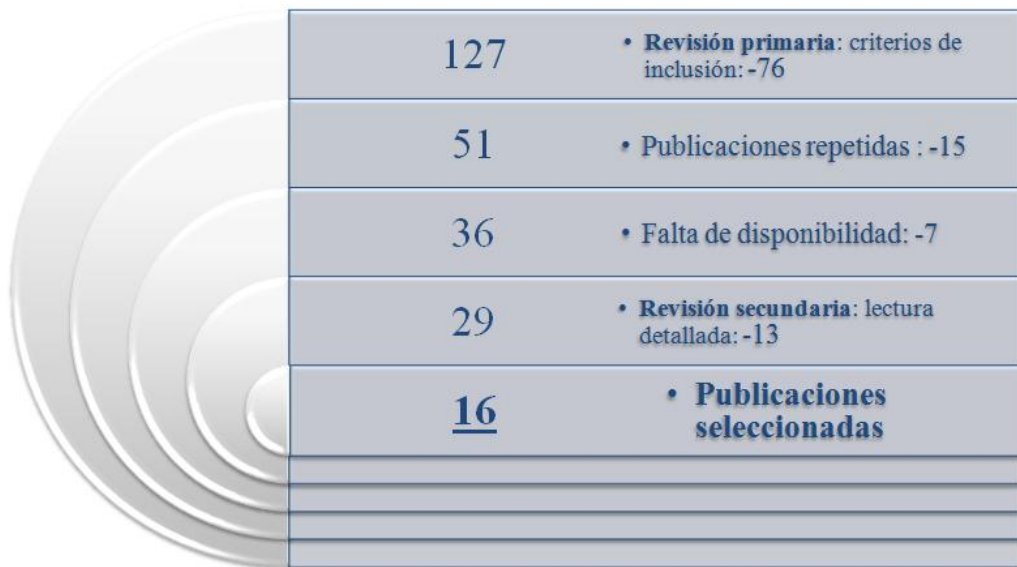


Figura I: Flujograma

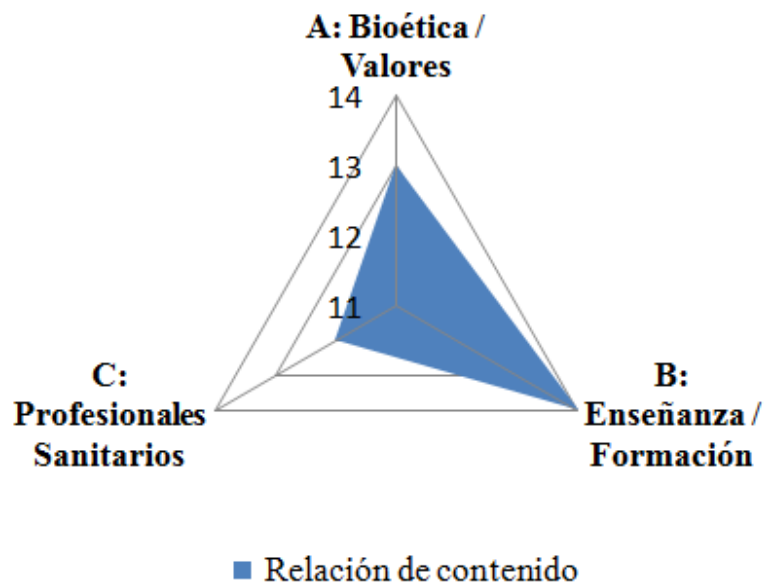


Figura II

En base a la información revisada se observan carencias en las publicaciones existentes en cuanto a las percepciones de los profesionales sanitarios en cuanto a su formación en bioética, siendo ésta una de las justificaciones de nuestro estudio.

Centrándonos en los objetivos de este trabajo, se desarrolló un cuestionario sobre las creencias y percepciones sobre la bioética, la formación y su predisposición para ella. Consiste en 10 preguntas: 2 de elección múltiple, 3 de respuesta abierta y 5 a responder sobre una Escala de Likert. Incluye también datos demográficos sobre edad, género, nacionalidad, religión, profesión, país de formación, unidad en la que presta sus servicios y años de experiencia profesional. El lenguaje en el que se desarrolla es en inglés debido a que se enmarca en el contexto de las unidades de cuidados intensivos del *OUH NHS Foundation Trust*<sup>1</sup> en el Reino Unido. Una copia de éste se adjunta en el Anexo 2.

El desarrollo del estudio se llevó a cabo entre los meses de Abril y Junio del año 2019. El tamaño de la muestra es de 86 participantes, incluyendo a diferentes grupos profesionales de forma aleatoria, por lo que no es representativo. El acercamiento se realizó a través de la entrega de la documentación para rellenar de forma libre y voluntaria, y que, una vez finalizada, depositaron en una cajetilla en la misma unidad, lo que aseguró su confidencialidad y anonimato. Previamente fueron informados por correo electrónico. Se garantizó su derecho a abstenerse y retirar su participación en cualquier momento. Para su validez y corrección ética debido a la implicación de personas humanas en el presente estudio se obtuvo la aprobación expresa del Comité de Ética Asistencial del mismo hospital.

---

<sup>1</sup> El Oxford University Hospitals es un conjunto hospitalario perteneciente al sistema nacional de salud británico y que ofrece servicios a la población del condado de Oxfordshire en el Reino Unido.

Los datos recogidos se exponen y analizan de modo que se compare la diferencia o similitud de opiniones entre las diferentes especialidades en cuidados intensivos del mismo hospital: cardiorácica, neonatal, neurología y general de adultos. Los resultados no pueden generalizarse a toda la población pero sí serán de interés para realizar una estimación precisa de las percepciones de un porcentaje de ella. Al tratarse de una muestra pequeña, el presente trabajo sirve como piloto para la validación de este cuestionario en vistas de investigaciones a desarrollar en un futuro próximo. La transparencia en la transmisión de los datos aumenta su calidad y permitirá a otros investigadores valorar críticamente los hallazgos y llegar a sus propias conclusiones.



## RESULTADOS

De un total de 125 cuestionarios repartidos, se recibieron de vuelta 86 dando esto un ratio de respuesta del 68,8%. Esto nos da una primera impresión de falta de interés sobre el tema y/o colaboración con este estudio. Esta muestra, por tanto, no será significativa pero nos servirá para la validación de este cuestionario así como para tener una idea general sobre los temas que tratamos.

En primer lugar, la *Tabla II* expone las características de la muestra en número y porcentaje. Como observamos, hay mayor participación de profesionales de enfermería en la unidad cardiorácica de cuidados intensivos. Debido a la diferencia significativa en cuanto a participación entre los profesionales, este estudio se centrará mayormente en la enfermería de las diferentes especialidades. El resto de variables son incluidas en el cuestionario porque podrán servir de interés para investigaciones futuras, como ya se ha especificado anteriormente.

Los años de experiencia profesional se han clasificado desde 20 años atrás, cuando la Asociación Médica Mundial publicó en 1999 la recomendación de incluir la ética y la enseñanza en derechos humanos en todas las escuelas médicas del mundo. Se presupone que los individuos con más de 20 años de experiencia profesional, que son la minoría, han recibido menor formación universitaria en bioética. Por las diferencias que pueden existir en los currículos universitarios, también se recogió información sobre la nacionalidad y el país en el que se recibió la formación. Como podemos comprobar, el Reino Unido y España lideran en cuanto a frecuencia a este respecto. Los porcentajes de los dos Estados se encuentran muy próximos, debido al elevado número de profesionales que se desplazan desde nuestro país para trabajar en el NHS (*National Health Service*). Además de estos dos, se localizan en la tabla otros diez países de

procedencia así como diez creencias religiosas diferentes. Estos datos son prueba de la pluralidad y la riqueza cultural que se vive en el Reino Unido en la actualidad, por lo que un estudio de mayor base antropológica que los interrelacionara sería de gran interés pero excede los objetivos de este trabajo.

Una vez clasificados los datos demográficos, las preguntas del cuestionario se agrupan en tres secciones dirigidas a conocer sus conocimientos y el interés por la bioética (*Tabla III*), su percepción sobre la formación que han recibido (*Tabla IV*) y su disposición a recibir mayor formación a través de diferentes métodos (*Tabla V*). Los resultados numéricos, se encuentran expuestos en cuanto a frecuencia y porcentaje en las tablas mencionadas anteriormente y adjuntas en el Anexo 3.

Además, cada sección cuenta con una pregunta abierta donde se recogen comentarios libres de los participantes. Las cuestiones planteadas y las opiniones transmitidas se revelan a continuación. Por la fuerza de su versión original en inglés, los comentarios transmitidos por los participantes se presentan en este idioma añadiendo una traducción propia de cada uno de ellos a pie de página.

***¿Qué situaciones en relación a la bioética encuentra frecuentemente en su práctica?***

Con respecto a esta pregunta, los profesionales hablan sobre los derechos de los pacientes, mencionando con frecuencia la confidencialidad y la privacidad. También las diferencias culturales, de género y religiosas planteando situaciones difíciles en la práctica como pueden ser las transfusiones de sangre, los trasplantes de órganos o incluso la leche materna donada que, como comentan desde la unidad neonatal, también puede suponer rechazo por algunas culturas.

La muerte y el final de la vida son situaciones que se encuentran en todas las unidades de cuidados intensivos, así como la toma de decisiones en cuanto a la limitación del esfuerzo terapéutico y la orden de no resucitar (*DNCPR* o “*purple form*” en el Reino Unido). El encarnizamiento terapéutico y la futilidad médica también son temas que aparecen, al observar en la práctica pacientes que sufren por tratamientos que no están teniendo resultados favorables. Son frecuentes los comentarios sobre los cuidados paliativos y el manejo del dolor en pacientes críticos. Además, se dan situaciones en cuanto al daño cerebral, los trastornos de consciencia y las patologías psiquiátricas que dificultan el cuidado de estos pacientes.

En la unidad cardiotorácica se recogen numerosos comentarios sobre pacientes quirúrgicos de edad avanzada y el proceso de decisión sobre si éstos deberían ser sometidos a ella o no. Algunos comentarios recogidos dicen:

*“We stented a 90 year old lady post arrest/MI (myocardial infarction) – who when woke up wanted no further care. Family were upset - but I agreed with her”*<sup>2</sup>

*“Evaluation of the pros/cons of treatment, prognosis and decision of treatment based on the patient’s will, ethics and quality of life and death”*<sup>3</sup>

En la unidad intensiva de cuidados neurológicos se hace mayor referencia a la capacidad mental de los pacientes y la toma de decisiones en su beneficio.

*“Enrol patient unable to consent into research studies”*<sup>4</sup>

---

<sup>2</sup> “Pusimos un stent a una señora de 90 años después de una parada cardio-respiratoria/infarto de miocardio – la cual, cuando se despertó, no quiso más tratamiento. Su familia estaba molesta – pero yo estaba de acuerdo con ella.”

<sup>3</sup> “Evaluación de los pros/contras del tratamiento, pronóstico y decisión de tratamiento basados en la voluntad del paciente, la ética y la calidad de la vida y la muerte.”

*“Patients not having mental capacity – what level of treatment is in their best interest?”<sup>5</sup>*

También son más frecuentes en este servicio los comentarios recogidos con respecto al test de muerte cerebral, la eutanasia y la donación de órganos. Les preocupa la excesiva “prolongación de la vida” y los conflictos de valores que surgen con respecto a su calidad. Una de las enfermeras comenta al respecto de la bioética:

*“Whatever you do in life and in practice.”<sup>6</sup>*

Las situaciones que parecen preocupar con mayor frecuencia en la unidad de neonatos tratan sobre los partos demasiado prematuros, como son los bebés que nacen en la semana 22 de embarazo. Les preocupa su “viabilidad límite” y la ética de dar tratamiento completo o resucitar a estos pacientes que en ocasiones presentan enfermedades incompatibles con la vida o resultados inciertos. Las enfermeras comentan:

*“Moral distress of staff when caring for babies who they think have lives “not with living”<sup>7</sup>*

*“Keeping patients “alive” and keeping them breathing but not having any real quality of life”<sup>8</sup>*

*“Trialling various methods, regardless of whether they work”<sup>9</sup>*

*“Uncertain results – sometimes we see “miracles” here.”<sup>10</sup>*

---

<sup>4</sup> “Inscribir a pacientes incapaces de consentir en estudios de investigación.”

<sup>5</sup> “Pacientes que no tienen capacidad mental – ¿qué nivel de tratamiento es en su mejor interés?”

<sup>6</sup> “Cualquier cosa que haces en la vida y en la práctica.”

<sup>7</sup> “Angustia moral del personal cuando cuida de bebés que piensan que tienen vidas “sin vida.”

<sup>8</sup> “Mantener a pacientes “vivos” y mantenerlos respirando pero sin tener calidad de vida real.”

<sup>9</sup> “Pruebas de varios métodos, independientemente de si funcionan.”

<sup>10</sup> “Resultados inciertos – a veces vemos “milagros aquí.”

También en la unidad de cuidados intensivos general de adultos se menciona el manejo de pacientes quirúrgicos de edad avanzada. Aparecen comentarios sobre el manejo del dolor en pacientes que no pueden comunicarse. También casos de pacientes que no desean colaborar después de un cambio ocurrido en su vida (por ejemplo, pacientes después de una hemiplejía).

**¿Cómo describiría sus actuaciones al respecto? ¿Qué limitaciones ha encontrado?**

En todas las unidades, sin diferencias significativas, se describen actuaciones y limitaciones de la práctica diaria en los cuidados intensivos en relación a la bioética. Por lo general, los profesionales refieren tener escasos conocimientos sobre la bioética y dificultades a la hora de actuar o incluso referirse a ella:

*“I don’t really know what bioethics means (I am ashamed to admit!)”<sup>11</sup>*

*“I don’t know much about it... I give my opinion but I don’t feel completely comfortable.”<sup>12</sup>*

*“My knowledge about bioethics is limited. I adhere to the Mental Capacity Act and work with the rest of the MDT in the best interest of the patient.”<sup>13</sup>*

Los profesionales refieren actuar siempre como “abogados del paciente”, respetando su dignidad y esforzándose para conseguir que las limitaciones que existan en la práctica resulten en beneficio del paciente. Se menciona escasamente el uso de protocolos, guías de actuación, recomendaciones de órganos superiores como el NMC (*Nursing and*

---

<sup>11</sup> “Realmente no sé qué significa la bioética (¡me da vergüenza admitirlo!)”

<sup>12</sup> “No sé mucho sobre ello... Doy mi opinión pero no me siento totalmente cómodo.”

<sup>13</sup> “Mi conocimiento sobre la bioética es limitado. Me adhiero al “Mental Capacity Act” y trabajo con el resto del equipo multidisciplinar en el mejor interés del paciente.”

*Midwifery Council*) o la legislación vigente como el MCA (*Mental Capacity Act*). La mayoría de comentarios hacen referencia a la falta de información y recursos actualizados. El desconocimiento sobre la Ley se menciona como algo preocupante, al no saber hasta dónde llega y cuando las decisiones pueden ser juzgadas:

*“We are sometimes in between the legal actions and the action which requires human dignity and reasonability.”<sup>14</sup>*

*“Sometimes you feel scared if you are doing something against protocols and law matters.”<sup>15</sup>*

Se habla del trabajo en equipo como el mejor recurso para aportar un cuidado de calidad, creando asociación entre los profesionales, el paciente y la familia. Al mismo tiempo, llama la atención que en todas las unidades aparecen referencias a la falta de comunicación y diálogo en el equipo multidisciplinar, en especial entre enfermeras y médicos como una gran limitación:

*“Not having a voice.”<sup>16</sup>*

*“Sometimes there are disagreements within the team and there is no place where to discuss properly about this issues. I would like to discuss all difficult situations and concerns about this matter with my colleagues and the MDT.”<sup>17</sup>*

---

<sup>14</sup> “Algunas veces estamos entre las acciones legales y la acción que requiere dignidad humana y razonabilidad.”

<sup>15</sup> “A veces te sientes asustado por si estás haciendo algo en contra de los protocolos y las cuestiones legales.”

<sup>16</sup> “No tener voz.”

<sup>17</sup> “A veces hay desacuerdos dentro del equipo y no hay un lugar donde discutir adecuadamente sobre estas cuestiones. Me gustaría poder discutir todas las situaciones difíciles y preocupaciones sobre este asunto con mis compañeros y el equipo multidisciplinar.”

*“Sometimes it seems like our opinion doesn’t matter...”<sup>18</sup>*

*“We are not always involved in the decision process leaving us following a plan that we do not agree or is not in the best interest of the patient.”<sup>19</sup>*

*“I find myself restricted to what superiors at work decide...”<sup>20</sup>*

*“I find difficult to communicate with doctors when patient quality of life decrease due these situations and doctors still want to give full treatment.”<sup>21</sup>*

*“Nurses are not listened to enough. We spend the majority of our time with these patients. Our views should be valued more.”<sup>22</sup>*

Esta falta de comunicación entre los equipos parece llevar a situaciones confusas. Las decisiones cambian y no hay continuidad en los planes de cuidados:

*“Different consultants, different opinions and practice. I believe this creates confusion and it limits the nursing staff in how to act or how to deal with the care of (e.g.) end of life patients.”<sup>23</sup>*

*“Different health care professionals with mixed approaches.”<sup>24</sup>*

Además de esto, en las unidades de cuidados intensivos difícilmente puede valorarse la opinión de los pacientes si no se conoce de antemano. También surgen conflictos

---

<sup>18</sup> *“A veces parece que nuestra opinión no importa...”*

<sup>19</sup> *“No siempre estamos involucrados en el proceso de toma de decisión, lo que nos deja siguiendo un plan con el que no estamos de acuerdo o no es en el mejor interés del paciente.”*

<sup>20</sup> *“Me encuentro restringido a lo que los superiores en el trabajo deciden...”*

<sup>21</sup> *“Me resulta difícil comunicarme con los médicos cuando la calidad de vida del paciente disminuye debido a estas situaciones y los médicos todavía quieren dar tratamiento completo.”*

<sup>22</sup> *“Las enfermeras no son escuchadas lo suficiente. Pasamos la mayor parte de nuestro tiempo con estos pacientes. Nuestras opiniones deben valorarse más.”*

<sup>23</sup> *“Adjuntos diferentes, opiniones y práctica diferentes. Creo que esto crea confusión y limita al personal de enfermería sobre cómo actuar o cómo tratar con el cuidado de (por ejemplo) pacientes al final de la vida.”*

<sup>24</sup> *“Diferentes profesionales sanitarios con enfoques mixtos.”*

cuando no existe acuerdo entre las preferencias del paciente, los familiares y el equipo multidisciplinar, y es necesario tomar decisiones:

*“Different individual moral feelings conflicting care e.g. medical staff and relatives.”<sup>25</sup>*

*“Who decides what’s better for the patient? The patients themselves or the clinicians?”<sup>26</sup>*

*“Should be empathetic rather than becoming sympathetic”<sup>27</sup>*

*“Sometimes parents may go “too far” in dictating care/rules/prohibitions. It is really challenging to weigh their preferences with the babies’ best interest.”<sup>28</sup>*

*“It is difficult being close and empathic with someone that you barely know in situations of life and death... and make decisions that will change their destiny.”<sup>29</sup>*

### ***¿Sobre qué temas de bioética estaría interesado en aprender?***

Los profesionales creen necesitar mayor formación en bioética. Están interesados en conocer dónde encontrar información actualizada y apropiada que les permita aplicar la ética a su práctica diaria para la toma de decisiones. Se mencionan los Derechos Humanos, los derechos de los pacientes, la empatía, el entendimiento intercultural y la diversidad de creencias.

---

<sup>25</sup> *“Diferentes sentimientos morales en conflicto en el cuidado, como por ejemplo, entre el personal médico y los familiares.”*

<sup>26</sup> *“¿Quién decide lo que es mejor para el paciente? ¿Los mismo pacientes o los clínicos?”*

<sup>27</sup> *“Debería ser empático en lugar de simpático.”*

<sup>28</sup> *“A veces los padres pueden ir “demasiado lejos” dictando cuidados/normas/prohibiciones. Es realmente desafiante sopesar sus preferencias con el mejor interés para los bebés.”*

<sup>29</sup> *“Es difícil ser cercano y empático con alguien que apenas conoces en situaciones de vida o muerte... y tomar decisiones que cambiarán su destino.”*



*“Learning about subjects as a whole.”<sup>30</sup>*

*“Something that I can implement in my practice.”<sup>31</sup>*

*“How decisions about what is moral are made.”<sup>32</sup>*

*“I believe that we need more up to date training, as it is not given in the Trust.”<sup>33</sup>*

*“How bioethics can be more useful on day by day.”<sup>34</sup>*

*“Bioethics in the daily practice of critical care nursing.”<sup>35</sup>*

*“Understanding a greater overview in all ethics.”<sup>36</sup>*

El final de la vida, los cuidados paliativos, la limitación del esfuerzo terapéutico y la eutanasia son los temas que aparecen con más frecuencia en todas las especialidades. Se mencionan la orden de no resucitar (DNCRP) y cómo llevar a cabo el proceso, el momento de la “extubación compasiva” y el de “apagar el ventilador”.

*“Everything related to death.”<sup>37</sup>*

*“Sharing the knowledge that we are all going to die at some point and death is part of our nature.”<sup>38</sup>*

---

<sup>30</sup> “Aprender sobre los temas en su conjunto.”

<sup>31</sup> “Algo que pueda implementar en mi práctica”.

<sup>32</sup> “Cómo se toman las decisiones sobre lo que es moral.”

<sup>33</sup> “Creo que necesitamos más formación actualizada, ya que no se da en el “Trust”.”

<sup>34</sup> “Cómo la bioética puede ser más útil en el día a día.”

<sup>35</sup> “La bioética en la práctica diaria de los cuidados críticos de enfermería.”

<sup>36</sup> “Entender una visión más amplia de toda la ética.”

<sup>37</sup> “Todo lo relacionado con la muerte.”

<sup>38</sup> “Compartir el conocimiento de que todos vamos a morir en algún momento y la muerte como parte de nuestra naturaleza.”

También aparece un gran interés por el consentimiento informado, el proceso de toma de decisiones y el manejo de situaciones conflictivas. Para esto proponen como interesante las habilidades de comunicación con el paciente y la familia, el profesionalismo y las técnicas para evitar el “burnout del profesional”. También la valoración de prioridades en cuanto a pros y contras de los tratamientos y cuidados.

*“Help to face situations for the everyday’s’ job.”<sup>39</sup>*

*“Where are the boundaries on the line that we should draw when you are giving an intense full treatment to someone that is clearly more death than alive?”<sup>40</sup>*

*“Having patients really unstable but you are asked to mobilise them and check pressure areas. What is the benefit of that? What’s the priority?”<sup>41</sup>*

*“Should we respect patient’s decisions always or intervene with the baby’s best interest in mind?”<sup>42</sup>*

Se mencionan temas comentados anteriormente sobre los principios de la bioética, la calidad de vida, la donación de órganos, la huelga de hambre y los ensayos clínicos con humanos. También es de interés la ciberseguridad y las llamadas “*breaking bad news*” (*malas noticias de última hora*). Como temas novedosos se recogen propuestas sobre genética, clonación y biotecnología, lo que significan y el impacto futuro que pueden tener.

---

<sup>39</sup> “Ayuda para enfrentar situaciones para el trabajo diario.”

<sup>40</sup> “¿Dónde están los límites en la línea que deberíamos dibujar cuando estás dando tratamiento intensivo a alguien que está claramente más muerto que vivo?”

<sup>41</sup> “Teniendo pacientes que están realmente inestables pero te piden que los movilices para revisar las zonas de riesgo de úlceras por presión. ¿Cuál es el beneficio de eso? ¿Cuál es la prioridad?”

<sup>42</sup> “¿Debemos respetar siempre las decisiones del paciente o intervenir teniendo en cuenta el mejor interés para el bebé?”

Como interesante para la formación también proponen una metodología participativa con clases interactivas, ejemplos de posibles situaciones y líneas de actuación. Consideran interesante mezclar a diferentes profesionales del MDT (*multidisciplinary team*), discutir casos y hacer roll-playing. También, hacer reuniones con pacientes y sus familias para conocer sus historias personales de su paso por los cuidados intensivos, lo que puede ayudar a ampliar la visión de los profesionales hacia un cuidado más humano.

## DISCUSIÓN

Para el análisis de los resultados obtenidos en este trabajo se podría haber profundizado más en el estudio estadístico de los datos pero el valor cualitativo de éstos ha sido suficiente para alcanzar los objetivos de este estudio así como lo que ha enriquecido su argumento. Como hemos comprobado en su descripción, la investigación cualitativa sobre la percepción de los profesionales nos da una visión más amplia de su verdadera opinión, de conocer lo que sienten y lo que necesitan expresar. La subjetividad es el tipo de conocimiento de nuestras profesiones de relación humana y contacto con las personas, por lo que debe tener el mismo valor que lo objetivo que nos aporta la parte científica de ellas. Ya en el siglo XXI debemos tratar de ser conscientes de la necesidad de volver al humanismo de las profesiones sanitarias.

Al ser la bioética un tema que para muchos de los participantes era nuevo o desconocían de su implicación en el contexto socio-sanitario, se observan muchas preguntas en blanco así como falta de identificación de situaciones que tienen presentes a diario y ocurren cada día en la práctica de los cuidados intensivos. El simple hecho de que una enfermera realice sus cuidados cuando está cansada ya es una cuestión bioética. Tanto éste como otros muchos ejemplos, nos dan indicaciones de que la bioética sigue implícita. Llama la atención que les es más fácil expresar sus limitaciones, por lo que se podría afirmar que, en parte, son conscientes de su importancia pero no de que la bioética es la base que fundamenta su práctica.

Afirma Sánchez(21) que para que un buen profesional sepa reconocer la dignidad y el valor del ser humano con el que trata, primero debe tomar consciencia del significado de su práctica, lo que requiere información y reflexión. Según Mezirow, los profesionales deben preocuparse por el “por qué” de sus acciones para que se dé un

aprendizaje transformador,(5,22) que es lo que buscamos con la enseñanza de la bioética. Por estas carencias también se deduce la baja participación en el cuestionario, por falta de interés o, en ocasiones, por vergüenza de reconocer el desconocimiento sobre esta disciplina. Ésta era la hipótesis inicial de esta investigación y una de las principales justificaciones de este estudio, que ahora podemos comprobar y discutir.

Las características de la muestra estudiada son muy variadas, lo que indica su inclusión en una sociedad plural y multicultural. La mayoría de las personas encuestadas son enfermeras de la unidad cardiorábrica de cuidados intensivos, menores de 50 años y con menos de 20 años de experiencia profesional. Según estos datos, deducimos que han recibido formación en bioética según la nueva concepción profesional práctica y reflexiva que se ha ido creando con el surgimiento de teorías de aprendizaje que promueven el desarrollo de la identidad profesional basado en la reflexión crítica.(23)

Van Rensselaer Potter ya aportó un cambio de perspectiva a los estudios sobre la ética en su publicación *Bioethics: Bridge to the Future*. Señaló la necesidad de reflexionar sobre lo que la humanidad puede hacer en cuanto a las consecuencias que trae el desarrollo científico tecnológico. Se trata de una información pasada y presente que alienta a preparar a las nuevas generaciones para la resolución de conflictos éticos por medio de la educación y la cooperación internacional.(18,24) Lave y Wenger exponían también la necesidad de valores y actitudes para el desarrollo de una identidad profesional de reflexión crítica y centrada en el paciente,(23) del mismo modo que Habermas consideraba la reflexión crítica y la comunicación como instrumentos de cambios socioeducativos en su propuesta sobre la Ética de la Comunicación o Ética del Discurso.(9) Como antes hemos comentado, según Mezirow, estimular al estudiante a ver las diferentes perspectivas del mundo y desarrollar, lo que él llama, un aprendizaje comunicativo permite la reflexión crítica y el cuestionamiento sobre los objetivos,

valores y normas de las sociedades en las que realizamos nuestra práctica, lo que moverá las acciones futuras.(5,23) A veces, esta enseñanza puede suponer un desafío cuando el cuidado de la salud se evalúa por resultados medibles y el aprendizaje tiene objetivos basados en competencias en las que el razonamiento ético se olvida.(11) Pero la educación de los profesionales en bioética en estos últimos años se ha tratado de enfocar desde esta perspectiva que, como vemos, numerosos autores consideran como la más adecuada para el cambio social. Se trata de un nuevo modelo de enseñanza, que como ya comentábamos, pasa del enfoque pedagógico al socrático o, como denomina Adela Cortina, del “modelo adoctrinador” en el que el alumno es un sujeto pasivo al “modelo educador” que promueve su reflexión crítica y la argumentación propia.(4)

Considerando la enseñanza que los profesionales de este estudio han recibido durante su formación pre-grado, aproximadamente la mitad de ellos la califican como neutral, cerca del 28% buena y un 15% mala. Las opiniones son similares cuando hablamos de formación post-grado, donde el 27% también la considera buena, aparece un 15% que la consideran mala pero a este porcentaje se añade un 13% que la considera muy mala. No todos habrán realizado un máster o un doctorado, pero si están en contacto con cursos post-grado de formación continuada. Diferentes corrientes argumentan que la bioética debe ser una disciplina esencial de formación continua, a la que dedicar tiempo y recursos, y que su enseñanza no podrá tener el mismo modelo y técnicas en todos los niveles de formación.(4) Pero de nuestros resultados podemos deducir que la formación continua o la inclusión de la bioética en los cursos de post-grado no ha sido suficiente en calidad y/o cantidad por lo que los profesionales muestran descontento.

Una propuesta educativa aplicable a la ética y que se presenta como un proceso de aprendizaje que dura toda la vida por tener un desarrollo constante es la Educación Permanente (EP), especialmente significativa en las sociedades dinámicas en las que

vivimos hoy en día. Ésta trata de promocionar los conocimientos y el cambio de actitudes para formar a sujetos tolerantes, con capacidad de adaptación y de participar en la transformación reflexiva y crítica.(4) En este caso concreto que estudiamos del *OUH NHS Foundation Trust*, la formación continuada está regulada según los estándares del NMC. Se organiza por medio de cursos formativos cortos en cuanto a materias prácticas, como pueden ser “*Resucitación*” o “*Manejo Manual*”; y se complementan con un sistema de e-Learnings de actualización de conocimientos, todos ellos con obligación de renovarse cada uno o tres años. Es verdad que en éstos no se hace mención explícita a la bioética pero si existen cuatro paquetes formativos que enlazan con temas que nos incumben desde la perspectiva de la bioética y el bioderecho. Éstos son “*Mental Capacity Act*”, “*Identificación y apoyo a víctimas de la esclavitud moderna*”, “*Salvaguardar adultos vulnerables*” y “*Prevenir la radicalización*”. Estos temas escasamente se han visto comentados en las preguntas abiertas de los cuestionarios por lo que suponemos que los participantes no han tenido la capacidad de asociarlos al tema en cuestión o ha sido un aprendizaje difuso y que no está fresco en sus mentes en el día a día. ¿Puede ser que la metodología de su enseñanza no haya sido la adecuada?

Como vemos en la literatura revisada, el método de e-Learning no está lo suficientemente estudiado todavía como para valorar sus utilidades, pero lo que si podemos deducir a partir de estos resultados es que si la formación no es reflexiva y crítica, no permanece. Desde mi punto de vista, el método de e-Learning tiene impacto visual, permite una lectura amena y ofrece una evaluación tipo “quiz” que resulta sencillo desde el punto de vista cognoscitivo pero todo ello se realiza de forma individual, de modo que se pierde así la interacción con los demás y la práctica de la deliberación, que corresponde al objetivo primordial de la enseñanza de la bioética. En

nuestro estudio, a pesar de que la mayoría de la muestra escoge el taller como mejor método para la formación en bioética, el e-Learning y la clase magistral le siguen con un alto porcentaje. Podría ser, por lo tanto, que este método necesite una revisión en cuanto a su enfoque y evaluación para aportar los resultados satisfactorios que los profesionales esperan obtener de él. Es sorprendente el alto porcentaje en cuanto a preferencias que obtiene también la clase magistral. Quizás un equilibrio entre varios modelos docentes que se complementen, como afirma Sánchez,(21) podría considerarse a la hora de plantear un programa formativo en bioética. También expone Rego(25) que el abordaje didáctico será apropiado siempre que cumpla los objetivos pedagógicos deseados, lo que debería tenerse en cuenta a la hora de evaluar la eficacia de cada metodología empleada. En este caso concreto, vemos que los resultados no han sido satisfactorios.

Puede que este sea otro de los motivos por el que los profesionales eligen el taller como método preferencial, y proponen metodologías participativas en las que haya interacción multidisciplinar. Por ejemplo, el curso de “Transporte de pacientes intra e interhospitalario” en el *Trust* sigue esta dinámica. Diferentes profesionales de diferentes servicios se exponen a situaciones complicadas (la mayoría de ellas técnicas) que deben resolver tal cual lo harían en la práctica real. ¿Por qué no un curso así sobre bioética planteando conflictos decisivos? Según los estudios revisados, los mejor encaminados hacia el aprendizaje para la deliberación son éstos métodos de Aprendizaje Basado en Problemas y Aprendizaje Cooperativo en los que, como dice Rodríguez-Borrego,(17) se fomenta la interdependencia positiva, se desarrolla la responsabilidad individual y grupal, se lleva a cabo una interacción constructiva y se practican habilidades de comunicación verbal y no verbal. Esto se acerca más a la realidad diaria de las profesiones sanitarias, para las que estas competencias serán necesarias, en especial la



interacción y comunicación con el grupo, que ha sido una de las principales limitaciones detectadas por los profesionales de nuestro estudio.

La dificultad de la comunicación en el equipo profesional y con los usuarios crea situaciones confusas y agrava la complejidad de sucesos suficientemente conflictivos ya de por sí. Ejemplo de esto es uno de los casos planteados recientemente en la unidad cardiorrácica, en el que un paciente de edad avanzada, después de una cirugía y una estancia de 3 meses con progresos muy lentos, es referido por uno de los médicos adjuntos al equipo de cuidados paliativos. Esta decisión fue basada en el testimonio de la hija del paciente, su único familiar, que refería la voluntad de su padre previa a la cirugía de que no querer vivir esa situación (a falta de un documento de voluntades anticipadas); siendo en ese momento el estado del paciente depresivo, sufriendo crisis de ansiedad frecuentes y un estado de consciencia disminuido que lo hacía incapaz de poder tomar esta decisión de forma autónoma. Al día siguiente, esa remisión se cancela por otro médico adjunto al cargo del equipo ese día al considerar que el paciente tiene posibilidades de recuperación, dando esperanzas a su hija sobre el pronóstico. Si la mayor parte del equipo implicados en el cuidado del paciente y la familia estaban de acuerdo con la primera decisión, ¿cómo es posible que se ésta se revierta al día siguiente sin previa discusión? ¿Por qué no es un solo médico, el responsable del paciente, quien realiza un seguimiento de su proceso para elaborar el mejor plan? Este caso todavía no ha sido resuelto y está causando estrés en el equipo y la familia, ya que continúa recibiendo tratamiento activo; esperando todos su resolución en el mejor interés del paciente.

En cierto modo, la institución sanitaria tiene parte de responsabilidad, ya que debe proporcionar momento y espacio apropiado para que se dé la discusión y el diálogo sobre asuntos en el equipo. Del mismo modo que se hacen reuniones entre los cirujanos,

por ejemplo, en vistas a mejorar las técnicas utilizadas actualmente, este otro tipo de reuniones también deben ocurrir para compartir ideas y que cada miembro tenga su oportunidad de expresión, satisfaciendo así esta necesidad que las enfermeras ven frustrada. Está claro que el proceso de toma de decisiones en este caso no ha sido el ideal y que la comunicación ha fallado, como en numerosos comentarios recogidos en nuestro cuestionario. Según Noreña,(5) la inteligencia emocional es definida como *“la capacidad que tenemos nosotros de reconocer las emociones y los sentimientos propios y no propios, y de conducir las relaciones que tenemos nosotros mismos con los otros”*. La práctica de esta búsqueda de emociones e interrelaciones nos facilitará el diálogo y la comunicación para su posterior desarrollo en el contexto social de nuestra práctica, que como vemos, necesita ser desarrollada por todos los profesionales del equipo. Si las enfermeras parecen no ser tenidas en cuenta podría insistirse en su formación sobre expresión y formas de comunicación, del mismo modo que en los médicos podría hacerse mayor hincapié sobre escucha activa.

Como otro método formativo, el cine es otra opción que se reconoce como bien aceptada entre los participantes, que también crea emociones y nos aporta una visión de situaciones complejas de la realidad. Un fórum grupal organizado posterior a la visualización, facilitará el intercambio de información para su descripción y el apunte de todas las perspectivas posibles a tener en cuenta para tratar de buscar la mejor solución moral, que es justo en lo que consiste la deliberación ética. Tanto el cine como las técnicas grupales comentadas, a través de la práctica de este discurso ético, promoverán la utilización del un lenguaje moral. Estas herramientas serán clave para que los problemas de comunicación en los equipos se solucionen derivando en un mejor entendimiento y, con ello, mejores soluciones para los pacientes. Cabe añadir que, según Eriksen,(22) para que la comunicación entre profesionales sea efectiva debe

desarrollarse la humildad profesional. Con esta actitud de apertura a los otros podrán compartirse conocimientos que favorecerán el desarrollo conjunto de las disciplinas.

Continuando con los métodos formativos para la bioética, el portafolio no es una opción bien valorada en nuestro cuestionario, lo que resulta contradictorio debido a los buenos resultados comprobados que aporta, y su utilidad en disciplinas tan prácticas como es la enfermería.(9) Bajo mi punto de vista, la utilización del portafolio debería promocionarse desde la Universidad, ya que es de gran relevancia el ejercicio que propone de reinterpretar la realidad vivida en cuanto a acciones, pensamientos, experiencias y emociones para realizar así una autoevaluación y mejorar en base al balance de aciertos y errores. El aprendizaje será significativo cuando el conocimiento nuevo se agregue a estos saberes que el estudiante ya posee.(25) Aquí cobran importancia los “currículos ocultos” que marcarán la diferencia en el proceso de enseñanza-aprendizaje que se lleva a cabo en cada estudiante. El propio interés de la persona por esos estudios teóricos, la motivación que alentó un profesor en una de sus clases, un viaje que realizó al terminar sus estudios o la retroalimentación recibida por un compañero serán, entre otros ejemplos, pequeños detalles que darán relevancia implícita a su curriculum, que es el que dice realmente quienes somos. El “curriculum oculto” será más una cuestión ontológica de ser profesionales excelentes, en lugar de sólo parecerlo.

Para seguir con la discusión de nuestros resultados, procedemos a valorar el apartado de formación. En este caso, ningún individuo parece estar en desacuerdo con recibir mayor formación en bioética. A un pequeño porcentaje le es indiferente y la amplia mayoría está de acuerdo, siendo algo significativo que el 100% de los profesionales encuestados en neurología quieran recibir formación. Es razonable que los profesionales perciban aquí mayor necesidad ya que con frecuencia encuentran situaciones de muerte cerebral,

procesos de donación de órganos y acompañamiento en el final de la vida, y comentan limitaciones en cuanto a la comunicación con las familias, la toma de decisiones y la poca aceptación del proceso de muerte.

La mayoría de los individuos en todas las unidades está extremadamente de acuerdo en su percepción al respecto de la necesidad de la bioética para la práctica profesional, especialmente en neonatos, y ninguno la cree no necesaria.

Del mismo modo, ningún profesional considera que la bioética no sea de su interés. Un pequeño porcentaje es neutral a este respecto, pero algo que remarcamos es que a nadie deja indiferente en la unidad de neonatos. Por estos resultados y por los comentarios expresados desde esta unidad, la consideramos como más sensible en bioética. Parecen más implicados en investigaciones y también se encuentra con mayores dificultades por decisiones que implican cuestiones, además de familiares, sociales. Algunos comentarios refieren encontrar situaciones conflictivas cuando los padres de los bebés no están de acuerdo en las decisiones, son drogodependientes, son padres de edad avanzada o están implicados en cuestiones de violencia de género.

Es curioso como, en todas las unidades, no aparece un excesivo interés pero al mismo tiempo hay una mala percepción sobre una formación que consideran necesaria. Para expresarlo de forma más clara: la creen necesaria pero no es su principal interés. ¿Será que los conocimientos científicos y técnicos los tienen absortos? Desde mi percepción personal, si proponemos ahora un curso de formación en hemodinámica habrá lista de espera para acceder a él. Si al mismo tiempo se desarrollara un curso de bioética habría que promocionarlo efusivamente para conseguir llenar su cupo, a pesar de estar la mayoría de acuerdo en recibir formación sobre ella. Es cuestión de intereses y prioridades, por lo que la bioética parece estar en un segundo plano.

Resulta contradictorio, pero como afirma el filósofo Byung-Chul Han, las universidades ahora son sitios de formación profesional en lugar de formación humana. La consecuencia de ello es el desconocimiento de por qué o para qué hacemos las cosas, lo que produce desidia y los profesionales se “queman” por su falta de preparación en bioética. El “*moral distress*” y el “*burnout* profesional” aparecen en los comentarios recogidos como fruto de sus limitaciones. Pero aparentan no ser conscientes de esta carencia en bioética hasta que no se les plantea en un cuestionario formal.

Si ya la consideran necesaria, ¿cómo mover entonces ese interés? Según Maffesoli, el conocimiento se puede hacer a “partir de los intereses particulares de la persona y de sus intereses” para construir un conocimiento desde las razones sensibles y lo cotidiano.(17) Como afirma Kong,(11) al tener poca accesibilidad y no existir un amplio conocimiento en el contexto clínico sobre las actualizaciones en investigación sobre ética y bioética, los profesionales conciben ese conocimiento como poco interesante para su práctica diaria. Por lo tanto, acercar los mundos académico y clínico, como venimos exponiendo a lo largo de este trabajo, es un objetivo para la promoción de la bioética y para conseguir que este conocimiento sea accesible, interesante y se aplique. ¡Hablemos de bioética! Que no se deje sólo a los expertos, que sea común, que se comente a la hora del café, por ejemplo, qué debería desarrollarse mejor, si los cuidados paliativos o la eutanasia, del mismo modo que se comenta sobre qué droga funciona mejor como vasoactiva, si la adrenalina o la noradrenalina. Que esto ocurra y que se lleve a la práctica día a día haciéndola explícita es tarea de cada uno de nosotros.

El establecimiento de relaciones profesionales de calidad basadas en el respecto a la dignidad de la persona deben tener siempre presente una fundamentación bioética.(26) Esta promoción de la bioética que comentábamos es necesaria para la ampliación de este saber, ya que las opiniones personales sobre la moralidad no son suficientes para

resolver conflictos, y los profesionales trabajamos en un contexto para el que no estamos bien formados y en el que no se conoce la bioética.(26,27) La intención de actuar bien necesita de conocimientos y habilidades, ya que existen diferentes formas de interpretar lo que es bueno o malo, así como diferentes contextos en los que se aplicará. En neonatos hay mayor porcentaje que considera la bioética como “una disciplina que evalúa y justifica las acciones humanas en la vida, las ciencias y la medicina”. En el resto de unidades se elige mayormente su definición como “una ética aplicada a cuestiones relacionadas a la vida, la investigación y el cuidado”. Esta última opinión tiene mayor peso general, pero el resto de opciones que ofrecía el cuestionario también han sido seleccionadas aunque en menor proporción. Se consideraron las mismas opciones que ofrece en su estudio Colucci,(27) al dar por supuesto que una pregunta abierta sobre la definición de la bioética resultaría en un espacio en blanco en la mayoría de los casos. Los resultados son muy similares a los de su estudio, a diferencia de que en el nuestro la opción de “un método para establecer si la práctica médica es buena o mala” sí ha tenido alguna aceptación. Con la ayuda de estas opciones, todos los participantes han elegido una opción pero también se observan comentarios en los que se admite no saber nada sobre bioética o no sentirse seguro tratando sobre estos temas.

Muchos definen sus acciones basadas en los protocolos del hospital o guías de actuación. Existen instrucciones sobre por qué y cómo poner en orden la “no resucitación” de un paciente, para la que existe un formulario oficial que debe aparecer escrito en la historia electrónica y física del paciente. Pero, ¿qué ocurre con todo lo demás? Buscando en la *Intranet* del *Trust* no se encuentran, por ejemplo, ningún protocolo para la toma de decisiones en cuidados intensivos, ninguna guía que hable sobre la valoración de la capacidad mental del paciente ni ninguna recomendación sobre cómo realizar un consentimiento informado correcto. ¿Son válidos este tipo de

protocolos? Eso sería otra buena cuestión para investigar, pero de su estudio en este contexto vemos que la no existencia está compensada con la creación de equipos especializados que se encargan de algunas de estas cuestiones, como el equipo de “Safeguarding” cuya función es prevenir riesgos y proteger a pacientes vulnerables. Los profesionales del cuidado identifican las necesidades y riesgos, para luego referirlo a los especialistas. Pero considerando que todos los pacientes de cuidados intensivos son pacientes vulnerables de por sí, este recurso no es posible a excepción de casos concretos, por lo que “lanzar la bola a otro tejado” no es una opción y debemos comenzar a implicarnos, aunque no sea fácil, insistiendo una vez más en que la bioética no debe dejarse sólo a los expertos.

Para combatir el miedo que refieren tener por el desconocimiento de la Ley, la formación les capacitará en la utilización de un lenguaje ético para justificar sus acciones que en determinadas excepciones puedan estar fuera de la norma. Por ejemplo, en lo referido a la prevención de úlceras por presión, el protocolo del hospital establece que los pacientes de riesgo deben ser reposicionados cada dos horas. Si no se han comprobado las áreas de riesgo estrictamente, como comenta un profesional, la aplicación de la ética en este caso le permitirá justificar su acción de no haber movilizado al paciente con los motivos por los que prioriza su estabilidad hemodinámica. Si la comunicación es efectiva permitirá demostrar un razonamiento práctico con el establecimiento de prioridades orientadas hacia el mayor bien para el paciente, lo que evidenciará su criterio como profesional. Esta capacidad ética es la que dará esa categoría profesional a la labor que realizamos, aportándole la base necesaria para diferenciarla del resto como algo excepcional.

En cuanto a los temas que aparecen propuestos por los profesionales encuestados, éstos quieren saber todos los conocimientos que le sean útiles para aplicar en su práctica

diaria. Sobre todo, habilidades de comunicación y de toma de decisiones para paliar sus principales limitaciones referidas anteriormente. Quieren saber cómo decidir sobre lo que es moral. Coinciden muchos de ellos con los que Molina propone en su artículo como los temas que deben abordarse para una buena formación en bioética: teoría ética, consentimiento informado, privacidad y confidencialidad, profesionalismo, relación clínica, reproducción humana, genética, derechos del paciente, estados de mínima conciencia, sujetos de investigación, cuidados paliativos y final de la vida, entre otros.(28) Sorprende que no aparece el tema medioambiental a pesar del auge de este problema a nivel mundial. Debido a la priorización del control de la infección y la limpieza en los ambientes sanitarios, se producen una gran cantidad de desechos en los que se podrían intervenir con medidas de reciclaje. Esta toma de consciencia también es necesario que se haga desde la bioética, estableciendo un compromiso natural para asegurar la supervivencia del planeta y todos los seres vivos que lo habitan, por parte de todos los profesionales sanitarios.



## CONCLUSIONES

Con la evolución de la bioética y de las teorías sobre su enseñanza, los enfoques didácticos han desarrollado nuevas perspectivas para llevar a los estudiantes de esta disciplina a aprender a deliberar por medio del razonamiento reflexivo y práctico.

Con el desarrollo de este estudio hemos podido conocer la percepción de los profesionales sanitarios sobre la bioética y su enseñanza, la cual consideran importante pero no uno de sus primeros intereses. Están dispuestos a recibir mayor formación, ya que los resultados de su formación continua no son del todo satisfactorios, y proponen métodos, sobre todo, participativos y multidisciplinarios. Algunas de las técnicas que se utilizan hoy en día para esta formación son mejores aceptadas que otras, siendo el taller y el e-Learning los más valorados aunque todavía necesiten mejoras para conseguir sus objetivos educativos.

Con el análisis de las opiniones recogidas en las diferentes especialidades de cuidados intensivos, hemos comprobado mayor sensibilidad en cuanto a la bioética por parte de las unidades de neurología y neonatología. No existe gran comparación entre los servicios ya que el pensamiento general expresado era el mismo y los comentarios se repetían en los cuatro grupos. Aunque se intensifican unos temas mayormente en unas que en otras, todas hablan de lo mismo quizás por el motivo de tratarse de servicios muy similares de cuidados intensivos de pacientes críticos. Quizás exista mayor diferencia entre otras áreas del cuidado de la salud, pero se han elegido las UCIs por ser los lugares más tecnificados en el hospital, dónde los pacientes a veces despiertan pensando que están en una nave espacial, y sus resultados han tenido la fuerza suficiente como para no dejarnos indiferentes.

Según los resultados de esta investigación, proponemos que la enseñanza de la bioética insista en ser una formación continuada, que implique participación activa y se enriquezca de la multidisciplinariedad en los grupos. La comunicación es el área donde debe profundizarse más, ya que es la más importante de las herramientas para la aplicación de la ética a la práctica profesional pero, a su vez, la mayor dificultad percibida por los profesionales. Debe conducir al objetivo principal de la enseñanza de la bioética que es deliberar. No es algo novedoso pero sí algo en lo que se debe continuar trabajando. Esos conocimientos serán clave para poder desarrollar habilidades que permitan a los futuros profesionales analizar situaciones clínicas, identificar cualquier asunto moral y sensibilizarse de modo que creen una actitud bioética propia y la apliquen a la práctica, dando sentido así a la esencia de su profesión.

Insistimos en la idea de que la bioética es responsabilidad de todos y no sólo de los especialistas, por lo que promocionarla ayudará a su evolución como disciplina. Y esto no sólo desde las profesiones sanitarias, también desde la transdisciplinariedad que la complemente y enriquezca. La bioética comenzó enseñándose para las ciencias de la salud pero hoy en día ya se hace necesaria en todas las facultades, y es su reto: seguir formando y mejorando. Que los profesionales del futuro sean personas adaptadas a la sociedad plural y cambiante; que la ética no sea algo que hacemos sino algo que somos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Potter VR. Bioethics, the Science of Survival. *Perspect Biol Med* [Internet]. 1970;14(1):127–53. Disponible en:  
  
[http://muse.jhu.edu/content/crossref/journals/perspectives\\_in\\_biology\\_and\\_medicine/v014/14.1.potter.html](http://muse.jhu.edu/content/crossref/journals/perspectives_in_biology_and_medicine/v014/14.1.potter.html)
2. Reich W. *Encyclopedia of Bioethics*. London: Free Press; 1978.
3. Gracia D. *Fundamentos de bioética*. Madrid: EUDEMA; 1989.
4. Vidal SM. *La Educación en Bioética en América Latina y el Caribe: experiencias realizadas y desafíos futuros [Bioethics education in Latin America and the Caribbean: current experience and future challenges]* [Internet]. 2012; 435 p. Disponible en:  
<http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/shs/2012/EducacionBioeticaALC-web.pdf>
5. Noreña AL, Alcaraz N, Amador G, Ramos FJ. La relación de ayuda en el campo de la enseñanza-aprendizaje. *Cult los Cuid Rev Enfermería y Humanidades*. 2013;17(35):106–14.
6. World Medical Association. WMA Resolution on the inclusion of medical ethics and human rights in the curriculum of medical Schools world-wide. 1999. Disponible en:  
<http://www.wma.net/e/policy/e8.htm>
7. Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. *La educación en bioética de los profesionales sanitarios en España: una propuesta de organización*. 1999.
8. Medina JL. *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación Universitaria en Enfermería*. Barcelona: Laertes; 1999.
9. García-Carpintero E, Siles J, Martínez ME, Martínez E, González S, Pulido R. El

estudiante como protagonista de su aprendizaje: la necesidad del uso del portafolio en enfermería dentro del contexto de educación superior. *Index de Enfermería* [Internet]. 2015 Jun;24(1-2):93-7. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962015000100021&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000100021&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

10. Garzón FA, Zárate B. El Aprendizaje de la Bioética Basado en Problemas (ABBP): un nuevo enfoque pedagógico. *Acta Bioeth.* 2015;21(1):19-28.
11. Kong WM. What is good medical ethics? A clinician's perspective. *J Med Ethics.* 2015;41(1):79-82.
12. Sanjuán A; Martínez JR. Nuevo enfoque en el proceso de enseñanza-aprendizaje para la interrelación de conocimientos y formación de clínica / comunitaria. *Invest Educ Enferm.* 2008;26(2):150-9.
13. Dias JA, David HM, Rodrigues BM, Peres P, Pacheco S, de Oliveira M. A moral e o pensamento crítico: Competências essenciais à formação do enfermeiro. *Rev Enferm.* 2017;25(1):1-5.
14. González JS ¿Cómo podemos enseñar la Bioética? 2012;6(1):15-22.
15. García-Carpintero. E. El portafolio como metodología de enseñanza-aprendizaje y evaluación en el practicum: percepciones de los estudiantes. *REDU Rev Docencia Univ.* 2017;15(1):241.
16. Wear D, Zarconi J, Aultman JM, Chyatte MR, Kumagai AK. Remembering Freddie Gray. *Acad Med.* 2016;92(3):312-7.
17. Rodríguez-Borrego MA, Nitschke RG, do Prado ML, Martini JG, Guerra-Martín MD, González-Galán C. Theoretical assumptions of Maffesoli's sensitivity and Problem-Based

- Learning in Nursing Education. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2014;22(3):504–10. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692014000300504&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000300504&lng=en&tlng=en)
18. Bingham NE. Potter, Van Rensselaer. Bioethics: Bridge to the future. *Sci Educ* [Internet]. 1972;56(3):440–1. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/sce.3730560329>
  19. Galán JM. Valore éticos interprofesionales compartidos para una asistencia integral. *Cuad Bioética*. 2013;3.
  20. Creswell JW. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. 2nd ed. US: Sage Publications, Inc; 2007. p. xvii, 395–xvii, 395.
  21. Sánchez MA. El humanismo y la enseñanza de las humanidades médicas. *Educ Medica*. 2017;18(3):212–8.
  22. Eriksen KK. To know or not to know? Integrating ethical aspects of genomic healthcare in the education of health professionals. *Biochem Mol Biol Educ*. 2015;43(2):81–7.
  23. Langendyk V, Mason G, Wang S. How do medical educators design a curriculum that facilitates student learning about professionalism? *Int J Med Educ*. 2016;7:32–43.
  24. Pires JR, Shimizu HE. Ética, Bioética e Educação. *Tempus Actas de Saúde Coletiva* [Internet]. 2013;7(3):191–204. Disponible en: <http://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1404>
  25. Rego S, Palacios M. Contribuciones para la planificación y evaluación de la enseñanza de la bioética. 2017;25(2):234–43.
  26. Serra MA. Ética, Bioética Y El Educador En La Enseñanza De Las Ciencias Clínicas. *Rev Cuba Educ Medica Super*. 2012;26(3):425–33.

27. Colucci M, Chellini M, Anello P, Arru B, Tettamanti G, Marcon E. Do I need training in public health ethics? A survey on Italian residents' beliefs, knowledge and curricula. *Ann Ist Super Sanità*. 2017;53(1):9–16.
28. Molina N. Bioethics training in health sciences. *Cienc y Tecnol para la salud Vis y Ocul*. 2016;14(1):117–32.

## ANEXO 1

Tabla I: Tabla resumen de clasificación y síntesis de publicaciones seleccionadas.

Título	Autor	Revista	Año	SJC	Tipo de estudio	Temática
<b>La relación de ayuda en el campo de la enseñanza-aprendizaje.(5)</b>	Noreña AL, Alcaraz N, Amador G, Ramos FJ	Cultura de los cuidados	2013	Q3	Análisis cualitativo	B, C
<p><b>Objetivos:</b> Identificar barreras culturales en la formación de estudiantes de enfermería, y los medios necesarios para adecuar la profesión tanto a las exigencias de la sociedad como a su desarrollo integral.</p>			<p><b>Conclusiones:</b> La relación de ayuda como herramienta educativa permite a los profesores formar en competencias para el diálogo y la comunicación asertiva, que serán claves para los cuidados de enfermería de calidad.</p>			

<p><b>El estudiante como protagonista de su aprendizaje: la necesidad del uso del portafolio en enfermería dentro del contexto de educación superior.(9)</b></p>	<p>García-Carpintero E, Siles J, Martínez M.E, Martínez E, González S, Pulido R</p>	<p>Index de Enfermería</p>	<p>2015</p>	<p>Q3</p>	<p>Reflexión teórica</p>	<p>B, C</p>
<p><b>Objetivos:</b> Conocer la utilidad del portafolio como recurso didáctico en la formación de profesionales de la salud.</p>		<p><b>Conclusiones:</b> El portafolio permite la reflexión, el aprendizaje autodirigido y la autoevaluación del estudiante, que también facilitará la comprensión del docente sobre el proceso.</p>				
<p><b>El aprendizaje de la bioética basado en problemas (ABBP): un nuevo enfoque pedagógico.(10)</b></p>	<p>Garzón F.A, Zárate B</p>	<p>Acta Bioethica</p>	<p>2015</p>	<p>Q4</p>	<p>Estudio descriptivo cualitativo</p>	<p>A, B</p>
<p><b>Objetivos:</b> Presentar los aspectos más importantes que deben tenerse en cuenta en la formación en bioética y analizar el nuevo enfoque de ABBP.</p>		<p><b>Conclusiones:</b> Para formar buenos profesionales sanitarios en bioética sería fundamental realizarlo desde un equipo multidisciplinar, planificación integrada en otras asignaturas y disciplinas, transversal al plan de estudios y basada en problemas reales.</p>				



Título	Autor	Revista	Año	SJC	Tipo de estudio	Temática
<b>What is good medical ethics? A clinician's perspective.(11)</b>	Kong W.M	Journal of Medical Ethics	2015	Q1	Estudio descriptivo cualitativo	A, C
<p><b>Objetivos:</b> Reflexionar sobre el impacto positivo de la ética médica en el cuidado de la salud así como discutir las razones por las que se falla en su aplicación práctica. El autor propone mostrar factores que crean esa barrera y formas de redireccionar el problema para que se produzca el cambio en la práctica clínica diaria.</p> <p><b>Conclusiones:</b> Desde la perspectiva clínica, la ética médica ha mejorado el cuidado de la salud pero podría hacerlo mejor. Para llevar la fundamentación a la práctica debe crearse diálogo entre el mundo académico y el clínico. La “imaginación moral” debe nutrirse para asegurar la integración del lenguaje ético.</p>						

<p><b>Morality and critical thinking: essential competences in nurses' training.(13)</b></p>	<p>Dias JAA, David HMSL, Rodrigues BMRD, Peres PLP, Pacheco STDA, De Oliveira MS.</p>	<p>Rev Enfermagem UERJ</p>	<p>2017 -</p>	<p>-</p>	<p>Estudio descriptivo cualitativo</p>	<p>A, B</p>
<p><b>Objetivos:</b> Para la formación de los futuros enfermeros en competencia moral y práctica prudente, este estudio reflexiona sobre las estrategias metodológicas que ayuden a desarrollar el pensamiento crítico.</p>		<p><b>Conclusiones:</b> Un profesional debe desarrollar su pensamiento crítico y reflexivo para tener competencia moral. Se reafirma la necesidad de incluir en los curriculum formativos estrategias innovadoras de reflexión crítica y moral.</p>				
<p><b>Remembering Freddie Gray: Medical Education for Social Justice.(16)</b></p>	<p>Wear D, Zarconi J, Aultman J.M, Chyatte M.R, Kumagai A.K</p>	<p>Academic Medicine</p>	<p>2017</p>	<p>Q1</p>	<p>Estudio descriptivo cualitativo</p>	<p>A, B, C</p>
<p><b>Objetivos:</b> Realizar una propuesta de reforma del curriculum universitario debido a la carencia percibida por estudiantes y profesionales sanitarios en cuanto al trato de personas vulnerables, las desigualdades sociales y la injusticia.</p>		<p><b>Conclusiones:</b> A través de la humildad profesional y la competencia cultural se puede trabajar en la eliminación de la injusticia social para proveer así una asistencia sanitaria de calidad.</p>				

Título	Autor	Revista	Año	SJC	Tipo de estudio	Temática
<p><b>Presupuestos teóricos de la sensibilidad de Maffesoli y Aprendizaje Basado en Problemas en Educación en Enfermería.(17)</b></p>	<p>Rodríguez-Borrego M.A, Nitschke R.G, Prado M.L, Martini J.G, Guerra-Martín M.D, González- Galán C</p>	<p>Revista Latino-Am. de Enfermagem</p>	<p>2014</p>	<p>Q2</p>	<p>Análisis cualitativo</p>	<p>B, C</p>
<p><b>Objetivos:</b> Conocer la opinión de los estudiantes sobre el conocimiento adquirido a través de la estrategia del ABP mediante su proceso socializador.</p>			<p><b>Conclusiones:</b> Los estudiantes creen que las técnicas de aprendizaje grupal les restan tiempo para estudiar, lo que resulta contradictorio al tratarse también de aprendizaje de lo cotidiano. Por ello se deduce la necesidad de un cambio de enfoque hacia lo cotidiano e imaginario en la formación de estudiantes de enfermería.</p>			

<b>Valores éticos interprofesionales compartidos para una asistencia integral.(19)</b>	Galán González-Serna J.M	Cuadernos de Bioética	2013	Q3	Validación de cuestionario	A, C
<b>Objetivos:</b> Analizar los valores compartidos considerados más importantes por los códigos deontológicos de las profesiones sanitarias y evaluar la percepción hacia ellos.		<b>Conclusiones:</b> Tras la validez del cuestionario elaborado se identifican valores éticos compartidos por las profesiones sanitarias que se encuentran recogidos en sus códigos deontológicos.				
<b>El humanismo y la enseñanza de las humanidades médicas.(21)</b>	Sánchez Gonzalez, M.A	Educación Médica	2017	Q3	Análisis cualitativo	A, B
<b>Objetivos:</b> Definir la importancia del humanismo en la toma de conciencia de la importancia del ser humano. También trata de proponer estrategias formativas y características docentes para mejorar su enseñanza en las ciencias de la salud.		<b>Conclusiones:</b> La formación en bioética y humanidades médicas se enriquecería a través de institutos y equipos multidisciplinares que centren su labor en promover cualidades que capaciten para el actual movimiento internacional de las humanidades.				

<p><b>To Know or not to Know? Integrating Ethical Aspects of Genomic Healthcare in the Education of Health Professionals.(22)</b></p>	<p>Krageskov K</p>	<p>Biochemistry and Molecular Biology Education</p>	<p>2015</p>	<p>Q3</p>	<p>Estudio descriptivo cualitativo-cuantitativo</p>	<p>A, B, C</p>
<p><b>Objetivos:</b> Conocer la percepción y necesidad de formación en ética de futuros profesionales de asistencia sanitaria genómica a través de un método de enseñanza concreto que incide en la humildad profesional, las interacciones interpersonales y la conciencia del entorno.</p>		<p><b>Conclusiones:</b> La formación para el diálogo ético puede ser clave en el desarrollo de la reflexión profesional así como la herramienta para la identificación y el análisis de conflictos éticos. Con ello se fortalecerá la habilidad para dar argumentos.</p>				
<p><b>How do medical educators design a curriculum that facilitates student learning about professionalism?(23)</b></p>	<p>Langendyk V, Mason G, Wang S</p>	<p>International Journal of Medical Education</p>	<p>2016</p>	<p>-</p>	<p>Estudio descriptivo cualitativo</p>	<p>A, B, C</p>
<p><b>Objetivos:</b> Analizar las formas en las que el curriculum universitario puede ser modificado con la intención de facilitar el aprendizaje de los estudiantes sobre el profesionalismo.</p>		<p><b>Conclusiones:</b> la reforma del curriculum universitario basado en teorías resultó en mayor acercamiento de los estudiantes al desarrollo personal y profesional, así como un cambio de perspectiva sobre la fundamentación epistemológica de la medicina.</p>				

Título	Autor	Revista	Año	SJC	Tipo de estudio	Temática
<b>Ethics, education and bioethics. (24)</b>	Ribeiro J, Eri H	Rev Tempus Actas Saude Col	2013	-	Revisión bibliográfica	A, B
<b>Objetivos:</b> Definir la ética en cuanto a los principios establecidos en la DUBDH y conocer los esfuerzos realizados en cuanto a la enseñanza de la bioética desde su promulgación.		<b>Conclusiones:</b> La formación en bioética y filosofía debería establecerse desde niveles tempranos de escolaridad para poder solucionar los conflictos éticos que se dan en la sociedad actual, lo que requiere mayor esfuerzo en su promoción desde los gobiernos.				
<b>Contribuciones para la planificación y evaluación de la enseñanza de la bioética.(25)</b>	Rego S, Palacios M	Revista Bioética	2017	-	Reflexión teórica	A, B, C
<b>Objetivos:</b> Describir los objetivos educacionales y de evaluación de la enseñanza de la bioética pre y postgrado en las ciencias de la salud, con el propósito de formar en competencia moral.		<b>Conclusiones:</b> La enseñanza de la bioética debe adaptarse a los diferentes niveles formativos académicos de forma transversal con contenidos, métodos y técnicas propios de cada uno, y a la cotidianeidad de la asistencia sanitaria actual.				

<p><b>Ética, bioética y el educador en la enseñanza de las ciencias clínicas.(26)</b></p>	<p>Serra, M.A</p>	<p>Revista Cubana de Educación Médica Superior</p>	<p>2012</p>	<p>Q3</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	<p>A, B, C</p>
<p><b>Objetivos:</b> Identificar la forma de transmitir conocimientos bioéticos a los estudiantes de ciencias de la salud para lograr su aplicación en la práctica diaria y con ella, la calidad de la asistencia sanitaria y la defensa de los derechos del paciente.</p>		<p><b>Conclusiones:</b> La educación en bioética es fundamental para que se dé el respeto y la practica asistencial de calidad. La bioética debe estar presente en el trabajo diario asistencial, docente e investigador.</p>				
<p><b>Do I need training in public health ethics? A survey on Italian residents' beliefs, knowledge and curricula.(27)</b></p>	<p>Colucci M, Chellini M, Anello P, Arru B, Tettamanti G, Marcon E</p>	<p>Annali dell'Istituto Superiore di Sanità</p>	<p>2017</p>	<p>Q3</p>	<p>Estudio descriptivo cualitativo</p>	<p>A, B, C</p>
<p><b>Objetivos:</b> Conocer la percepción de estudiantes de Salud Pública sobre la necesidad de formación en ética así como sus creencias, conocimientos y actitudes hacia esta disciplina.</p>		<p><b>Conclusiones:</b> La enseñanza de la ética en las escuelas de salud debe implementarse formalmente en el curriculum universitario. Los educadores necesitan mayor competencia para formar en ética.</p>				

Título	Autor	Revista	Año	SJC	Tipo de estudio	Temática
<b>Formación bioética en ciencias de la salud.(28)</b>	Molina Montoya N.P	Cienc Tecnol Salud Vis Ocul	2016	-	Revisión bibliográfica	A, B, C
<b>Objetivos:</b> Identificar temas, motivaciones, metodologías y estrategias mejora del proceso de enseñanza-aprendizaje en las ciencias de la salud.			<b>Conclusiones:</b> La investigación sobre los temas, motivaciones, expectativas y características de los profesionales de la salud cualifica la docencia de la bioética y la adapta a las necesidades formativas.			



## **ANEXO 2**

### **CUESTIONARIO PARA LA RECOGIDA DE DATOS**

#### **TEACHING BIOETHICS IN HEALTHCARE PROFESSIONALS**

The reason why we are doing this research is the identified need for training in health care professionals in intensive care on certain aspects of care that require a bioethical approach for proper management. The main objective of the work is to analyze the different points of view among professional groups on the need for bioethics for their daily practice, as well as their willingness to receive more training and the method with which they should receive it.

To perform this study, the following questionnaire will be carried out anonymously. The collected data will be used for the qualitative analysis of the question, and its dissemination will be made as a scientific publication as research work. By completing this questionnaire it is understood that you give us your informed consent so that the data collected will be used for the completion of my work to finish the Master's Degree in Bioethics and Biolaw.

Participants are asked to answer the questions clearly and honestly.

**Age:**

**Gender:**

**Nationality:**

**Religion:**

**Profession:**

**Country of training:**

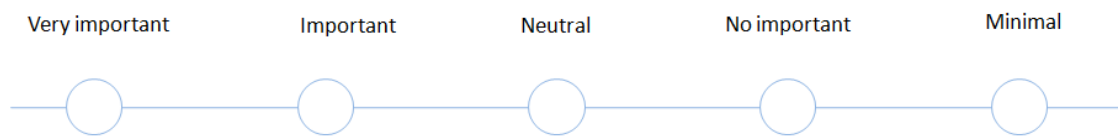
**Workplace:**

**Years of experience:**

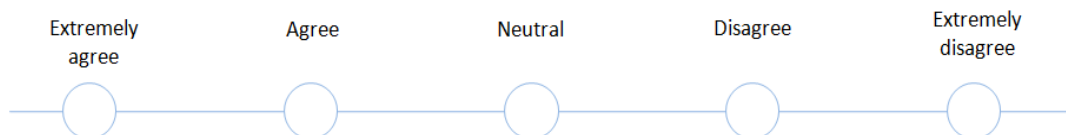
**1. What do you think bioethics means?**

- An ethics applied to issues related to life, research and care ○
- A method to establish if medical practice is good or evil ○
- A set of norms defining the correct way to practice the healthcare profession ○
- A discipline evaluating and justifying the human action in life, sciences and medicine ○
- A set of customs, moral preferences and norms belonging to a certain culture ○

**2. What interest does bioethics have for you?**



**3. Do you consider bioethics necessary for your professional practice?**

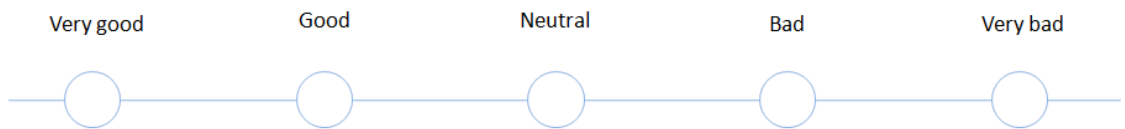


**4. What situations in relation to bioethics do you frequently find in your practice?**

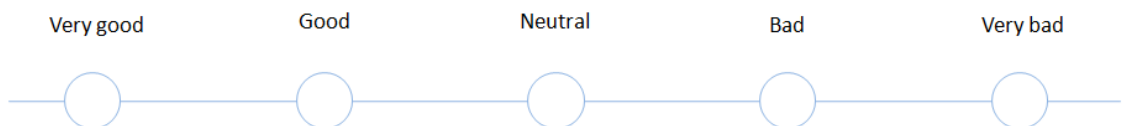
**5. How would you describe your actions? What limitations do you find?**

**6. How do you think your training in bioethics has been?**

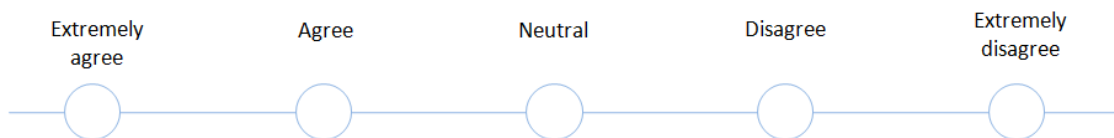
- **Undergraduate**



- **Postgraduate**



**7. What would be your willingness to receive more training in bioethics?**



**8. What topics of bioethics would you be interested in learning?**

**9. What learning method do you consider more useful for this training?**

- Master class
- e-Learning
- Portfolio
- Film Forum
- Workshop
- Literature
- Others: .....

## **CUESTIONARIO PARA LA RECOGIDA DE DATOS (ESPAÑOL)**

### **ENSEÑANZA DE LA BIOÉTICA EN PROFESIONALES DE LA SALUD**

La razón por la que estamos realizando esta investigación es la necesidad identificada de formación en los profesionales sanitarios de cuidados intensivos sobre ciertos aspectos asistenciales que precisan de un enfoque bioético para su correcto manejo. El objetivo principal del trabajo es analizar los diferentes puntos de vista entre los grupos profesionales sobre la necesidad de la bioética para su práctica diaria, así como su disposición para recibir mayor formación y el método con la que deberían recibirla.

Para realizar este estudio se llevará a cabo el siguiente cuestionario de manera anónima. Los datos recogidos serán utilizados para el análisis cualitativo de la cuestión, y su difusión se realizará a modo de publicación científica como trabajo de investigación. Al cumplimentar este cuestionario se entiende que nos otorga su consentimiento informado para que los datos recogidos sean utilizados para la realización de mi trabajo fin del Máster Universitario de Bioética y Bioderecho.

Se solicita a los participantes que contesten a las preguntas de manera clara y sincera.

**Edad:**

**Género:**

**Nacionalidad:**

**Religión:**

**Profesión:**

**País de formación:**

**Lugar de trabajo:**

**Años de experiencia:**

**1. ¿Qué cree que significa la bioética?**

- Una ética aplicada a cuestiones relacionadas con la vida, la investigación y el cuidado ○
- Un método para determinar si la práctica médica es buena o mala ○
- Un conjunto de normas para definir la forma correcta de practicar las profesiones sanitarias ○
- Una disciplina que evalúa y justifica acciones humanas en la vida, las ciencias y la medicina ○
- Un conjunto de límites, preferencias morales y normas pertenecientes a una determinada cultura ○

**2. ¿Qué interés tiene para usted la bioética?**



**3. ¿Considera necesaria la bioética para su práctica profesional?**

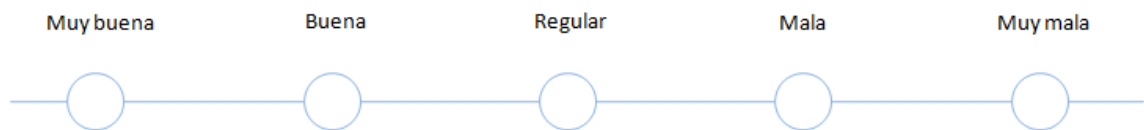


**4. ¿Qué situaciones en relación con la bioética encuentra frecuentemente en su práctica?**

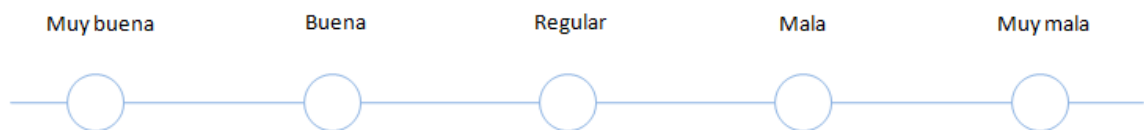
5. ¿Cómo describiría sus actuaciones al respecto? ¿Qué limitaciones ha encontrado?

6. ¿Cómo considera que ha sido su formación en bioética?

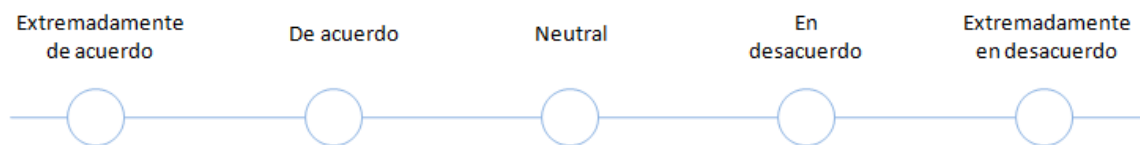
- **Pre-grado**



- **Post-grado**



7. ¿Cuál sería su disposición para recibir mayor formación en bioética?



**8. ¿Sobre qué temas de bioética estaría interesado en aprender?**

**9. ¿Qué método de aprendizaje considera de mayor utilidad para esta formación?**

- Clase Magistral
- e-Learning
- Portafolio
- Otros.....
- Cine Forum
- Taller
- Literatura



### ANEXO 3

Tabla II: Características de la muestra (n.=86)

Edad (años)	n.	%
• N/a	3	3,5
• 20-49	78	90,7
• >50	5	5,8

Genero	n.	%
• N/a	3	3,5
• Masculino	16	18,6
• Femenino	67	77,9

Unidad	n.	%
• General	14	16,3
• Cardiorácica	29	33,7
• Neonatal	18	20,9
• Neurología	25	29,1

Profesión	n.	%
• Médico	3	3,5
• Enfermera	82	95,34
• Nutricionista	1	1,16

Experiencia	n.	%
• N/a	1	1,16
• <20	75	87,21
• >20	10	11,63

<b>Nacionalidad</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>
• N/a	1	1,16
• Australiana	1	1,16
• Británica	<b>28</b>	<b>32,6</b>
• Búlgara	1	1,16
• Griega	1	1,16
• India	5	5,8
• Italiana	7	8,14
• Filipina	1	1,16
• Polaca	1	1,16
• Portuguesa	11	12,79
• Rumana	1	1,16
• Escocesa	1	1,16
• Española	27	31,39

<b>País de formación</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>
• N/a	1	1,16
• Australia	1	1,16
• Bulgaria	1	1,16
• Grecia	1	1,16
• India	6	7
• Italia	7	8,14
• Nueva Zelanda	1	1,16
• Filipinas	3	3,5
• Polonia	1	1,16
• Portugal	11	12,8
• Rumania	1	1,16
• España	<b>26</b>	<b>30,2</b>
• Reino Unido	<b>26</b>	<b>30,2</b>

<b>Religión</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>
• <b>Agnóstica</b>	2	2,3
• <b>Atea</b>	6	7
• <b>Budista</b>	1	1,16
• <b>Católica</b>	12	14
• <b>Cristiana</b>	14	16,3
• <b>Anglicana</b>	1	1,16
• <b>Hindú</b>	1	1,16
• <b>Musulmana</b>	2	2,3
• <b>Ninguna</b>	<b>44</b>	<b>51,2</b>
• <b>Ortodoxa</b>	2	2,3
• <b>Protestante</b>	1	1,16

Tabla III: Conocimiento e interés (n.= 86)

<b>¿Qué crees que significa bioética?</b>	<b>Cardio</b>	<b>Neuro</b>	<b>Neo</b>	<b>Gral.</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>
• “Una ética aplicada ...”	16	12	6	7	<b>41</b>	<b>47,7</b>
• “Un método ...”	0	0	1	0	1	1,16
• “Un conjunto de normas ...”	3	1	2	3	9	10,5
• “Una disciplina ...”	10	9	8	4	31	36
• “Un conjunto de límites...”	0	3	1	0	4	4,65

<b>¿Qué interés tiene la bioética para ti?</b>	<b>Cardio</b>	<b>Neuro</b>	<b>Neo</b>	<b>Gral.</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>
• Muy importante	9	4	4	2	19	22,1
• Importante	16	15	14	6	<b>51</b>	<b>59,3</b>
• Neutral	4	6	0	6	16	18,6
• No importante	0	0	0	0	0	0
• Mínimo	0	0	0	0	0	0

**¿Consideras la bioética necesaria para tu**

**práctica profesional?**

	<b>Cardio</b>	<b>Neuro</b>	<b>Neo</b>	<b>Gral.</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>
• Extremadamente de acuerdo	14	12	13	3	<b>42</b>	<b>48,8</b>
• De acuerdo	14	8	5	9	36	41,9
• Neutral	1	5	0	2	8	9,3
• En desacuerdo	0	0	0	0	0	0
• Extremadamente en desacuerdo	0	0	0	0	0	0

Tabla IV: Formación (n.= 86)

<b>Pre-grado</b>	<b>Cardio</b>	<b>Neuro</b>	<b>Neo</b>	<b>Gral.</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>
• Muy buena	1	0	0	1	2	2,3
• Buena	5	10	6	3	24	27,9
• Neutral	19	13	6	6	<b>44</b>	<b>51,2</b>
• Mala	3	2	4	3	12	14
• Muy mala	1	0	2	1	4	4,65

<b>Post-grado</b>	<b>Cardio</b>	<b>Neuro</b>	<b>Neo</b>	<b>Gral.</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>
• Muy buena	1	0	0	0	1	1,16
• Buena	5	10	3	5	23	26,7
• Neutral	15	9	9	5	<b>38</b>	<b>44,2</b>
• Mala	4	5	2	2	13	15,12
• Muy mala	4	1	4	2	11	12,8

Tabla V: Disposición (n.=86)

<b>¿Cuál sería tu disposición para recibir mayor formación en bioética?</b>	<b>Cardio</b>	<b>Neuro</b>	<b>Neo</b>	<b>Gral.</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>
• Extremadamente de acuerdo	11	12	10	2	35	40,7
• De acuerdo	16	13	6	9	<b>44</b>	<b>51,2</b>
• Neutral	2	0	2	3	7	8,1
• En desacuerdo	0	0	0	0	0	0
• Extremadamente en desacuerdo	0	0	0	0	0	0

**¿Qué método de aprendizaje consideras de**

**mayor utilidad para esta formación?**

	<b>Cardio</b>	<b>Neuro</b>	<b>Neo</b>	<b>Gral.</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>
• e-Learning	3	7	3	3	16	18,6
• Cine Forum	5	4	2	3	14	16,3
• Literatura	1	2	3	0	6	7
• Clase Magistral	7	3	3	3	16	18,6
• Otros	0	1	0	0	1	1,16
• Portafolio	1	1	1	1	4	4,65
• Taller	12	7	6	4	<b>29</b>	<b>33,7</b>