

La enseñanza práctica de la bioética: Objetivos, diseño curricular y materiales docentes

AZUCENA COUCEIRO V.*^a

INTRODUCCIÓN

Como en cualquier disciplina médica, el aprendizaje de la Bioética en el pregrado debe imbricar adecuadamente los elementos teóricos con la adquisición de habilidades prácticas. A pesar de ser un tema recurrente en la literatura, es difícil encontrar algún artículo que describa con precisión cómo llevar a efecto dicho aprendizaje práctico y, sobre todo, qué instrumentos utilizar en relación a las habilidades y destrezas que se quieren desarrollar en el alumno.

La mayoría de los artículos inciden sobre aspectos metodológicos, como el tamaño de los grupos, el uso de casos clínicos para ubicar los dilemas éticos de la práctica real, o la discusión posterior acerca de los problemas éticos detectados¹. De esta manera se intenta aplicar el aprendizaje basado en problemas al campo de la ética. Si bien ésta es una aproximación metodológica correcta, el problema es que, en general, no se ofrecen más herramientas que la discusión de casos, o la utilización de películas en las que aparecen conflictos éticos.

Este uso docente es poco apropiado, pues así planteado incorpora los errores conceptuales típicos de la enseñanza actual de la ética, a saber:

- que basta con que los alumnos debatan y expresen libremente sus opiniones sobre los conflictos de valor que acaecen en el caso o la película que se les presenta;
- que el objetivo es un intercambio de opiniones y argumentos, puesto que todas deben ser escuchadas en un marco docente que asume la «neutralidad» axiológica y no llega, por tanto, a buscar fundamentos para priorizar unas decisiones sobre otras;
- que, en todo caso, es suficiente con que los alumnos identifiquen problemas y los ubiquen bajo el paradigma de los cuatro principios de la Bioética².

En este artículo se presenta un diseño metodológico práctico, puesto en marcha en la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, que proporciona herramientas y materiales de trabajo en relación con las competencias previamente definidas, que deben ser adquiridas

por el alumno de pregrado tras cursar las tres asignaturas de Bioética que actualmente se imparten en esta Facultad³.

Partimos de la base de que el diseño curricular de la enseñanza de la Bioética es similar al del resto de las asignaturas, y por ello se debe estructurar en torno a los dos niveles de la enseñanza, básico y clínico, modelo conceptual que desde principios del siglo XX ha marcado el aprendizaje de casi todos los médicos del mundo^{4,5}. En la etapa preclínica o básica se debe enseñar Bioética básica, cuyos contenidos giran alrededor de la ética cívica de las sociedades democráticas y de cómo introducir sus presupuestos en la relación clínica. En la etapa clínica los contenidos de la ética se distribuyen en torno a dos ejes: los problemas relacionados con el origen de la vida y los relacionados con el final de la vida.

De esta forma el diseño curricular de la Bioética, tanto del aprendizaje teórico como del práctico, tiene una estructuración lógica que se basa en el mismo fundamento que el resto de las asignaturas de la carrera de Medicina. A modo de ejemplo: sin conocer la fisiología humana no se puede aprender fisiopatología. De igual manera, lo aprendido en Bioética básica respecto de la relación clínica –por ejemplo, el proceso de consentimiento informado–, se retoma en el ámbito de la pediatría –Bioética y origen de la vida– para adquirir las habilidades específicas que permiten llevar a cabo el proceso de consentimiento cuando el paciente es menor de edad.

La estructura de este artículo, centrado en la enseñanza práctica de la Bioética, se desarrolla alrededor de las tres asignaturas de Bioética que se imparten en el nivel de pregrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción: Bioética y relación clínica, Bioética y toma de decisiones en el origen de la vida, Bioética y toma de decisiones al final de la vida (Tabla 1).

BIOÉTICA Y RELACIÓN CLÍNICA

Constituye la primera asignatura de Bioética del pregrado, que debe ser impartida en el período preclínico. Sus contenidos giran, como indica su nombre, alrededor

Recibido: el 17/12/11, Aceptado: el 26/03/12.

* Departamento de Especialidades Médico Quirúrgicas, Facultad de Medicina – UPV/EHU, España.

^a MD, PhD, Profesora de Teoría de la Medicina y Humanidades Médicas.

Tabla 1. Contenido teórico y prácticas correspondientes a las asignaturas de Bioética en el nivel de pregrado.

BIOÉTICA Y RELACIÓN CLÍNICA	BIOÉTICA Y FINAL DE LA VIDA	BIOÉTICA Y ORIGEN DE LA VIDA
<ul style="list-style-type: none"> · Introducción. · Concepto de ética cívica y sociedades plurales. La estructura y reglas de las sociedades democráticas. · Ética cívica y relación clínica. Modelos de relación. · Los derechos humanos y los derechos de los pacientes. · El proceso de consentimiento o la ética cívica en la relación clínica. · Elementos del consentimiento informado: información, capacidad, voluntariedad, toma de decisión. · Teorías de la justicia y sistemas sanitarios. · Las garantías explícitas de salud: historia, aparición y fundamento. Análisis de la justicia como equidad. · La confidencialidad como derecho de los ciudadanos. Los datos de la ficha clínica y la confidencialidad: uso, acceso y reserva. 	<ul style="list-style-type: none"> · Concepto de enfermedad. · Clasificación (agudas, crónicas, avanzadas). · Repercusiones clínicas y éticas. · El concepto de muerte. · Muerte cardiopulmonar y muerte cerebral. · Aspectos éticos y decisiones clínicas asociadas. · Enfermedades agudas y enfermedades críticas. · Uso adecuado de la tecnología. La limitación del esfuerzo terapéutico. · El manejo de la información en situaciones críticas. · La patología quirúrgica y el proceso de comunicación de riesgos al paciente. · Enfermedades crónicas. Paradigmas clínicos. · El proceso de toma de decisiones en enfermedades crónicas. La planificación anticipada de decisiones. · Enfermedades avanzadas y terminales. El abordaje paliativo. 	<ul style="list-style-type: none"> · Problemas del origen de la vida <i>versus</i> problemas del final de la vida. · La toma de decisiones en pacientes incapaces. El criterio del mejor interés y su aplicación en la relación clínica. · Los derechos sexuales y reproductivos: concepto, génesis y desarrollo en América Latina. Proyecto Marco, Ley de derechos sexuales y reproductivos, Chile. Aplicaciones clínicas. · Problemas clínicos y éticos en el área de la salud sexual y reproductiva en Chile. · El modelo de consentimiento en Pediatría. La teoría del menor maduro y su aplicación clínica. · Adolescencia. Entrevista clínica y proceso de toma de decisiones. · Ginecología. La inclusión de la mujer en la toma de decisiones. Los profesionales de la salud: análisis crítico de las acciones preventivas y la «medicalización» de las fases biológicas de la vida de la mujer.
PRÁCTICAS	PRÁCTICAS	PRÁCTICAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Relación clínica y ética cívica. 2. El proceso de toma de decisiones compartidas: el consentimiento informado. 3. El rechazo de un tratamiento. Evaluación de la capacidad de hecho. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermedades críticas. Adecuación del esfuerzo terapéutico y comunicación con el paciente y familiares. 2. Enfermedades crónicas. Planificación anticipada de decisiones y directivas previas. 3. Enfermedades en fase avanzada y terminales. El abordaje paliativo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los derechos sexuales y reproductivos. 2. Pediatría y adolescencia. La aplicación de la teoría del menor maduro.

de la ética cívica y la relación clínica: cómo surge; la aproximación a la Bioética definida como ética cívica; los diversos modelos de relación clínica y cuáles son los que permiten el respeto de los pacientes y el ejercicio real de sus derechos; qué es un proceso de consentimiento y qué elementos exige; cómo se razona metodológicamente en ética, etc.⁶

Para el diseño de herramientas de aprendizaje no se puede olvidar que el alumno todavía no tiene experiencia clínica, de forma que si en algún momento se utiliza el recurso del caso clínico éste no deberá contener muchos datos, ni excesivamente complejos. En todo caso será muy sencillo, y previamente explicado en todos sus aspectos –diagnósticos, pronósticos y terapéuticos– por la persona que tutoriza el aprendizaje.

En la delimitación de las prácticas hay que centrar el diseño, y elegir de entre todos los temas y contenidos teóricos aquellos que requieren la adquisición de una destreza específica. En esta asignatura, Bioética y relación clínica, se pueden señalar las siguientes destrezas:

- identificar el papel de cada uno de los actores de la relación clínica en la sociedad actual;

- identificar el modelo de relación clínica en el que los profesionales se mueven habitualmente en función de la sociedad en la que viven; y si es, o no, el adecuado para respetar los derechos de los pacientes;
- ser capaz de generar un proceso de consentimiento informado;
- ser capaz de analizar críticamente los formularios de consentimiento, y saber cuáles ayudan en el proceso y cuáles lo obstaculizan;
- ser capaz de registrar adecuadamente el proceso de toma consensuada de decisiones en la historia clínica;
- aprender cómo se evalúa la capacidad de los pacientes para tomar decisiones y cómo se registra dicha evaluación en la historia.

Su consecución se puede articular en torno a tres prácticas, que inciden en los conceptos y áreas de trabajo fundamentales: relación clínica y ética civil; el proceso de consentimiento informado; y el rechazo del tratamiento por parte del paciente y el problema de la capacidad. Cada una de estas prácticas se acompaña de un guión para los alumnos, que señala los objetivos, facilita el material biblio-

gráfico sobre el que tienen que elaborar su trabajo práctico, y precisa indicaciones fundamentales que los alumnos no pueden olvidar para que la práctica alcance sus objetivos.

1ª Práctica: Relación clínica y ética civil

Si hay una noción fundamental en el aprendizaje de la Bioética es la noción de ética civil. La Bioética es un tipo de ética aplicada, que presupone la introducción en la Medicina de los valores democráticos que fundamentan la vida civil de las sociedades occidentales⁷. Irrumpe en la relación clínica de la mano de las sociedades que exigen el respeto a la autonomía del ciudadano en la toma de las decisiones clínicas que le afectan, y que entienden también que el acceso a la asistencia sanitaria es una cuestión fundamental de justicia distributiva⁸.

El alumno debe utilizar los contenidos teóricos previamente explicados para ubicar el tipo de sociedad civil en el

que vive, y llegar a relacionar ésta con el modelo de relación clínica que se maneja habitualmente por parte de los clínicos. Sociedades muy jerárquicas utilizan modelos paternalistas de relación, mientras que sociedades más democráticas utilizan modelos deliberativos (Tabla 2).

Para adquirir esta destreza nada mejor que utilizar el material que proporcionan los periódicos, reflejo directo de la vida civil de un país: tipo de temas que se plantean, editoriales, conflictos que se identifican, forma de analizarlos, si son rigurosos en la exposición de argumentos o simplemente emiten opiniones subjetivas carentes de todo valor, etc.

En esta primera práctica se aconseja evitar temas específicos de Medicina. El objetivo es transitar desde la sociedad hacia la relación clínica, entendiendo ésta como un microcosmos que refleja las mismas características de la sociedad. El núcleo de la misma es, por tanto, la sociedad chilena.

Tabla 2. La ética cívica y su aplicación a la relación clínica.

PRÁCTICA: RELACION CLÍNICA Y ÉTICA CIVIL

A. OBJETIVOS

- Analizar la sociedad chilena en sus características actuales.
- Analizar si es –o no– una sociedad democrática plural, respetuosa con la libertad, respetuosa de las diversas creencias religiosas, solidaria en la distribución de la riqueza y del acceso a educación y sanidad, etc.
- Comparar con lo que ocurre en otras sociedades contemporáneas con similar tradición histórica.
- Analizar la relación clínica: cómo es y su relación con el tipo de sociedad en la que tiene lugar.
- Identificar los problemas que le plantea al profesional de la medicina la incorporación de nuevos elementos en la relación clínica: los derechos de los pacientes, el sistema de prestación sanitaria GES, etc.

B. MATERIAL DE APOYO

1. Díaz-Salazar R. ¿Es necesaria una asignatura de educación para la ciudadanía? El País (España), 11-12-05.
2. Wood M Elena. Otro 11 que marca la Historia. EL Mercurio, 2006.
3. Otaola J. Dignidad de la fe, dignidad del ateísmo. El País (España), enero, 2009.
4. Navía P. Cuando la desigualdad no importa. La Tercera, 1-03-09.

C. INDICACIONES

Además del material que se aporta, de lectura obligada, los alumnos pueden utilizar cualquier otro texto o método –entrevistas a personas con diversas edades y profesiones, entrevistas a médicos en ejercicio– que les permita generar argumentos y obtener datos para responder a la pregunta sobre cómo es, desde el punto de vista de la ética cívica, la sociedad chilena actual, y cómo influye en el tipo de modelo que los profesionales utilizan en la relación clínica.

2ª Práctica: El proceso de consentimiento informado

Las sociedades democráticas consideran que el modelo deliberativo es el más adecuado en las relaciones entre los ciudadanos, no solo en el ámbito político sino también en el resto de los ámbitos, como el educativo, el familiar o el clínico^{9,10}. Su consecución exige la puesta en práctica de procesos comunicativos, que en el ámbito clínico se conocen con el nombre de procesos de consentimiento informado¹¹. Para adquirir dicha habilidad es necesario conocer los elementos del proceso –información, capacidad y voluntariedad–, utilizar habilidades comunicativas y, sobre todo, no confundir los formularios escritos con los procesos clínicos de toma de decisiones consensuadas¹².

Este es el objetivo prioritario de la práctica (Tabla 3).

El análisis de diversos formularios es un excelente instrumento de aprendizaje práctico. El tutor debe hacer una selección para presentar al alumno formularios bien diseñados, que contienen todos los elementos informativos, y que cumplen tanto con los criterios de contenido mínimo como con los de legibilidad o comprensión. El alumno debe compararlos con formularios mal realizados, genéricos, no comprensibles y/o que contengan elementos que no corresponden, como que «la firma de los mismos exige de responsabilidad legal al médico», afirmación no solo frecuente sino que, además, es ética y jurídicamente incorrecta.

Tabla 3. Instrumento clínico para la toma de decisiones: el proceso de consentimiento.**PRÁCTICA: EL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO****A. OBJETIVOS**

- Identificar el proceso del consentimiento informado como una herramienta básica en la relación clínica actual.
- Conocer y aplicar los elementos de ese proceso.
- Identificar la **información** como elemento clave de relación con el paciente, y la necesidad de poseer habilidades profesionales comunicativas [utilizar el texto 2].
- Distinguir con claridad el **proceso** de comunicación del **formulario** escrito.
- Saber realizar un buen formulario escrito de consentimiento.
- Saber utilizar el formulario como **instrumento de apoyo** en el proceso comunicativo, y no como mero trámite legal [utilizar el texto de apoyo 3].

B. MATERIAL DE APOYO

1. Gobierno de Chile. Ley nº 20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. 13 abril, 2012.
2. Simón P et al. ¿Querría usted saber que tiene cáncer? Medifam 1994; 4(3): 127-136.
3. León T, Bedregal B, Shand B. Prevalencia de problemas éticos en servicios de Medicina Interna. Rev Méd Chile 2009; 137: 759-765.
4. Hernando P. Influencia de un formulario escrito de consentimiento informado para biopsia hepática en la información y la ansiedad de los pacientes. Rev Clin Esp 1997; 197(81).
5. Diversos formularios de consentimiento informado (para procedimientos diversos, y de países distintos) que deben ser analizados para identificar cuáles son correctos, y de utilidad en el proceso comunicativo, y cuáles no.

C. INDICACIONES

La práctica tiene dos partes, bien diferenciadas.

- En la primera se debe trabajar el consentimiento informado como **proceso**, utilizando los conocimientos teóricos y los documentos de apoyo 1 y 2. Asimismo, es importante que pregunten en su entorno, bien a familiares, bien a profesionales de la Medicina, qué es lo que se hace en la realidad clínica. También, que realicen una encuesta tomando como referencia la que tienen en el número 2 del material de apoyo, y comparen los resultados encontrados en Chile con los que aparecen en el citado artículo, intentando dar razón de las similitudes y diferencias.
- En la segunda parte deben trabajar el **formulario** como instrumento de ayuda en el proceso. Para ello tienen que analizar y comparar formularios de diversas instituciones chilenas para responder a las siguientes preguntas:
 - Si contienen toda la información necesaria, tanto médica como de identificación del centro, procedimiento, paciente, médico, etc;
 - Si la información es sencilla y clara, con términos comprensibles para los pacientes;
 - Si existe la posibilidad de añadir información «personalizada» del paciente;
 - Si se identifica al profesional que da la información.

La práctica se puede complementar con artículos sobre el consentimiento. Se recomienda no utilizar artículos teóricos, que en todo caso ya habrán sido trabajados en la parte teórica correspondiente a este tema, sino artículos publicados en revistas clínicas, que realizan investigaciones empíricas, con un buen diseño metodológico, y que ilustran al alumno acerca de los problemas reales que acaecen en la praxis clínica^{13,14}.

3ª Práctica: El rechazo del tratamiento. Evaluación de la capacidad

Una de las situaciones más complejas en las que se puede encontrar el profesional de la salud es la que se produce cuando un paciente rechaza el tratamiento que se le propone¹⁵. Ésta era una actuación impensable durante siglos, pero ahora se reconoce como uno de los derechos del paciente, si no el más básico, puesto que le otorga la capacidad decisoria sobre su integridad física^{16,17}.

El alumno tiene que conocer y comprender la razón de este derecho, tema objeto de las clases teóricas, pero su

puesta en práctica conlleva ciertas habilidades en los profesionales que van más allá de la transmisión de la información y la buena comunicación. Todos los actos de relevancia social, y con ello jurídica, exigen del ciudadano información, voluntariedad y capacidad. Es por ello que los profesionales tienen ahora la obligación de saber evaluar la capacidad de hecho del paciente, es decir, si comprende el problema médico que padece, si entiende el procedimiento que se le propone, las alternativas que existen y las consecuencias derivadas de aceptar o rechazar el procedimiento propuesto.

Este es el objetivo de la práctica (Tabla 4), adquirir la habilidad de evaluar la capacidad mediante instrumentos sencillos diseñados para ello –Guía de evaluación de la capacidad, Centro de Bioética de Toronto–, y de aplicar lo aprendido a casos clínicos simulados (Tabla 5). Dado que en el primer ciclo el alumno no ha entrado en contacto con la clínica, los casos deben ser muy sencillos y claramente explicados en sus aspectos clínicos por el tutor.

Tabla 4. La evaluación de la capacidad de hecho.

PRÁCTICA: EL RECHAZO DE TRATAMIENTO
[LA EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD DEL PACIENTE]

A. OBJETIVOS

1. Identificar el derecho del paciente a rechazar tratamientos.
2. Conocer cuáles son los **requisitos de capacidad** necesarios para respetar sus elecciones, que deben de ser evaluados por los médicos.
3. Determinar el papel de los familiares y allegados.
4. Saber cómo aplicar dicha evaluación en escenarios clínicos reales.

B. MATERIAL DE APOYO

1. Gobierno de Chile. Ley nº 20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. 13 abril, 2012.
2. Etchels E. et al. Assessment of Patient Capacity to consent to Treatment. Journal of General Internal Medicine 1999; 14: 27-34 [Protocolo disponible en: <http://www.utoronto.ca/jcb/disclaimers/ace.htm>].
3. Singer P. Guión de evaluación de la capacidad. Centro de Bioética de la Universidad de Toronto. Traducción española y modificación: Pablo Simón, Escuela Andaluza de Salud Pública.
4. Appelbaum PS. Assessment of Patient's Competence to consent to treatment. N Engl J Med 2007; 357: 1834-40.
5. Caso: Neoplasia de pulmón (rechazo de tratamiento quimioterápico paliativo).
6. Caso: Fractura de cadera (rechazo de tratamiento quirúrgico, pero no de la inmovilización).

C. INDICACIONES

Los alumnos deben comparar los dos casos, analizarlos y determinar si los pacientes son, o no, capaces de hecho, requisito fundamental para aceptar su rechazo de tratamiento. Además, deben ser capaces de señalar si existen posibles alternativas de tratamiento para los pacientes, que no incluyan el tratamiento rechazado.

BIOÉTICA Y TOMA DE DECISIONES EN EL FINAL DE LA VIDA

A diferencia de la asignatura previa, ésta debe ubicarse en el período de aprendizaje clínico, y coincidiendo al menos con las asignaturas de medicina interna, neurología y medicina crítica. De esta forma se consigue la correlación entre el aprendizaje de los hechos técnicos en las especialidades mencionadas y la identificación de los problemas éticos más frecuentes en estos ámbitos.

Al igual que en la asignatura «Bioética y relación clínica», el primer paso consiste en delimitar las habilidades (saber hacer) que deben desarrollar los alumnos, y que se señalan a continuación:

- identificar correctamente y diferenciar entre sí las situaciones o escenarios clínicos que aparecen en el proceso de muerte: limitación del esfuerzo terapéutico; rechazo de tratamiento; sedación del enfermo en fase terminal o sedación paliativa; suspensión de atención médica por fallecimiento tras diagnóstico de muerte encefálica; eutanasia¹⁸;
- formular juicios clínicos argumentados sobre el concepto de futilidad y adecuación del esfuerzo terapéutico en las intervenciones sanitarias, y comprender la base clínica y ética de la limitación del esfuerzo terapéutico con objeto de evitar la obstinación diagnóstica y/o terapéutica;
- aprender a realizar con los pacientes una planificación anticipada de sus decisiones, y a documentarla en la ficha clínica;

- identificar el marco clínico de los cuidados paliativos –síntomas prevalentes en las enfermedades avanzadas y de las enfermedades oncológicas terminales– y los problemas éticos asociados a este ámbito de la Medicina.

Para su consecución se presentan tres prácticas, que giran alrededor de tres ejes clínicos previamente desarrollados en las clases teóricas: el correspondiente a las enfermedades agudas, el de las enfermedades crónicas, y el abordaje paliativo de cualquier situación que conlleve un proceso de muerte cercano, o que ya se haya iniciado.

1ª Práctica: Las enfermedades críticas. Adecuación del esfuerzo terapéutico y comunicación con el paciente y los familiares

En Medicina el uso de la tecnología aparece ligado a dos conceptos, la enfermedad crítica y la idea de que la técnica es un fin en sí misma, por lo que es aplicada de forma automática.

Ambos conceptos son falsos. Ni la tecnología afecta solo a la enfermedad crítica –todo lo que se utiliza para el tratamiento de los enfermos, desde la diálisis renal hasta una simple sonda nasogástrica, desde un protocolo oncológico hasta un psicofármaco, constituyen posibilidades tecnológicas de intervención en el ser humano– ni la técnica es un fin en sí misma. De aquí la aparición de conceptos como el de la limitación del esfuerzo terapéutico (LET), hoy constitutivo de una buena práctica clínica, y su clara diferenciación con el problema de la eutanasia¹⁹⁻²¹.

Es fundamental que los alumnos desarrollen la habili-

Tabla 5. Casos clínicos para la evaluación de la capacidad de hecho.**CASOS CLÍNICOS. RECHAZO DE TRATAMIENTO.****Caso 1. Neoplasia de pulmón**

Paciente de 35 años, que ha sido diagnosticado de un carcinoma pulmonar. Acude al consultorio por dolor costal de gran intensidad. La radiografía de tórax muestra fractura del 6° arco costal, producida por metástasis del tumor primario.

El paciente proviene de Oncología, donde tras el diagnóstico se le ofertó tratamiento con quimioterapia para reducir el volumen de la neoplasia, sabiendo que por lo avanzado de la patología (al momento del diagnóstico presenta metástasis), y por el tipo histológico del carcinoma, no se conseguirá la remisión del tumor, sino a lo máximo un incremento en la supervivencia de seis meses, y un control de los síntomas que aparecerán por el crecimiento del tumor y la compresión de estructuras adyacentes.

La Dra. Gómez establece con el paciente un diálogo en el que retoma la información, y le pregunta por su decisión. El paciente se muestra claro, y repite lo que ya le dijo al oncólogo: que no quiere padecer los efectos secundarios de la quimioterapia, efectos que conoce a través de la experiencia de un familiar cercano que murió de cáncer un año antes, y que sabe que someterse al tratamiento no logrará la remisión del tumor, sino solo una sobrevida estimada entre 6 meses y un año.

El paciente se muestra cabizbajo. Es acompañado por su esposa y un hermano, que continuamente asienten y refuerzan la decisión del paciente, y añaden que van a consultar con un especialista en medicinas alternativas, y también con un acupuntor. La doctora le pide que reevalúe su decisión, y que en todo caso vuelva por el consultorio cuando lo necesite.

Tres meses más tarde el paciente acude de nuevo a la consulta con un gran cortejo sintomático: exoftalmos, ingurgitación venosa, dolores opresivos en tórax y dificultades en la deglución. Se le oferta un tratamiento de quimioterapia, que el paciente rechaza de nuevo, por lo que se establece comunicación con el equipo de cuidados paliativos con el objetivo de controlar los síntomas, y acompañar la muerte del paciente, a ser posible en su domicilio.

La doctora se queda pensando que nunca antes había tenido un caso similar, y aunque intuye que no se debería forzar a nadie a seguir un tratamiento que no acepta, se siente inquieta, pues no sabe cómo justificar su decisión, y tampoco si en este caso debía de haber presionado al paciente para que aceptase la quimioterapia.

Caso 2. Fractura de cadera

Paciente de 67 años, sin antecedentes de interés, que debuta en su domicilio con fiebre y dificultad respiratoria. Sufre una caída, y una fractura consecuente, lo que le ocasiona gran dolor e impotencia funcional de la extremidad inferior izquierda. Es trasladada desde su domicilio al hospital más cercano.

Al ingreso, tras anamnesis, exploración y petición de pruebas complementarias, se realizan los siguientes juicios diagnósticos: neumonía extrahospitalaria y fractura pertrocantérea de cadera izquierda.

Al ser informada de su situación clínica, así como de la necesidad de ser intervenida quirúrgicamente, la paciente se niega a ser operada, y también a recibir la heparina que, en caso de inmovilización prolongada, habría que indicarle para evitar un tromboembolismo pulmonar secundario.

Al preguntarle los motivos de su decisión argumenta lo siguiente: «se cayó porque perdió el conocimiento debido a su proceso respiratorio, y que cuando éste revierta desaparecerá también su problema de deambulación». Por esta razón acepta ser tratada con antibióticos y oxígeno, pero no la intervención quirúrgica.

El médico responsable habla con ella, le informa de nuevo, y le muestra la radiografía para que objetive la fractura de cadera, pero la paciente repite todos los argumentos antes reseñados. Por esta razón el médico tratante duda de que la paciente comprenda realmente su problema clínico, y no sabe si debe aceptar el rechazo de tratamiento.

dad de enfocar la tecnología en el contexto del pronóstico del paciente y que aprendan a realizar juicios clínicos de LET. También lo es que aprendan a manejar correctamente el proceso comunicativo con pacientes y/o familiares en estas situaciones, y que puedan diseñar formularios sencillos, u otras estrategias, que les ayuden en la transmisión de información compleja en entornos de gran ansiedad (Tabla 6).

De nuevo se requiere un material de trabajo práctico, publicado en revistas clínicas de prestigio, y estudios empíricos que permitan que el alumno visualice la importancia de este tema en la praxis clínica, y los problemas reales que suponen para los profesionales en ejercicio^{22,23}.

2ª Práctica: Las enfermedades crónicas. Planificación anticipada de las decisiones y directivas anticipadas

La planificación anticipada de las decisiones (PAD) es una valiosa herramienta clínica en las enfermedades cró-

nicas y enfermedades avanzadas. En realidad no es sino un proceso de consentimiento informado, que se proyecta hacia el futuro para poder tomar decisiones sobre el paciente cuando él ya no sea capaz de hacerlo. Es el mejor instrumento clínico para evitar conflictos cuando el paciente sea incapaz, para decidir lo que realmente él hubiera querido, para introducir a la familia en el proceso, y para asegurar la calidad de la relación clínica.

Como en el caso del consentimiento, es un objetivo prioritario evitar la confusión del formulario –directiva anticipada; en Chile «voluntad manifestada previamente»– con el proceso de PAD²⁴. Por eso, en esta práctica, supuestos ya los conocimientos teóricos del tema, el alumno debe aprender a realizar un proceso de planificación, y a aplicarlo a una situación clínica a través del caso que elija (Tabla 7).

La tutorización del profesor le ayudará a seleccionar el caso, a conocer su probable evolución y a identificar los

Tabla 6. Conceptos y herramientas para el manejo ético de las enfermedades críticas.

PRÁCTICA: LAS ENFERMEDADES CRÍTICAS
[ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO Y COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y LOS FAMILIARES]

A. OBJETIVOS

- Identificar situaciones críticas en las que se requiere el uso de medios de soporte vital.
- Analizar críticamente el manejo habitual de estos pacientes en las unidades de medicina intensiva de Chile.
- Realizar una simulación de limitación del esfuerzo terapéutico (LET) [Seleccionar un caso clínico, ubicarlo en uno de los paradigmas de actuación explicados para la LET en medicina crítica, y llevar a cabo un análisis del mismo].
- Obtener datos empíricos encuestando a dos tipos de población:
 - a) profesionales de salud;
 - b) pacientes, que hayan estado en la UCI (y/o familiares de los mismos).
- Elaborar un formulario de información para los familiares de pacientes ingresados en una UCI.

B. MATERIAL DE APOYO

1. Gómez Rubí, J. Limitación de medidas de soporte vital: una vez instauradas ¿por qué no retirar? En: Gómez Rubí J, Abizanda R. *Bioética y Medicina Intensiva. Dilemas éticos en el paciente crítico*. Madrid: Edikamed. 2005; p. 113-117.
2. Canteros J, Lefeubre O, Toro M, Herrera C. Limitación del esfuerzo terapéutico. *Rev Chil Med Intensiva* 2007; 22: 93-96.
3. Estrategia práctica de LET en la UCI. En: Gómez Rubí, J. *Ética y Medicina Crítica*. Madrid: Triacastela, 2002; p. 242-253.
4. Santana L, et al. Encuesta de satisfacción a los familiares de pacientes críticos. *Med Intensiva* 2007; 31 (2): 57-61.
5. Pérez Cárdenas MD, et al. Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva* 2004; 28(5): 237-49.
6. Documento de «Información a familiares y allegados de pacientes ingresados en la UCI». Hospital General de Castellón (España).

C. INDICACIONES

Además de los textos específicos de soporte para esta práctica, los alumnos deben utilizar el material bibliográfico de la asignatura (parte teórica) correspondiente a este tema.

La práctica tiene dos partes:

- En la primera hay que trabajar el **concepto de LET**, seleccionar un caso y ubicarlo en uno de los grupos de clasificación de LET en medicina crítica que aparece en la reseña 3 del material bibliográfico.
- En la segunda parte el objetivo es manejar el **proceso de información** a los familiares, identificando varios aspectos: de qué es necesario informar, cuándo hay que informar, a quién hay que informar, y cómo utilizar instrumentos facilitadores para la comprensión de información compleja en el entorno de la UCI.

episodios de agudización o los eventos clínicos que ocurrirán en el futuro, y que deben ser comunicados a los pacientes para recabar su posición respecto a la intervención clínica y/o tratamiento²⁵. Al igual que ocurre con el consentimiento, el proceso de planificación debería hacerse siempre en este tipo de patologías, exista o no un documento de instrucciones previas.

3ª Práctica: Enfermedades en fase avanzada y enfermedades terminales. El abordaje paliativo

Los cuidados paliativos nacieron en torno a la oncología, y ahí es donde cualquier profesional sanitario los ubica como una parte más de la Medicina, que entiende que el cuidado profesional del proceso de la muerte es también un objetivo de la Medicina y una obligación profesional²⁶. Hoy el abordaje paliativo es mucho más amplio, pues también interviene en las fases avanzadas de cualquier patología grave e irreversible.

Desde los inicios, esta especialidad ha convivido con numerosos problemas éticos, todos ellos relacionados con la cercanía de la muerte y su posible aceleración²⁷. El uso de opiáceos para el control del dolor y sus efectos secun-

darios es uno de ellos. El otro, la sedación del enfermo terminal cuando hay síntomas refractarios que ya no responden al tratamiento paliativo^{28,29}.

En este nivel docente el objetivo es que el alumno identifique el abordaje de los cuidados paliativos como una exigencia profesional, y que ubique los protocolos y guías de práctica clínica para el manejo del dolor y la sedación terminal. Asimismo, que no confunda ninguna de estas actuaciones clínicas con la eutanasia.

Una vez más los textos de apoyo deben ser muy sencillos, a la vez que clínicos. Las guías sobre cuidados a enfermos oncológicos y no oncológicos, o los estudios empíricos publicados en revistas de la especialidad, son una excelente herramienta práctica (Tabla 8).

BIOÉTICA Y TOMA DE DECISIONES EN EL ORIGEN DE LA VIDA

Al igual que ocurre en el final de la vida, son muchos los temas que se podrían abarcar en esta asignatura, tanto en su parte teórica como en el aprendizaje práctico, y que forman parte de muchos programas docentes en esta ma-

Tabla 7. Conceptos y herramientas clínicas para el manejo ético de las enfermedades crónicas.

PRÁCTICA: LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS
[PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE LAS DECISIONES CLÍNICAS Y DIRECTIVAS PREVIAS]

A. OBJETIVOS

- Identificar aquellos escenarios clínicos en los que es conveniente planificar con el paciente decisiones futuras sobre el nivel de su tratamiento médico.
- Investigar las actitudes de pacientes y profesionales respecto a este tema.
- Aprender cómo se lleva a cabo una PAD. Seleccionar un caso clínico y aplicar sobre él una planificación anticipada de decisiones, siguiendo el modelo que aparece en el artículo nº 5 del soporte bibliográfico.
- Distinguir el proceso (PAD) del formulario (directivas previas).

B. MATERIAL DE APOYO

1. Gobierno de Chile. Ley nº 20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. 13 abril, 2012.
2. Santos de Unamuno, C. Documento de voluntades anticipadas: actitud de los pacientes de atención primaria. *Aten Primaria* 2003; 32(1): 1-8.
3. Antolín A et al. Conocimientos acerca de su enfermedad y de los documentos de voluntades anticipadas en los pacientes con enfermedades crónicas evolutivas descompensadas que consultan en urgencias. *Emergencias* 2007; 19: 245-250.
4. Barrio I et al. De las Voluntades Anticipadas o Instrucciones Previas a la Planificación Anticipada de las Decisiones. *Nure Investigación* 2004; 5: 1-9. [Anexo I (Objetivos de la planificación anticipada) y Anexo II (Planificación anticipada de las decisiones)].
5. Couceiro A, Pandiella A. La EPOC: un paradigma para el uso de directivas previas y la planificación anticipada de decisiones. *Arch Bronconeumol* 2010; 46(6): 325-31.

C. INDICACIONES

- Para aprender cómo se realiza la planificación anticipada de decisiones (PAD), seleccionar un caso clínico y seguir el modelo que aparece en el artículo 5 del soporte bibliográfico.
- El caso clínico elegido puede referirse a cualquier enfermedad crónica que permita la PAD, a excepción de la EPOC. El alumno debe conocer: su evolución, los episodios intercurrentes, las fases de la patología, y las causas habituales que conducen a la muerte, y diseñar en relación con esa evolución una estrategia de PAD con el paciente y la familia.

teria que actualmente se imparten en las facultades de Medicina.

En la facultad de Medicina de la Universidad de Concepción hemos realizado una estricta selección, basada en la premisa de que en el nivel académico del pregrado el objetivo es formar profesionales de la salud básicos, y no especialistas en ésta ni en ninguna otra materia. En su mayoría serán médicos generalistas, de forma que los contenidos y temas que se desarrollen deben centrarse en lo que, inexcusablemente, debería conocer cualquier profesional para el desempeño de su labor habitual en la atención primaria de salud, y capacitarlos para ello. De esta forma se han obviado, intencionadamente temas como el diagnóstico prenatal, la ingeniería genética, o la reproducción asistida, muy atractivos en los grandes debates, pero que no constituirán el desempeño profesional de la mayoría de nuestros actuales alumnos.

En base a esa premisa, se han definido los siguientes objetivos y habilidades prácticas a desarrollar en esta asignatura:

- identificar los problemas de salud de la población chilena, y de los jóvenes en particular, relacionados con los derechos sexuales y reproductivos;
- señalar los problemas específicos que plantea el VIH, tanto desde el punto de vista de la salud, como de las políticas preventivas, la confidencialidad y la entrevista clínica;

- manejar correctamente el proceso de consentimiento informado en la toma de decisiones sobre menores, aplicando la teoría del menor maduro;
- identificar la adolescencia como la etapa cuyas decisiones en materia de salud permite y exige una mayor implicación del menor, así como el respeto de sus derechos en el ámbito de la relación clínica;
- adquirir la capacidad de utilizar una entrevista clínica adaptada a las necesidades y características del adolescente.

1ª Práctica: Los derechos sexuales y reproductivos en las sociedades democráticas

Desde la Conferencia del Cairo, las sociedades modernas delimitan con precisión la noción de derechos sexuales y reproductivos (DSR). A partir de aquí, y con base en la tesis de los derechos civiles y políticos, se entiende que los derechos sexuales y reproductivos son derechos subjetivos, que sólo puede y debe gestionar el individuo, ya que pertenecen al ámbito privado³⁰. Por tanto, la función correlativa de un Estado democrático no es imponer una única visión del tema, sino educar en la responsabilidad, dar la información necesaria a los ciudadanos y hacer accesibles los métodos de planificación familiar³¹.

Los alumnos tienen que conocer la aparición y situación de los DSR en América Latina, su progresiva aparición en Chile, y los tres pilares fundamentales de su desarrollo

Tabla 8. Manejo ético de las enfermedades en fase avanzada y enfermedades terminales.**PRÁCTICA: ENFERMEDADES AVANZADAS Y TERMINALES. ABORDAJE PALIATIVO****A. OBJETIVOS**

- Identificar el marco clínico de los cuidados paliativos.
- Conocer la estrategia de implementación de cuidados paliativos en Chile (MINSAL) y las patologías AUGE que pueden beneficiarse de este abordaje.
- Aprender a utilizar el concepto de limitación del esfuerzo terapéutico en las enfermedades avanzadas y situaciones terminales.
- Identificar los síntomas prevalentes en las enfermedades avanzadas y terminales, y conocer la existencia de protocolos clínicos que definen su abordaje paliativo.
- Identificar las necesidades psicosociales del enfermo y de su familia, y conocer la existencia de estrategias profesionales de intervención.

B. MATERIAL DE APOYO

1. MINSAL. Guía clínica AUGE. Alivio del dolor por cáncer avanzado y Cuidados Paliativos. Santiago: Minsal, 2011.
2. Ameneiros E et al. Limitación del esfuerzo terapéutico en la situación de enfermedad terminal: ¿nos puede ayudar la Bioética a tomar decisiones? *Med Pal* 2006; 13: 174-178.
3. Navarro N, Fombuena M. Cuidados paliativos en el enfermo no oncológico. En: Consejería de Sanidad. Generalitat Valenciana. Atención Paliativa. Guía Práctica n 67; p. 6-7.
4. Soler M et al. Necesidades psicosociales de los enfermos al final de la vida, y de sus familiares. Cuidados paliativos en el enfermo no oncológico. En: Consejería de Sanidad. Generalitat Valenciana. Atención Paliativa. Guía Práctica n° 67; p. 12-13.
5. Clavé E, et al. Sufrimiento insoportable y voluntad de vivir: primeros resultados de un estudio en Guipuzkoa. *Med Pal* 2006; 13: 197-206.

en el país: Política de Población y Salud Pública y Política Nacional de Regulación de la Fertilidad (Frei, 1967); Programa de Salud de la Mujer (1997) y Proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos (Bachelet, 2000); Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad (2007) y Objetivos Sanitarios del MINSAL 2000-2010.

El Proyecto de Ley Marco de DSR es la base conceptual del trabajo práctico para el alumno³², que debe identificar y diferenciar los dos tipos de derechos contenidos en él –sexuales y reproductivos– y conectar su contenido con los problemas de la población chilena en el área de la salud sexual y reproductiva (Tabla 9). Como el abordaje no debe ser exclusiva ni estrictamente clínico, el material de trabajo práctico se encuentra preferentemente en publicaciones diversas de otros ámbitos del conocimiento, como *Revista Chilena de Salud Pública* o *Revista Chilena de Sociología*^{33,34}. Este tipo de material permite que el alumno perciba que son otras las áreas de conocimiento que proporcionan datos y reflexiones sobre este tema: comportamientos reproductivos, representación sexual del cuerpo, actitudes de los adolescentes sobre el uso del preservativo, etc. De esta manera, se busca superar el «reduccionismo clínico» que se deriva de considerar estos temas desde una única perspectiva, incapaz por otra parte de explicar y analizar los paradigmas de comportamiento sexual de las sociedades, o los problemas relacionados con esta área de la vida humana.

Se recomienda trabajar, en un segundo momento, los problemas de salud pública aparejados a esta área, como: infecciones de transmisión sexual, regulación de la fertilidad, infección del VIH/SIDA, embarazo en adolescentes.

Por último, hay que conectar esta práctica con lo aprendido en Bioética I sobre el tipo de sociedades que existen en función de los valores. Las sociedades de «código único» no distinguen entre el espacio público y el priva-

do, y por tanto imponen la opción ética de los grupos ideológicos de poder sobre toda la población. Las sociedades de «código múltiple», respetuosas de la libertad de conciencia y de los espacios privados de los ciudadanos, educan en la responsabilidad, pero no imponen una ética de máximos de un grupo social determinado como obligatoria para todos.

La tarea para el docente es ayudar al alumno a que diagnostique qué tipo de sociedad es la chilena en este ámbito. Para ello también puede ayudarse del análisis de algún ejemplo práctico reciente, como lo ocurrido con la anticoncepción de emergencia en Chile: protocolos del MINSAL para su uso en emergencias, postura y acciones de los alcaldes de las comunas respecto del tema, sentencia del Tribunal Constitucional, etc.

2ª Práctica: El proceso de toma de decisiones clínicas en Pediatría y en la adolescencia. La teoría del menor maduro

Hay al menos dos factores que explican el que los menores sean sistemáticamente obviados en el proceso de toma de decisiones clínicas sobre su patología. El primero se refiere al tradicional paternalismo médico, que si hasta hace bien poco conducía a tratar a las personas adultas como niños en el ámbito de la relación clínica, es aún más fuerte en el ámbito de la Pediatría. El segundo es la permanente confusión entre el formulario de consentimiento y el proceso de relación clínica que conlleva la toma de decisiones compartidas entre médico y paciente³⁵.

Si bien es cierto que los menores no pueden tomar muchas de las decisiones que afectan a su salud, esto no significa que sean sistemáticamente apartados del proceso. La aparición en el ámbito del Derecho de la teoría del menor maduro, que afirma que los derechos civiles o subjetivos existen en el individuo desde el momento en el que éste es capaz de ejercerlos, algo que sucede en muchos ámbitos de

Tabla 9. Los derechos sexuales y reproductivos. Problemas de salud pública y problemas éticos.**PRÁCTICA: LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS****A. OBJETIVOS**

- Identificar los derechos reproductivos y los derechos sexuales, y distinguirlos conceptualmente.
- Identificar los problemas de salud de la población chilena, y de los jóvenes en particular, que derivan de no hacer efectivos los derechos sexuales y reproductivos.
- Investigar las actitudes de ciudadanos y profesionales sobre este tema.
- Identificar los problemas éticos que plantea el manejo del SIDA [salud, confidencialidad, manejo de la entrevista clínica, etc.].

B. MATERIAL DE APOYO

1. Gobierno de Chile. Ley Marco sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. Boletín n° 5933-11. Santiago de Chile, 1999.
2. Gobierno de Chile. Ley 19.779. Establece normas relativas al virus de la inmunodeficiencia humana y crea bonificación fiscal para las enfermedades catastróficas.
3. Flasco Chile. UNFPA. Boletín informativo. Desafíos en salud sexual y reproductiva, VIH, Sida e ITS en Chile.
4. Molina R, Molina T. Madres-niñas adolescentes de 14 años y menos. Un grave problema de salud pública no resuelto en Chile. Rev Méd Chile 2007; 135: 79-86.
5. Montero A, González E, Molina T. Salud Sexual y reproductiva de los y las adolescentes en Chile. Rev Chil Salud Pública 2008; 12(1): 42-47.
6. Escalona N. Actitudes de un grupo de jóvenes de enseñanza media sobre el uso del condón, Santiago 2005. REV SOGIA 2006; 13(1): 9-15.

C. INDICACIONES

La práctica se desarrolla en dos partes:

- En la primera, el alumno debe trabajar los derechos sexuales y reproductivos, tomando como base para su identificación el documento de apoyo n°1.
- En la segunda debe elegir uno de los problemas relacionados con este ámbito [ITS, embarazo en adolescentes, etc.], elaborar una encuesta, indagar la opinión de ciudadanos y profesionales, y discutir los resultados obtenidos en comparación con los que aparecen en el material de apoyo bibliográfico.
- En la deliberación en grupo los alumnos deben relacionar esta práctica con los aprendidos en la práctica «relación clínica y ética civil», y su diagnóstico de la sociedad chilena desde el punto de vista de los valores [de «código único» de valores o de «código múltiple»].

la vida del menor antes de los 18 años, conlleva consecuencias importantes en el ámbito de la Pediatría³⁶. Se pueden sintetizar en la siguiente afirmación: es necesario introducir, también aquí, el modelo de consentimiento informado, si bien adaptado a la edad del menor y a la complejidad de la decisión clínica que tenemos que tomar³⁷.

Introducir este modelo significa, en primer lugar, que el menor siempre debe ser identificado como un sujeto más de la relación clínica, estableciendo comunicación directa y personal con él, y adecuando la información y la forma de comunicación a su edad. Ser escuchado o ser oído es un derecho de los menores que recoge la Ley 19.968 de Tribunales de Familia, y nadie puede ser escuchado cuando ni tan siquiera se le tiene en cuenta en el proceso de relación.

En segundo lugar, que a partir de los 12 años el menor debe asentir, por más que sean los representantes quienes consientan. Asentir es un grado más respecto de ser escuchado, y exige atender a las razones y elecciones de los menores en la vivencia de su enfermedad, si bien su opinión no sea determinante de forma definitiva. Entre los 16 y 18 años son muchas las legislaciones que, con base en esta teoría, otorgan la capacidad decisoria –capacidad de consentir– al menor, en este caso adolescente, si se comprueba que comprende la información y que tiene la capacidad y madurez suficiente para tomar una decisión, ya que valora las consecuencias y hace una elección sobre la que puede dar razones³⁸.

El profesional sanitario es el garante ante la sociedad

de que se dan las mencionadas condiciones, y por ello es que el alumno debe conocer la teoría del menor maduro y cómo se aplica en el ámbito clínico (Tabla 10). En este sentido se sugiere que en esta práctica se evite la utilización de los ejemplos clínicos habituales en el ámbito de la ética, casos de oncología pediátrica o de cuidados críticos en pediatría. Además de ser los más complejos transmiten la idea de que sólo aquí hay dilemas y conflictos éticos, y de que sólo aquí se aplicaría la teoría del menor maduro. El lugar habitual de atención pediátrica en cualquier sistema sanitario es la atención primaria, y aquí es donde se tiene que generar en el alumno de pregrado el hábito de enseñar a familias y menores otro modelo de comportamiento, y de introducir a los menores en primera persona en la relación clínica.

Asimismo, es necesario hacer hincapié en la necesidad de manejar la entrevista clínica específica para el adolescente, adaptada a sus características y problemas de salud³⁹.

CONCLUSIÓN

El aprendizaje práctico de la Bioética es tan esencial al futuro profesional como lo es adquirir destrezas técnicas en el dominio de las otras áreas de la Medicina. Para que sea una herramienta de utilidad real debe partir de la realidad social y del marco en el que se inserta la relación clínica.

Ese marco y fundamento lo constituyen los derechos

fundamentales recogidos en la constitución chilena, cuya aplicación específica a la relación clínica se desarrolla en la ley de derechos de los pacientes recientemente aprobada. Éste es el contenido que debe tener la enseñanza teórica de la Bioética en las Facultades de Medicina.

En este artículo se ha tratado de mostrar cómo hacerlo en la práctica, qué herramientas metodológicas se pueden

utilizar, y cómo se puede estructurar dicho aprendizaje en torno a los dos ciclos de la carrera, realizando una selección de contenidos y habilidades específicas a adquirir en el nivel de pregrado. Los materiales utilizados, que se entregan en este texto, tendrán que ser actualizados progresivamente, pero marcan las líneas fundamentales en que debe apoyarse el aprendizaje práctico de esta disciplina.

Tabla 10. El menor como sujeto de derechos. Aplicación a la relación clínica.

PRÁCTICA: PEDIATRÍA Y ADOLESCENCIA	
[LA TEORÍA DEL MENOR MADURO Y SU APLICACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS]	
A. OBJETIVOS	
<ul style="list-style-type: none"> · Identificar al menor como sujeto de derechos respecto de su integridad física y su salud. · Aprender a aplicar la teoría del menor maduro en la toma de decisiones clínicas sobre los menores. · Identificar situaciones de posible conflicto ético en la atención clínica a los menores. 	
B. MATERIAL DE APOYO	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Oppliger W, Bascañán M. Consentimiento informado. Percepción de médicos, enfermeras y padres sobre el proceso comunicativo. <i>Rev Chil Pediatr</i> 2011; 82(3): 204-210. 2. Gracia D, Jarabo Y, Martín N, Ríos J. Toma de decisiones con el paciente menor de edad. <i>Med Clin (Barc)</i> 2011; 117: 179-90. 3. Esquerda M, Pifarre J, Gabaldón S. Evaluación de la competencia para tomar decisiones sobre su propia salud en pacientes menores de edad. <i>FMC</i> 2009; 16(9): 547-553. 4. Ruiz Lázaro PJ, Parra Martínez MI. La entrevista clínica con adolescentes: lenguajes, patrones de comportamiento, dinámica de grupos. En: M de los Reyes y M Sánchez (editores). <i>Bioética y Pediatría</i>. Madrid: Ergón, 2010: 331-340. 	
C. INDICACIONES	
<p>La práctica se desarrolla en dos partes:</p> <ul style="list-style-type: none"> · En la primera el objetivo es trabajar el proceso de consentimiento en pediatría, entendido como un proceso de relación que obliga al profesional a introducir al menor en primera persona, estableciendo con él una comunicación adecuada a su edad y su patología, y utilizando para ello los medios e instrumentos adecuados. Utilizar ejemplos sencillos y habituales de toma de decisiones en la atención primaria, y comparar el modelo paternalista y el modelo participativo. · La segunda se centra en la adolescencia. Se trata de identificar: qué tipo de decisiones clínicas son las más habituales en este periodo de la vida, cómo debe evaluar el profesional la capacidad del menor, y la importancia de la entrevista clínica como instrumento para la búsqueda de alternativas y la responsabilización del adolescente de las consecuencias de su toma de decisiones. 	

BIBLIOGRAFÍA

1. Tysinger J, Klonis L, Sadler J, Wagner J. Teaching ethics using small-group, problem based learning. *J Med Ethics* 1997; 23: 315-318.
2. Couceiro A. Cinco mitos sobre la enseñanza de la Bioética en las Facultades de Medicina. *Rev Educ Cienc Salud* 2009; 6(2): 68-74.
3. Couceiro A, Muñoz M. La enseñanza de la Bioética en Medicina: una propuesta de desarrollo curricular. *Rev Educ Cienc Salud* 2007; 4(2): 92-99.
4. Flexner A. *Medical education in the United States and Canada*. New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. 1910, Bulletin 4.
5. González J, Wagenaar R. *Tuning Educational Structures in Europe*. Informe final. Deusto: Universidad de Deusto; 2003.
6. Couceiro A. Enseñanza de la Bioética y planes de estudios basados en competencias. *Educ Med* 2008; 11(2): 69-76.
7. Couceiro A. Introducción a la Bioética. En: Rodés Teixidor J, Guardia Massó J, editores. *Medicina Interna* (2ª ed.). Barcelona: Masson; 2004. p. 16-21.
8. Gracia D. Planteamiento general de la Bioética. En: Gracia D, editor. *Fundamentación y enseñanza de la Bioética*. Bogotá: El Búho; 1998. p. 11-28.
9. Emanuel E J, Emanuel L L. Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En: Couceiro A, editora. *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela, 1999; 109-126.
10. Couceiro A. La relación clínica: historia, modelos, instrumentos y retos. En: Beca JP, Astete C (editores). *Bioética clínica*. Santiago de Chile: Mediterráneo, 2012 (en prensa).
11. Simón P. Diez mitos en torno al consentimiento informado. *An Sist Sanit Navar*. 2006; 29(supl.3): 29-40.
12. Pantoja L. El consentimiento informado: ¿sólo un requisito legal? *Rev Esp Reumatol* 2004; 31(8): 475-478.
13. Pérez C, Jalil R, Canals C, Soto S, Pinto J, Bedregal P, Godoy D. Relación médico-paciente: estudio comparativo entre dos servicios de medicina interna. *Rev Méd Chile* 1998; 116: 1239-45.
14. León T, Bedregal P, Shand B. Prevalencia de problemas éticos en servicios de Medicina Interna. *Rev Méd Chile* 2009; 137(6): 759-765.
15. Comité Consultivo de Bioética de Cataluña. *Recomendaciones ante el rechazo de los enfermos al tratamiento*. Barcelona: Departament de la Salut – Generalitat de Catalunya, 2010.
16. Gobierno de Chile. Ley nº 20.584. Regula los derechos y deberes que tienen las personas

- en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. 13 abril. 2012.
17. Couceiro A, Heredia F. Los derechos de los pacientes y el proyecto de ley en Chile. *Vida Médica* 2007; 59: 66-73.
 18. Simón P, Barrio I, Alarcos F, Barbero J, Couceiro A, Hernando P. Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. *Rev Calidad Asistencial* 2008; 23: 271-285.
 19. Fernández R, Baigorri F, Artigas A. Limitación del esfuerzo terapéutico en Cuidados Intensivos. ¿Ha cambiado en el siglo XXI? *Med Intensiva* 2005; 29(6): 338-41.
 20. Couceiro A. ¿Es ético limitar el esfuerzo terapéutico? *An Esp Pediatr* 2002; 57(6): 5005-7.
 21. Monzón J L, Saralegui I, Abizanda R, Cabré L, Iribarren S, Martín M C, et al. Recomendaciones de Tratamiento al final de la vida del paciente crítico. *Med Intensiva* 2008; 32(3): 121-33.
 22. Iribarren S, Latorre K, Muñoz Martínez T, Poveda Y, Dudagoitia J L, Martínez S, et al. Limitación del esfuerzo terapéutico tras el ingreso de una Unidad de Medicina Intensiva. Análisis de factores asociados. *Med Intensiva* 2007; 31(2): 68-72.
 23. Canteros J, Lefeubre O, Toro M, Herrera C. Limitación del esfuerzo terapéutico. *Rev Chil Med Intensiva* 2007; 22(2): 93-96.
 24. Barrio I, Simón P, Juez J. De las Voluntades Anticipadas o Instrucciones Previas a la Planificación Anticipada de las Decisiones. *Nure Investigación* 2004; 5: 1-9.
 25. Couceiro A, Pandiella A. La EPOC: un paradigma para el uso de directivas previas y la planificación anticipada de decisiones. *Arch Bronconeumol* 2010; 46: 325-331.
 26. The Hastings Center. The goals of Medicine: setting new priorities. *Hastings Cent Rep* 1996; S1-S27. [Trad. al castellano. Hastings Center. Los fines de la Medicina. El establecimiento de nuevas prioridades. Cuadernos de la Fundación Víctor Grifolds. Barcelona, 2004].
 27. Couceiro A. El enfermo terminal y las decisiones en torno al final de la vida. En: Couceiro A, ed. *Ética en cuidados paliativos*. Madrid: Triacastela, 2004. p. 271-275.
 28. Cherny N, Radbruch L, The Board of EAPC. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med* 2009; 23(7): 581-593.
 29. Comité Ética de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos. *Med Pal* 2002; 9: 41-46.
 30. Naciones Unidas. Conferencia Internacional de El Cairo sobre Población y Desarrollo. Madrid: PPC, 1995.
 31. Couceiro A. La anticoncepción, un desafío moral para la sexualidad. *JANO* 2001; 50 (1382): 104-109.
 32. Gobierno de Chile. Ley Marco sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. Boletín n° 5933-11. Santiago de Chile, 1999.
 33. Montero A, González E, Molina T. Salud Sexual y reproductiva de los y las adolescentes en Chile. *Rev Chil Salud Pública* 2008; 12(1): 42-47.
 34. Escalona N. Actitudes de un grupo de jóvenes de enseñanza media sobre el uso del condón, Santiago 2005. *REV SOGIA* 2006; 13(1): 9-15.
 35. Oppliger W, Bascañán M. Consentimiento informado. Percepción de médicos, enfermeras y padres sobre el proceso comunicativo. *Rev Chil Pediatr* 2011; 82(3): 204-210.
 36. Simón P, Barrio I. Estadios y evolución de la conciencia moral para tomar decisiones sobre la propia salud: de la Bioética al Bioderecho. En: M de los Reyes y M Sánchez (editores). *Bioética y Pediatría*. Madrid: Ergón, 2010: 39-48.
 37. Gracia D, Jarabo Y, Martín N, Ríos J. Toma de decisiones con el paciente menor de edad. *Med Clin (Barc.)* 2001; 117: 179-90.
 38. Esquerda M, Pifarre J, Gabaldón S. Evaluación de la competencia para tomar decisiones sobre su propia salud en pacientes menores de edad. *FMC* 2009; 16(9): 547-553.
 39. Ruiz Lázaro P J, Parra Martínez M I. La entrevista clínica con adolescentes: lenguajes, patrones de comportamiento, dinámica de grupos. En: M de los Reyes y M Sánchez (editores). *Bioética y Pediatría*. Madrid: Ergón, 2010: 331-340.

Correspondencia:

*Azucena Couceiro V.**Facultad de Medicina**UPV/EHU**España.**e-mail: acouceiro@arrakis.es*