

**UNIVERSIDAD ADVENTISTA DE CENTRO AMÉRICA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**Dominio conceptual de términos asociados a dilemas bioéticos al final de la vida,
en estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Adventista de
Centro América en el periodo de abril-agosto del 2019**

Hellen Aguilar Sánchez

Roxana Reyes

ALAJUELA, COSTA RICA

Agosto, 2019

Declaración Jurada

Nosotras, Hellen Aguilar Sánchez y Roxana Reyes, ambas estudiantes de la Licenciatura de la Carrera de Enfermería de la Universidad Adventista de Centro América (UNADECA), declaramos bajo juramento y consciente de las responsabilidades penales de este acto, que somos autoras intelectuales del proyecto de investigación para optar al grado de Licenciatura denominado **“Dominio conceptual de términos asociados a dilemas bioéticos al final de la vida, en estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Adventista de Centro América en el periodo de abril-agosto del 2019”**

Por lo que liberamos a la Universidad Adventista de Centro América de cualquier responsabilidad en caso de que esta declaración sea falsa.

Firman en la ciudad de Alajuela, Costa Rica, el siete de noviembre del año dos mil diecinueve.

Hellen Aguilar Sánchez

Cédula No 3-0463-0789

Roxana Reyes

Pasaporte P0174818

Carta sustentante

**Dominio conceptual de términos asociados a dilemas bioéticos al final de la vida,
en estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Adventista de
Centro América en el periodo de abril-agosto del 2019**

Trabajo Final de Graduación sometido a consideración de la Escuela de Enfermería de la Universidad Adventista de Centro América para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería.

Sustentantes:

Hellen Aguilar Sánchez
Estudiante

Roxana Reyes
Estudiante

Aprobado por:

Dra. Julia Elena Ortíz Rivera
Presidenta Tribunal Examinador

Licda. Luz Marina López González
Director(a) del Trabajo Final de Graduación

Licda. Shyrley Ugalde Herrera
Lectora del Trabajo Final de Graduación

Dra. Julia Elena Ortíz Rivera
Lectora del Trabajo Final de Graduación

Agradecimiento

El más sincero de nuestros sentimientos en agradecimiento a una de las mejores instituciones, en cuanto a nivel académico se refiere, que hay en nuestro país, por medio de su personal docente construye en nosotras una carrera extraordinaria que, con el pasar de los años, pondremos en práctica para mostrar al mundo que hay formas muy humanas de dar lo mejor de uno mismo en aras del bienestar de los demás. No descansaremos de hacer el bien a quien bien lo merece.

Agradecemos a Dios, ser maravilloso que nos dio fuerza y fe para creer en lo que nos parecía imposible iniciar. A nuestras familias, por ayudarnos y darnos su apoyo en muchos ámbitos y por estar a nuestro lado en cada momento de nuestra vida. A nuestros esposos, quienes, con su impulso, su paciencia y dedicación nos dan lo mejor de ellos para alcanzar nuestros logros.

A nuestra profesora y tutora, Luz Marina López González, por esa dedicación y amor a la vocación, por su profesionalismo, sus conocimientos, orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia, paciencia y motivación, que han sido fundamentales para formarnos en el tiempo cuando nos impartió las tutorías. A nuestras compañeras de clase, por haber pasado un tiempo agradable en cada circunstancia durante las clases.

Dedicatoria

La presente tesis está dedicada a Dios, ya que gracias a él hemos logrado concluir nuestra carrera; y con todo amor y cariño a nuestros amados esposos, Orlando y Lester, por sus sacrificios y esfuerzos, por darnos una carrera para nuestro futuro y por creer en nuestra capacidad. Aunque hemos pasado momentos difíciles, siempre nos han brindado su comprensión, cariño y amor.

A nuestras madres, quienes, con sus palabras de aliento, no nos dejaron decaer para que siguiéramos adelante y siempre fuéramos perseverantes para que cumpliéramos con nuestros sueños.

A mis compañeras y amigos presentes, quienes sin esperar nada a cambio compartieron sus conocimientos, alegría y tristezas; y a todas aquellas personas que, durante estos años, estuvieron a nuestro lado apoyándonos y lograron que este sueño se hiciera realidad.

Gracias a todos.

Resumen

Esta investigación se realizó con el objetivo de “Determinar el dominio conceptual de los términos asociados a dilemas bioéticos que poseen los estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Adventista de Centro América, en el periodo de abril a agosto del 2019 y “conocer los beneficios que otorga el dominio conceptual de los términos bioéticos para reconocer los procedimientos ante una práctica ilegal en el país”. Este trabajo se ubica dentro del diseño de tipo cuantitativo, descriptivo y exploratorio en la cual participaron 32 estudiantes, distribuidos en los distintos niveles de la carrera de Enfermería, como criterio de exclusión, se utiliza el juicio de experto y no participan en la investigación los estudiantes de primer nivel. Para recolectar los datos, se utilizó un cuestionario estructurado y los resultados mostraron que el 50 % de los estudiantes posee un dominio muy alto de los principios asociados a la bioética (autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia), Con respecto a la interrogante de si consideran importante el dominio de principios y prácticas asociadas a la bioética, el 100 % de los entrevistados(as) responde que sí es importante. Acerca de los beneficios que otorga el dominio de estos principios y prácticas (eutanasia, LET y encarnizamiento terapéutico), los entrevistados responden que “Brinda preparación ante situaciones que se puedan presentar y Ayuda a que el enfermero aborde mejor el tema y actuar de forma correcta para aliviar y restaurar la salud.

Palabras clave: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, eutanasia

Abstract

The main goal of this research is to determine “the conceptual knowledge of terms associated with bioethical dilemmas that nursing major students from Universidad Adventista de Centro America (UNADECA) have in the timeframe of April to August 2019 and to know the benefits that knowledge of bioethical conceptual terms offers to recognize the procedures of an illegal practice in the country”. This is a quantitative, descriptive, exploratory research which thirty-two (32) students who are in different levels of the nursing major, participated. As an exclusion criterion the judgement of an expert was used and the students in the first level did not participate. A structured questionnaire was used to collect the data and the results obtained indicated that 50% of the students have a high level of knowledge of the principles associated to bioethics (autonomy, justice, charity and non-maleficence). In regards to the question of whether or not it is important to have knowledge of the principles and practices of bioethics, 100% of the surveyed students responded that it is important. About the benefits that knowing about these principles and practices (euthanasia, LET and therapeutic obstinacy) offers, the surveyed students responded that it prepares them for situations that may occur, and it helps the nurse to address the matter and act properly in order to alleviate and restore health.

Keywords: autonomy, beneficence, non-maleficence and justice, euthanasia.

Tabla de contenido

Declaración Jurada	ii
Carta sustentante.....	iii
Agradecimiento	iv
Dedicatoria.....	v
Resumen	vi
Tabla de contenido.....	vii
Capítulo I. Introducción.....	13
Antecedentes.....	13
Origen de la bioética.....	13
Eutanasia.....	17
Limitación del esfuerzo terapéutico (LET)	22
Encarnizamiento terapéutico	23
Justificación	30
Relevancia práctica.....	31
Relevancia teórica.....	33
Relevancia social	34
Hipótesis	35
Problema de investigación.....	35
Pregunta principal.....	35
Objetivo general	35
Objetivos específicos.....	36
Capítulo II. Marco referencial	38
Marco teórico.....	38
Bioética conceptualización	40
Historia de la bioética	42
Antecedentes internacionales	43
Los diversos matices del Imperativo Bioético de Jahr	44
Bioética como disciplina	48
Disciplina del saber.	48
Panorama de la bioética en la región	49
La bioética en Costa Rica	50
Principios y prácticas de la bioética	51

Prácticas asociadas a la bioética	52
La eutanasia	52
Comienzos de la eutanasia.....	52
Clasificación de la eutanasia.....	53
Posiciones en contra de la práctica de eutanasia.	56
Razones jurídicas en contra de la eutanasia.....	58
Limitación del esfuerzo terapéutico	58
Aclaración de los conceptos.	59
Formas de LET.	59
Tipos de LET.....	60
Principios éticos y limitación del esfuerzo terapéutico.	61
Encarnizamiento o ensañamiento terapéutico	61
Implicancias del encarnizamiento terapéutico.....	62
Factores predisponentes al encarnizamiento terapéutico.....	62
¿En qué casos se llega al encarnizamiento terapéutico?.....	62
Educación ligada a la bioética	63
Educación al paciente, la familia y comunidad.	63
Marco conceptual	67
Bioética.....	67
Dominio conceptual.....	67
Dominio.	68
Términos asociados a la bioética	68
Principios	69
Autonomía	69
Beneficencia:	69
Justicia:	70
No maleficencia.....	70
Prácticas.....	70
Eutanasia:.....	70
Ensañamiento o encarnizamiento terapéutico	71
Limitación del esfuerzo terapéutica:.....	71
Otros conceptos	71
Enfermería,	71
El paciente	71
Final de la vida	71
Marco empírico.....	74
Internacional	74
Bioética y calidad de vida.....	74
Principios y prácticas asociados a la bioética.	76
Evolución de la bioética.	78
Nacional.....	81
Dilemas al final de la vida.	83

Integración de la bioética a la educación formal	87
Capítulo III. Marco metodológico	91
Tipo y enfoque de investigación.....	91
Escenario de investigación	92
Alcance temporal de la investigación.....	93
Ubicación de la investigación.....	93
Aspectos éticos	93
Ética.....	93
Validación del instrumento.....	95
Hipótesis.....	95
Sujetos y fuentes de información.....	96
Sujetos.....	96
Fuentes de información.....	96
Fuentes primarias.....	97
Universo, población y muestra	97
Universo.....	97
Población.....	97
Muestra.....	98
Tabla 1. <i>Cantidad de estudiantes según escuela</i>	99
Tabla 2. <i>Cantidad de E.E de UNADECA por nivel de estudio</i>	100
Variables o categorías de análisis	100
Descripción del instrumento.....	102
Instrumento.....	102
Sistema de variables.....	103
Capítulo IV. Análisis de resultados	113
Análisis de resultados	113
Tabla 3. <i>Distribución de variables sociodemográficas</i>	113
Gráfico 1. <i>Distribución por sexo, E. E. UNADECA abril-agosto 2019</i>	114
Gráfico 2. <i>Distribución nivel cursado E. E. UNADECA abril- agosto 2019</i>	115
Gráfico 3. <i>Distribución según país E. E. de UNADECA abril-agosto 2019</i>	116
Tabla 4. <i>Frecuencia E. E. de UNADECA principios abril-agosto 2019</i>	118
Gráfico 4. <i>Porcentaje principios bioética E. E. UNADECA abril-agosto 2019</i>	119
Tabla 5. <i>Frecuencia sobre prácticas E. E. UNADECA abril-agosto 2019</i>	122
Gráfico 5. <i>Porcentaje bioética E. E. UNADECA abril-agosto 2019</i>	123
Tabla 6. <i>Dominio principios bioética E. E. UNADECA abril-agosto 2019</i>	126
Tabla 7. <i>Porcentaje de dominio de las prácticas asociadas abril-agosto 2019</i>	128

Gráfico 6. <i>Distribución respuestas concepto “bioética” abril-agosto 2019</i>	130
Gráfico 7. <i>Distribución porcentual respuestas “autonomía” abril-agosto 2019</i>	131
Gráfico 8. <i>Distribución porcentual “beneficencia” abril-agosto 2019</i>	132
Gráfico 9. <i>Distribución porcentual “no maleficencia” abril-agosto 2019</i>	133
Gráfico 10. <i>Distribución porcentual “justicia” abril-agosto 2019</i>	134
Gráfico 11. <i>Distribución porcentual “ET” abril-agosto 2019</i>	135
Gráfico 12. <i>Distribución porcentual “LET” abril-agosto 2019</i>	136
Gráfico 13. <i>Distribución porcentual “eutanasia” abril-agosto 2019</i>	137
Análisis de preguntas abiertas	138
Importancia dominio de principios y prácticas asociadas a la bioética.	138
Tabla 8. <i>Importancia dominio principios y prácticas abril-agosto 2019</i>	138
Gráfico 14. <i>Importancia dominio principios y prácticas abril-agosto 2019</i>	139
Tabla 9. <i>Importancia dominio termino bioética abril-agosto 2019</i>	140
Brindar educación al paciente, familia y comunidad	141
Tabla 10. <i>Educación paciente, familia, comunidad abril-agosto 2019</i>	141
Gráfico 15. <i>Educación paciente, familia, comunidad abril-agosto 2019</i>	142
Tabla 11. <i>Educación al paciente, familia y comunidad abril-agosto 2019</i>	143
Dominio de términos ante una mala práctica	145
Tabla 12. <i>Dominio de conceptos ante una mala práctica abril-agosto 2019</i>	145
Materias del plan de estudios aportan conocimientos bioética.....	146
Beneficios que aporta este tema a la Carrera de Enfermería	146
Tabla 13. <i>Beneficios para la Carrera de Enfermería abril-agosto 2019</i>	147
Beneficios dominio términos ante mala práctica.....	149
Tabla 14. <i>Beneficios dominio términos ante mala práctica abril-agosto 2019</i>	149
Capítulo V. Conclusiones y Recomendaciones	152
Conclusiones.....	152
Dominio conceptual de principios y prácticas.....	152
Materias que aportan al conocimiento de la bioética	153
Beneficios de aporte de materias al conocimiento	154
Beneficios ante una práctica ilegal en el país	154
Recomendaciones	155
A la Escuela de Enfermería	155
A los estudiantes	156
Bibliografía.....	157
Índice de tablas	165

Índice de gráficos.....	166
Anexos	168
Anexo n.º 1. Consentimiento informado	168
Anexo n.º 2. Guía de cuestionario	170
Anexo n.º 3. Lista de acrónimos.....	174
Anexo n.º 4. Cronograma de actividades proceso tesis.....	175
Anexo n.º 5. Plan de estudios de Enfermería en la UNADECA	177
Anexo n.º 6. Cronograma general del proceso de tesis	178
Cartas.....	180
Carta n.º 1. Carta de presentación de propuesta proyecto de investigación.....	180
Carta n.º 2. Carta de aceptación de la propuesta del tema.....	181
Carta n.º 3. Carta de aprobación de tesis lista para ser revisada por lectores.....	182
Carta n.º 4. Carta aval correcciones de lectoras para filóloga	183
Carta n.º 5. Carta de filóloga	184
Carta n.º 6. Carta de aprobación tutora tesis lista para defensa.....	185
Carta n.º 7. Carta aprobación correcciones de defensa	186

CAPÍTULO I

Capítulo I. Introducción

Antecedentes

Origen de la bioética

El concepto de bioética se origina en la Antigüedad, no es hasta los años ochenta y noventa que el concepto cobra auge ante el desarrollo de la ciencia y la tecnología en el campo de la salud, por lo que empiezan a efectuarse eventos, los organismos internacionales comienzan a organizar actividades en las cuales el tema aparece para ser objeto de reflexión, sobre todo ante los grandes abusos que sucedieron en el siglo anterior, mediante el uso de la ciencia y la tecnología durante las prácticas médicas realizadas alrededor del mundo.

Antes de examinar el concepto de bioética es importante conocer cómo nace el concepto. Al respecto, Ortín comenta que:

El comienzo de la bioética se fija en 1970, cuando Van Rensselaer Potter escribió el libro “The Science of Survival”, mediante el cual trató de elaborar una nueva comprensión del modelo epistemológico de la ética médica y ambiental, así como de la deontología, de la medicina legal y de la filosofía médica. Potter, planteaba la necesidad de un nuevo comportamiento, nuevas obligaciones, nuevas leyes y una nueva moral con relación al futuro de las generaciones (Ortín, 2012, p. 11).

Según Ortín, “La bioética, en España comienza en la mitad de los años 80 debido a la coincidencia de un periodo histórico concreto con el inicio de la bioética en otros países” (2012).

Acerca del origen de la palabra bioética y la relación con los principios, valores y la ética es importante señalar que:

El origen de la palabra bioética, “cuyas raíces griegas “bios” (vida) y “ethos” (comportamiento o conducta), en conjunto, se refieren al análisis de los

problemas éticos que se gestan en la relación del ser humano con las ciencias y la tecnología, los cuales pueden influir o modificar la vida de la persona”

(Leiva y Villalobos, 2015, p. 2).

A continuación, se plantea la interrogante acerca de cómo se debe entender este concepto en el marco del ejercicio de la profesión de enfermería. Al respecto, Leiva y Villalobos (2015) refieren lo siguiente:

La bioética debe ser comprendida como una disciplina del saber que se reduce únicamente a la reflexión ética de principios que guían un saber específico o la reflexión ética clínica de un saber en un entorno específico hospitalario o no; debe trascender al entendimiento hasta llegar a la reflexión del impacto que produce la ciencia junto con el avance tecnológico que, en muchas ocasiones, priva a las personas de la relación empática, cálida, es decir, efectiva y afectiva, que despoja al individuo de ser partícipe en la toma de decisiones sobre su derecho a la vida, a la salud y a la muerte (p. 2).

Los principios asociados a la bioética son objeto de debate en el ámbito mundial y abarcan la *autonomía*, *beneficencia*, *no maleficencia* y *justicia*; así mismo, incluye las siguientes prácticas: *eutanasia*, *limitación del esfuerzo terapéutico* y *ensañamiento terapéutico*. El incremento de la aceptación en diversos países y grupos sociales constituye un tema controversial acerca del bienestar de la salud frente a la vida y muerte del paciente con respecto a su decisión y la de sus familiares en el transcurso de la enfermedad.

Ahora, con respecto al concepto de *autonomía* ligado a la bioética, la definición de Lillo (2011) se refiere a “Elegir específicamente los derechos de libertad, de intimidad, de elección individual, libre voluntad, del propio comportamiento y ser

dueño de uno mismo. Por ello, es preciso que la persona esté debidamente informada” (p. 3).

El derecho a la protección de la salud es internacional, por lo que se debe ejercer en cualquier parte; el goce de este derecho contribuye a la integración del paciente como ser humano, así pues, el médico no debe omitir los derechos de este, sino ser parte de su relación terapéutica e involucrarlo a conocer sobre todo el procedimiento, cuidados, y atención por realizar.

Beneficencia: el principal fin que debe guiar nuestra actitud al plantearnos el comienzo o el cese de una resucitación cardiopulmonar (RCP), debe ser un bien para el asistido. Sacarlo de una situación crítica para devolverle una vida, con mínimo de calidad, o aceptar el hecho de que toda persona en un momento dado va a morir. “Devolver la vida a quienes no le ha llegado la hora de morir” (Lillo, 2011, p. 3).

De acuerdo con la Asociación Española de Pediatría, a pesar de que “El principio ético de beneficencia obliga a hacer el bien. Es complementario al de *no maleficencia*, que nos obliga a no hacer daño” (2008). De acuerdo con lo anterior, *no maleficencia* y *beneficencia* se contrastan y se refiere a que a todo paciente se le debe evitar el daño, aunque no tenga posibilidades de recuperación de la enfermedad o a una salud óptima; se debe valorar como un ser igual que una persona sana, con oportunidad de vida igualmente que la que está en su etapa de enfermedad, todo profesional de salud debe estar dispuesto a luchar por preservar la salud y regirse por los derechos de los pacientes.

Así mismo, Lillo (2012) determina que no se debe olvidar el principio de *justicia*, el cual consiste en lo siguiente:

Básicamente el actuar con igual criterio, sea cual sea la persona afectada, recordando siempre que estamos trabajando con el binomio vida/muerte y por lo tanto en la posición más extrema, donde no cabe la discriminación

injustificada, e incluso debiendo tener en cuenta la proporcionalidad de los medios utilizados, que son costosos y limitados (p. 3).

La ética orienta al profesional de enfermería acerca del comportamiento, los principios y normas en el desempeño responsable de la labor asumida.

Ahora bien, todo ser humano tiene sus propios principios y costumbres que, socialmente, lo hacen comportarse diferente. Hábitos que fueron aprendidos en la niñez a través de los padres, costumbres que se heredan a través de cada generación y creencias que cada uno se forma con el pasar de los años, todo esto se pone en práctica cuando tenemos que enfrentarnos a esas situaciones en el mundo social, donde se defiende cada pensamiento sobre un tema en concreto como es la muerte asistida.

Según la Academia Europea de Pacientes (2019), el concepto de no maleficencia significa no hacer daño:

Tradicionalmente, es un principio esencial de la ética médica y forma parte del juramento hipocrático (un juramento que hacen los nuevos médicos en muchos países). Un ejemplo de acción no maleficente sería suspender el tratamiento con un fármaco del que se sabe que es perjudicial o negarse a administrar un fármaco a un paciente si no se ha demostrado su eficacia (p. 1).

Hay que agregar además, que la no maleficencia es un principio bioético inherente al campo de los médicos, de acuerdo con Ferro, Molina y Rodríguez (2009), en su artículo “La Bioética y sus principios”, quien define el concepto de beneficencia de esta manera:

Se refiere a la obligación de prevenir o aliviar el daño hacer el bien u otorgar beneficios, deber de ayudar al prójimo por encima de los intereses particulares, en otras palabras, obrar en función del mayor beneficio posible para el paciente y se debe procurar el bienestar la persona enferma.

Este principio es utilizado para prevenir, aliviar el daño, hacer el bien como otorgar beneficios, debe estar dirigido a garantizar la salud de la sociedad en el sentido más amplio de este concepto, para lo que se precisa de un personal preparado, competente, actualizado, con una formación humanística basada en los principios éticos y conocedor de las peculiaridades de la población que asiste (p. 482).

Así mismo, Lillo (2011) define no maleficencia de esta manera:

Corresponde al *primum nihil nocere* de Hipócrates. Nos lleva a reconocer que no es lo mismo hacer el bien, que evitar el mal. Como ejemplo se pueden tomar los criterios para no realizar resucitación cardiopulmonar (RCP), en el cual ya han transcurrido más de 10 minutos desde que se produjera el paro cardiorrespiratorio sin que hubiese ninguna atención. La anoxia cerebral provoca lesiones que, aun consiguiendo el retorno del funcionamiento cardiopulmonar, llevan a la persona a quedar en profundo e irreversible coma con muerte cerebral. (p. 3)

Eutanasia

El siguiente aspecto por abordar son las prácticas que se vinculan a los principios de la bioética; la eutanasia es una de ellas y pese a que se habla frecuentemente del término, se mantiene en ciertos espacios como un tema tabú. Según plantea Pabón, “Actualmente, el concepto de eutanasia engloba aspectos como: Muerte del paciente de forma directa e intencionada, realizada por petición expresa del mismo y en pleno uso de sus facultades, ante el sufrimiento por una enfermedad terminal y por personal sanitario que está en contacto diario con él” (2015, p. 234).

Continúa Pabón (2015), en el artículo publicado “¿Vida? o Muerte: Eutanasia”, al hacer alusión a los tipos de eutanasia y el rol de los cuidados paliativos al final de la vida de los pacientes y asevera que:

Hay que diferenciar entre eutanasia pasiva que se define como la no actuación o el abandono del tratamiento iniciado, no interviniendo en frenar el proceso de muerte con todos los recursos que tenemos a nuestro alcance y la eutanasia activa que consiste en la aplicación de algún tipo de sustancia con el objetivo de acabar con la vida de la persona (p. 236).

Finalmente, con respecto a la unidad de cuidados paliativos, concluye que quienes algunas veces recurren a la sedación terminal por expreso deseo del paciente y que consiste en la administración de fármacos para reducir el nivel de consciencia en aquellos enfermos cuyos síntomas son muy intensos o por no reaccionar ante los tratamientos (párr. 5, p. 436).

En contraste con la práctica de la *eutanasia*, Domínguez (2018) menciona que “la eutanasia se fundamenta en la administración de fármacos u otras sustancias con la intención de producir la muerte de una persona a petición de esta o de sus representantes, con el objetivo de conseguir la muerte con un método teóricamente seguro, relativamente rápido, y sin dolor” (p. 12).

Ahora bien, la escritora Fuente (2019) menciona que la puesta en ejercicio de este derecho a morir se efectúa a través de la eutanasia en la que concurren, al menos, dos personas: el enfermo incurable y atormentado (sujeto paciente) y el que lleva a cabo la técnica eutanásica (sujeto agente). Si en la eutanasia, teniendo en cuenta a las dos personas que acabamos de señalar, destacamos la figura del sujeto paciente, estaremos ante el suicidio con ayuda o cooperación de otro. Si, por el contrario, ponemos nuestra atención primordialmente en el sujeto agente, estaremos ante el homicidio con el consentimiento de la víctima.

Tal es el caso que el sujeto agente cometería el homicidio, si bien es cierto estaría incumpliendo el principio de beneficencia porque dejaría de hacer el bien con el

sentido más amplio de este concepto, el cual es otorgar beneficios e incumpliría el juramento médico. Podemos identificar cómo se lleva a cabo el procedimiento de la eutanasia y quiénes están involucrados en este proceso y qué papel cumplen a la hora de realizarlo; sin embargo, no debe dejarse de lado el tema del suicidio, será que, por no querer sufrimiento, la solución es la eutanasia y no se tome como suicidio u homicidio, ese es un dilema que cada profesional de salud y paciente puede enfrentarse con el objetivo de eliminar el sufrimiento.

De acuerdo con Robles (2019, p. 1), en el artículo publicado por alumnos de Medicina, señala que: “Hay dos tipos de eutanasia, una activa y otra pasiva”. La pasiva es cuando se omite el tratamiento médico a una persona, “dejarlo morir”, y la activa es cuando una persona termina activamente la vida de otra, por ejemplo, con una dosis letal.

Al mismo tiempo, como se menciona en la revista de Creagh (2011), Hipócrates presenta una notable excepción, él prohíbe a los médicos la eutanasia activa y la ayuda para cometer suicidio; en contraste con Platón, quien menciona que se dejará morir a quienes no sean sanos de cuerpo.

En la Antigüedad, la vida se consideraba como algo inviolable cuyo fin es la muerte. A causa de esto, existía la práctica de eutanasia, como lo menciona Platón, en su opinión, él está en contra de la vida cuando un ser humano ha disminuido sus facultades. La Biblia describe que el dador de vida (Dios) es el único que puede quitarla. Por esta razón, en la Edad Media consideraban la práctica de eutanasia como pecado.

La revista *Noticias Adventistas*, escrita por Lemus (2013), menciona que “Los Adventistas del Séptimo Día afirman [que] la creación de Dios de la vida humana, es un don maravilloso digno de ser protegido y sostenido”.

Es necesario mencionar, además, que se debe cuidar del bienestar del paciente, no causarles daño; el deber de la persona a cargo de su cuidado es seguir intentando su curación, no causarle la muerte. Ahora bien, aunque no exista el amor cristiano y haya la posibilidad de suspensión o cese de reiteradas intervenciones médicas, que solo aumentan el sufrimiento o retrasan la muerte, los Adventistas del Séptimo Día no practican el asesinato por misericordia ni ayudan al suicidio. Son contrarios a la eutanasia activa, que implica quitarle la vida de manera intencional a una persona que está muriendo o sufriendo.

El artículo denominado “¿Vida? o Muerte: Eutanasia”, producto de un estudio elaborado por Pabón (2015) cuyo objetivo es “presentar la visión general de las enfermeras/os sobre la eutanasia por tanto se mide el grado de acuerdo y desacuerdo del personal sanitario enfermero frente a una posible muerte asistida a un paciente”. El autor concluye que “el concepto de eutanasia en términos generales es bien conocido por los enfermeros, no obstante, podría ser mejorable al detectarse déficit en algunas parcelas de conocimiento”. Finalmente, se desprende de dicho estudio que “Tampoco se han encontrado verdaderos obstáculos en caso de legalizarse este recurso” (Pabón, 2015, p. 234).

Como se ha dicho, enfermería es una profesión en constante investigación y profundizar sobre este tema ayuda a mejorar los conocimientos. Hoy en día, con el acceso a la tecnología, la salud de las personas ha mejorado significativamente, tienen diferentes opciones para mantener una mejor calidad de vida, acceso a tratamientos que favorecen la disminución del padecimiento y pueden optar por diferentes tratamientos si así lo desean y si lo amerita la enfermedad. Pero ante el dilema de estas soluciones para el progreso de la vida, los estudios muestran también la elección sobre las opciones de no preservarla.

Así mismo, la eutanasia se está realizando en algunos países donde se ha legalizado la muerte efectuada por doctores capacitados en dicho proceso. Holanda dio el primer paso al ejecutar esta práctica; el periódico *El País*, Ferrer (2017) demuestra que la aplicación de la eutanasia en Holanda aumentó un 10 % en 2016 hasta sumar 6091 casos (un 4 % del total de las muertes registradas en el país). Se demuestra que los pacientes a los que se les practicó la eutanasia fueron pacientes con padecimientos graves de la salud, un 83 % de los enfermos padecía cáncer, problemas cardiacos y respiratorios, o bien enfermedades neurológicas como esclerosis múltiple o Parkinson.

Así mismo, destacan 61 personas (4 %) que presentan un conjunto de problemas agudos derivados de la ancianidad; 32 con Alzheimer o procesos similares (2 %), y 4 (1 %) aquejadas de trastornos psiquiátricos graves; de igual modo, en el año 1999 se pusieron en conocimiento de las autoridades holandesas alrededor de 2200 eutanasias por las razones más comunes como el sufrimiento insoportable, condiciones inhumanas y la dignidad del ser humano.

De las evidencias anteriores, se demuestra que la muerte digna es realizada a personas con deterioro de la salud; por lo tanto, una persona con problemas de depresión y que desea este procedimiento no será sujeto de aplicación, en este caso se considerará suicidio, si algún doctor desea practicarlo, será multado en aquellos lugares donde no es legal.

En otras investigaciones desarrolladas, según reporta Ferrer (2017), la eutanasia se aplica en Bélgica y en el año 2012 se presentó un aumento del 25 %, para un total de 1432 casos. Debido a esto, se debate la posibilidad de ampliarla a los menores y a las personas que sufren enfermedades mentales degenerativas, del tipo del Alzheimer. A pesar de las cifras, desde la institución *Levensindkliniek* (en español, Clínica para

Morir) aseguran que esta práctica representa solo el 2 % del total de las muertes que se producen en Bélgica anualmente.

Respecto a lo anterior, es necesario señalar que países europeos como Francia abrieron un portillo al suicidio asistido y a la sedación terminal, situación que ha repercutido en la cultura francesa, ya que aproximadamente el 91 % de la población está de acuerdo con la asistencia al morir y da visto bueno a los médicos para ayudar a morir a las personas incurables. Por otro lado, existe una lista de otros países europeos como Holanda, Bélgica, Luxemburgo y Suiza que han legalizado esta práctica.

Considerando lo anterior, en el continente americano, existen países que están buscando legalizar esta práctica, como Canadá y Colombia, temática incorporada a partir del año 2015. Sin embargo, en el caso de Luxemburgo, se incorporó en el año 2009, de igual modo en Suiza y cinco estados de los Estados Unidos, entre estos Washington, Montana, Vermont, California, y por último, Oregón (Ferrer, 2017).

Así mismo, las investigaciones encontradas hasta el momento muestran evidencia de la legalidad de la eutanasia y demuestra que varios países en su legislación han aprobado este procedimiento como parte del cuidado de la salud del paciente y piensan que esta práctica no daña a nadie, más bien aceptan que es un beneficio para quien está sufriendo.

Como enfermeros, es importante respetar la decisión del paciente junto a la de sus familiares, pero en relación con el derecho a la vida, no es poder de nadie quitarla.

Limitación del esfuerzo terapéutico (LET)

Con respecto a la práctica de la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) ligada al concepto de bioética, Bárgaza y Sánchez (2019), la conceptualizan como:

Retirada o no instauración de una medida de soporte vital o de cualquier otra intervención que, dado el mal pronóstico de la persona en términos de cantidad y calidad de vida futuras, constituye, a juicio de los profesionales

sanitarios implicados, algo fútil, que solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica carente de expectativas razonables de mejoría (p. 140).

Por otro lado, Castro (2016) refiere que existen tres formas de la limitación del esfuerzo terapéutico (LET):

La primera es la que establece la limitación de instauración, al no poner a disposición del paciente determinados recursos terapéuticos. La segunda es retirar los recursos terapéuticos que estaban funcionando o suspenderlos. Finalmente, la tercera forma es lo que se ha llamado “acortamiento del proceso de morir”, y que corresponde a la aceleración voluntaria y premeditada de una forma de vida que ya está avocada a su final en muy breve tiempo (p. 174).

Como resultado de lo expuesto anteriormente, las prácticas de LET son parte del proceso de ponerle fin a la vida de alguna manera médica o por decisión del enfermo, ya sea con la retirada o el cese de estas.

Encarnizamiento terapéutico

La Real Academia Española (2014) define *encarnizamiento* como “Acción de encarnizarse. Crueldad con que alguien se ceba en el daño de otra persona”.

En otras palabras, Garduño, Salazar, Méndez y Ponce (2008), en convergencia con el encarnizamiento, hacen referencia al ensañamiento terapéutico y lo conceptualizan como la “distanasia” u “obstinación terapéutica”, lo cual es un intento de retardar lo más posible la muerte, gracias a una intervención médica respecto a tres criterios objetivos en el marco de la bioética, que no dependen solo del familiar o del médico (p. 37).

Si bien es cierto que el ensañamiento mantiene la vida del paciente, aunque esta práctica incluya el daño en otras partes del cuerpo producto de la enfermedad, las consecuencias de la prolongación de la vida del paciente, por un lado, trae beneficios a la persona enferma al tener la oportunidad de estar con vida, por otro lado, la calidad de vida se deteriora paulatinamente.

Acerca del encarnizamiento terapéutico o distanasia, es importante recalcar que dicha práctica representa un distanciamiento de los principios éticos básicos: beneficencia y no maleficencia, por lo que Betancourt y Betancourt (2017) refieren que:

El encarnizamiento del griego *dis*, mal, algo mal hecho, y *thanatos*, muerte es etimológicamente lo contrario de la eutanasia; es decir, retrasar el advenimiento de la muerte todo lo posible, por todos los medios, proporcionados o no, aunque no haya esperanza alguna de curación y aunque eso signifique infligir al moribundo unos sufrimientos añadidos a los que ya padece (p. 60).

Acerca de las creencias religiosas, se plantean numerosos dilemas en torno a cómo debe actuar el profesional de enfermería al final de la vida de una persona y cómo repercuten las creencias en las decisiones por tomar. Interesa destacar la posición de Betancourt y Betancourt (2017), quienes señalan que:

Conocer y respetar las creencias religiosas del enfermo terminal puede ser de gran ayuda, cuando no enfocan la muerte como un final definitivo, sino como un cambio hacia algo mejor; de manera que se debe favorecer la voluntad del paciente para que la muerte sea tratada según sus creencias religiosas (p. 61).

Con respecto a la relación-comunicación que se establece entre el médico y el paciente, según Betancourt y Betancourt (2017), la buena relación y comunicación del

médico con el paciente y sus familiares incide en la toma de decisiones colegiada sobre bases objetivas acerca del principio de lo que es mejor para este, pues la calidad de la atención médica está directamente relacionada con la calidad de la relación médico-paciente (párr. 5).

Un punto crucial en relación con el encarnizamiento es el dilema de hasta qué punto prolonga la vida a costa del sufrimiento del paciente. Este es un tema que requiere del análisis, compromiso y principios éticos que acompañen el proceso, pues no se habla abiertamente de esta práctica que suele ocurrir en muchos ambientes y que no se le denomina como tal, simplemente se trata de mantener con vida al paciente con fines científicos.

De acuerdo con Donne (2015), la obstinación, ensañamiento, furor, encarnizamiento terapéutico o distanasia se refiere a que “Existe el llamado ensañamiento terapéutico que también se conoce como empecinamiento u obstinación terapéutica. Estas son medidas que no benefician al enfermo y de manera secundaria pueden provocarle dolor y sufrimiento” (p. 1).

El ensañamiento terapéutico, muchas veces, se justifica con el propósito de mantener la calidad de vida del paciente, pero que, lejos de ello, se está validando una práctica con otros fines. Donne, al respecto, hace referencia acerca de este punto de la siguiente manera:

Detrás de la obstinación médica, puede encontrarse una postura desviada del fin de la medicina hacia otros intereses (científica: “aprendo con los viejos a tratar a los más jóvenes”, política, económica, social, etc.), o el miedo a que se le acuse de negligencia y se lo condene por omisión (la mala interpretación del derecho, muchas veces contribuye a la distanasia); pero también, puede el médico encontrarse presionado por sus buenas intenciones, que le dictan hacer todo lo posible Donne (2015, p. 6).

Las aprobaciones de la práctica de la eutanasia, ya sea activa o pasiva, y la práctica de la limitación del esfuerzo terapéutico o del encarnizamiento representan un dilema en la bioética pues, de una u otra manera, se refieren a los términos revisados anteriormente.

La cacotanasia o muerte por compasión es otro término que algunos autores defienden y, sin embargo, crea polémica, pues algunos lo relacionan con la eutanasia y otros sostienen que no tiene nada que ver con esta práctica.

Por otro lado, la “ortotanasia o buena muerte entendida al modo cristiano; en otros términos, esperando que la naturaleza actúe como le plazca pero rodeando al enfermo de afecto, ayuda espiritual y todo aquello que pudiera arrojarle en su último viaje” (Sádaba, 2015, p. 239).

Ahora bien, con respecto al encarnizamiento, este presenta un alto grado de oposición, incluida de la Iglesia católica. A partir de ello, se incluyen las siglas LET (limitación del esfuerzo terapéutico) que simplemente refiere a que “está de más continuar interviniendo en un cuerpo que no resiste a tratamiento alguno, siendo la prolongación de la cura un sufrimiento completamente inútil” (Sádaba, 2015, p. 239).

Sin embargo, este tema pone de relieve algunas interrogantes que surgen, pues no se trata solamente de actuar en consonancia con la legislación o no, sino de respetar al paciente su autonomía y, desde el punto de vista cristiano, actuar conforme a los valores y creencias de la persona. Sádaba refiere en su artículo algunas preguntas que suelen plantearse en torno a este aspecto:

¿Qué tiene de malo la aplicación de la eutanasia activa?, ¿cuál es la diferencia entre retirar un tubo e inyectar una droga mortal?, ¿qué diferencia existe ahí entre la omisión y la acción? Es difícil encontrar la respuesta.

Aunque se dice que es la libertad a no padecer de sufrimiento, pero ¿qué es la libertad? (Sádaba, 2015, p. 239).

La libertad, en términos biológicos, es la sustitución del automatismo por la autonomía. En vez de regirnos de modo instintivo y natural, entramos en el reino de la cultura y, dado el proceso evolutivo que alcanza nuestro cerebro, actuamos desde nuestro poder. Y somos autónomos, es decir, ejecutamos la ley y queremos tomar decisiones por nosotros mismos para nuestro propio beneficio. Finalmente, el derecho a la vida es un derecho que representa la base de los otros derechos.

El Sistema Costarricense de Información Jurídica, específicamente el Código Penal (1970), en el artículo 116, tipifica el Homicidio por Piedad y establece que “Se impondrá prisión de seis meses a tres años al que, movido por un sentimiento de piedad, matare a un enfermo grave o incurable, ante el pedido serio e insistente de éste aun cuando medie vínculo de parentesco”.

Un artículo publicado destaca una entrevista hecha al penalista Hugo Navas con respecto a la calificación de la pena del homicidio por piedad, la cual es menor que un homicidio calificado, pues:

En una situación de este tipo se aplica el principio de libertad probatoria, que lo que quiere decir es la persona puede usar cualquier mecanismo para probar que él ayudó al otro porque este fue quien se lo pidió, entonces puede ser con una grabación, con un video, con un examen en Medicatura Forense o con un historial médico (Galeano, 2017, p. 1).

Arroyo (2019), en su ensayo “Aspectos jurídicos en torno a la eutanasia”, declara que:

El Código de Moral y Ética del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, aprobado por mayoría en Asamblea General celebrada el 30 de abril de 2002, determina que la actuación del profesional en ciencias médicas debe estar dirigida en forma prioritaria al respeto por la vida humana, a la dignidad del paciente (p. 100).

En relación con los deberes de los médicos, Arroyo (2019), alude en primera instancia al respeto por la vida humana desde la concepción y el uso de los conocimientos médicos contra las leyes de la humanidad y menciona que:

La Asociación Médica Mundial, reunida en Ginebra en 1948, establece dentro de los deberes de los médicos el tener absoluto respeto por la vida humana desde el instante de la concepción; y el no utilizar, ni aún bajo amenaza, los conocimientos médicos contra las leyes de la humanidad. Asimismo, en relación con la eutanasia, dispuso que es el acto deliberado de dar fin a la vida de un paciente, ya sea por su propio requerimiento o a petición de sus familiares, lo cual es contraria a la ética (p. 100).

Es necesario recalcar que, con respecto a la práctica de la eutanasia activa, el Colegio de Médicos de Costa Rica no avala esa acción en la que el médico suministra medicamentos a una persona para terminar con su vida ante la imposibilidad de curarse de una enfermedad y afirman en un artículo publicado:

Jamás estaremos de acuerdo con la eutanasia activa ni con alguna acción que corte la vida o genere muerte. Nuestra naturaleza es promover y salvaguardar la vida. En los casos en que llegue a su final, podemos cumplir la voluntad del paciente, cuando su salud no es recuperable, agregó el Presidente del Colegio (Pérez, 2015).

En resumen, se deben tomar en cuenta los cuatro principios básicos de la bioética: autonomía, beneficencia, maleficencia y justicia. Idealmente, el personal de enfermería debe conocer y tener claros estos conceptos para ponerlos en práctica en la atención del paciente y sus familiares, es decir, se deben interpretar bien para realizar un óptimo cuidado del paciente y mejorar su estado de salud a la hora de tomar decisiones sobre tratamientos, así como educándole de manera que pueda comprender todo lo que

se le realiza y los posibles efectos, respetando la opinión de él mismo acerca de la escogencia de mejorar su salud y no caer en la opción de optar por algún procedimiento para acelerar su muerte. Las acotaciones anteriores apuntan a seguir investigando estos conceptos que se relacionan con el tema para lograr un mejor entendimiento y aclaración.

Finalmente, gracias a que Costa Rica es un país donde las personas tienen derechos y se practica el derecho a la vida, donde todo habitante está protegido por leyes que rigen los procesos y se garantiza que, en un ambiente intrahospitalario, se privilegie con una atención integral y se tiene claro que el paciente tiene el derecho a la atención de la salud sin discriminación, ya sea por la condición económica, cultura, posición educativa, posición social. La atención brindada al paciente se da con el fin de promover la recuperación y estabilidad de la salud de cada paciente.

Justificación

La presente investigación busca describir el dominio conceptual de los términos asociados a dilemas bioéticos al final de la vida que se refieren a *autonomía*, *beneficencia*, *no maleficencia* y *justicia*, ligados a las prácticas inherentes en este proceso como son *eutanasia*, *limitación del esfuerzo terapéutico* y *ensañamiento terapéutico* en los estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Adventista de Centro América (UNADECA). El tema resulta de mayor interés, ya que, en esta carrera, los estudiantes se ven involucrados en el ambiente de estas prácticas al ejercer su profesión.

La importancia del tema radica en que “Un problema frecuente, que se ha puesto de manifiesto en diversos trabajos es la confusión terminológica en las diversas expresiones de uso común en bioética, lo que probablemente se traduce en muchos casos en una falta de claridad conceptual” Asociación Española de Pediatría, (2008, p. 1), de ahí la necesidad de que el profesional posea un dominio completo de los términos.

La aplicación de los principios bioéticos básicos representa un desafío para el profesional de enfermería, y saber reconocer los límites de cada uno de ellos permite al profesional ubicar su rol en el proceso de atención a los pacientes. Es decir, principios como la autonomía, que se refiere al respeto a la libre determinación que tienen las personas para decidir entre las opciones que, a su juicio, son mejores entre las diferentes posibilidades que se le han informado; también, se toma en cuenta la beneficencia, la cual es considerada como la necesidad de valorar las ventajas y desventajas, los riesgos y beneficios de los tratamientos propuestos, al igual que la no maleficencia, este principio ético protege a los individuos de las prácticas clínicas, referente a no hacer daño o someterlos a riesgos innecesarios, y el de justicia, que alude

a que todos los casos similares se traten de forma equivalente, que se distribuyan equitativamente y de forma justa. Esto permite al profesional de enfermería brindar una respuesta acorde con la evolución del paciente.

Relevancia práctica

Esta investigación presenta una relevancia práctica, pues permite confrontar los conocimientos que poseen los estudiantes de la Carrera de Enfermería de la UNADECA con el concepto de la bioética los principios y prácticas inherentes. Por tal motivo, es preciso realizar un estudio de forma directa para abordar a la población estudiantil universitaria, mediante la aplicación de un cuestionario previamente validado, con preguntas que abordan los temas antes mencionados.

Al mismo tiempo, al ser un tema innovador, relevante y reciente despierta el interés en todos los niveles de la vida de las personas, en la Revista Conbioética se hace referencia a que:

La importancia de la bioética en toda actividad profesional representa la concreción de valores intrínsecos y extrínsecos, entendiéndose por los valores intrínsecos aquellos que diferencian el ejercicio de las profesiones. En la profesión de enfermería, estos valores otorgan legitimidad y sentido a la práctica profesional en el ejercer con vocación, habilidades, actitudes y conocimientos necesarios para el alivio del sufrimiento humano que es producido por la enfermedad (Comisión Nacional de Bioética, 2015, p. 2).

Al hacer hincapié en la relevancia práctica, conviene señalar que, además, de los principios tradicionales, es importante profundizar en los dilemas que presenta el ejercicio de la profesión de enfermería en el marco del respeto a la dignidad, el respeto los derechos de las personas y la autonomía.

En ese sentido, conviene subrayar qué se entiende por valores extrínsecos, los cuales, de acuerdo con la Comisión Nacional de Bioética, se refieren a:

El reconocimiento social, la remuneración económica, distinciones académicas, entre otros. Desde la ética, toda profesión pierde su razón de ser cuando los valores extrínsecos son situados por encima de los valores intrínsecos, ubicando en primer plano los beneficios personales, profesionales o académicos y en un segundo plano el beneficio hacia los pacientes. La enfermería tiene un valor intrínseco por naturaleza (Comisión Nacional de Bioética, 2015, p. 2).

De ahí la importancia de profundizar acerca de los valores ligados a la bioética y que se orientan hacia la buena praxis del ejercicio de la profesión de enfermería, pues muchas veces el profesional enfrenta dilemas al laborar en situaciones y contextos en los cuales se realizan algunas prácticas y deberá respetar las decisiones tanto del paciente como de su familia o, por el contrario, puede discrepar al respecto sobre una base sólida acorde con sus principios y valores.

En 1859, Florencia Nightingale plantea el rol que sume el personal sanitario con respecto a los pacientes a su cargo:

La enfermería tiene la responsabilidad de cuidar personas y tiene que poner a las personas en la mejor forma posible para que la naturaleza pueda actuar sobre ellas. En un sentido más amplio, se define como una profesión en un constante y permanente movimiento que se fundamenta en procedimientos basados en conocimientos teóricos y prácticos, atendiendo en todo momento a los principios científicos basados en ética y autonomía para procurar el bienestar físico, psicosocial y espiritual de las personas (Comisión Nacional de Bioética, 2015, p. 3).

Relevancia teórica

El profesional de enfermería necesita contar con una base científica que le permita actuar e interactuar con los pacientes y respaldar sus acciones.

En materia de políticas relacionadas con la salud en general, organismos internacionales promueven el desarrollo y la práctica de tal manera que “La OPS/OMS trabaja con los países de la región para promover la educación en enfermería y fortalecer sus capacidades para producir, evaluar y utilizar evidencia científica en enfermería” (OPS, 2015).

A causa de esta realidad, la educación y actualización permanente es el mayor desafío de enfermería, pues la toma de decisiones bioéticas requiere del argumento validado en la evidencia del cuidado en todas las áreas de desempeño del rol de enfermería en el área sanitaria y no sanitaria.

La relevancia teórica es fundamental para el profesional de la salud, pues necesita contar con un cúmulo de conocimientos que coadyuven al desempeño eficaz y eficiente en sus funciones. El dominio de la teoría es importante para argumentar o enfrentar los dilemas prácticos que se suscitan diariamente en su campo de acción. Así mismo, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) lo anuncia en su página:

Trabaja para garantizar cuidados de enfermería de calidad para todos, así como políticas de salud sólidas a nivel global, el avance de los conocimientos de enfermería y la presencia en todo el mundo de una profesión de enfermería respetada y una fuerza laboral de enfermería competente y satisfecha (Consejo Internacional de Enfermería, 2019, p. 1).

Definitivamente, de acuerdo con el CIE, existe consonancia con la necesidad de dotar al personal de enfermería de la formación y capacitación en los principios de la bioética y las prácticas asociadas para la toma de decisiones.

Además, el Consejo Internacional de Enfermería (2019) se refiere a que “Las enfermeras precisan una formación y capacitación inicial y continua adecuadas, además de un aprendizaje a lo largo de toda la vida, para ejercer su profesión de manera competente dentro del ámbito de la práctica profesional” (p. 3).

De acuerdo con la Comisión Nacional de Bioética (2015), el tema de la bioética posee gran relevancia teórica que conviene al profesional de enfermería examinar, esto con el fin de tener mayor claridad con respecto a su accionar. En suma, se acepta que la bioética emerge como resultado de tres aspectos:

- 1) La aparición del paradigma de los derechos humanos, en el ámbito de la posguerra mundial y el movimiento de derechos civiles en Estados Unidos, ambos en su relación con la medicina y la salud;
- 2) El poderío y ambigüedad moral del desarrollo científico y tecnológico, sus implicaciones para la supervivencia de la especie humana y el bienestar de las personas, así como el cuidado del medio ambiente; y
- 3) Los problemas de justicia en el derecho a la protección universal y acceso a los servicios de salud. (p. 2).

Relevancia social

La formación en bioética es importante, pues es un término que se ha acuñado desde hace más de treinta años; el profesional de la salud está inmerso en la sociedad y, por ende, debe poseer la competencia necesaria, así como elementos de juicio, para comprender los debates en bioética que se producen en ella.

Por otro lado, es importante señalar que existen factores que influyen en la caracterización de los profesionales de enfermería en la sociedad.

Hay que mencionar además, que de acuerdo, con Ramio (2015). Son muchos los factores que inciden en el rol que asume el profesional de enfermería en los diversos lugares de trabajo donde no se asume una

identidad fuerte debido a la desvalorización social de los cuidados; escaso desarrollo de la carrera profesional; condiciones de trabajo precarias, lo cual incide en la relevancia social de este colectivo. (p. 20)

Hipótesis

El conocimiento del *Dominio conceptual de términos asociados a dilemas bioéticos al final de la vida, en estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Adventista de Centro América*, podría incidir en la percepción del estudiante en relación con vivencias clínicas de su práctica, durante el proceso de formación, respecto a las decisiones clínicas médicas que implican pronósticos médicos desfavorables. Podrán hacer el bien y prevenir el daño en los pacientes en cuanto a su pronóstico entre la vida y la muerte, proveer beneficios para ayudar a su semejante con el conocimiento adecuado de cada uno de los principios bioéticos para actuar en favor en la atención de cada una de las prácticas médicas, al hacerlo sin discriminar la posición económica y estatus social del paciente.

Problema de investigación

El estudiante de la Carrera de Enfermería debe poseer el dominio conceptual de términos asociados a dilemas bioéticos al final de la vida, esto es fundamental en la educación a la familia y comunidad, y repercute en la forma como se realizan algunas prácticas clínicas asociadas a la condición de las personas.

Pregunta principal

¿Poseen los estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Adventista de Centro América dominio conceptual de términos asociados a dilemas bioéticos al final de la vida en el periodo de abril a agosto del 2019?

Objetivo general

Determinar el dominio conceptual de los términos asociados a dilemas bioéticos que poseen los estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Adventista de

Centro América, mediante la aplicación de un cuestionario a una muestra representativa, para tomar decisiones acordes con la ética cristiana ante los dilemas que enfrenta el profesional de enfermería en el periodo de abril a agosto del 2019.

Objetivos específicos

- Reconocer la importancia del dominio conceptual de los términos asociados a dilemas bioéticos en el estudiante de la Carrera de Enfermería de la Universidad Adventista de Centro América, mediante la aplicación teórica de conceptos en un cuestionario aplicado a una muestra representativa para brindar educación al paciente, la familia o comunidad que opta por estas prácticas al final de la vida.
- Relacionar cómo repercute el dominio conceptual de términos asociados a dilemas bioéticos al final de la vida en el estudiante de la carrera de Enfermería de la Universidad Adventista de Centro América, mediante la aplicación de un cuestionario a una muestra representativa en la forma de enfrentar situaciones donde se requiere dar cuenta ante una mala práctica.
- Determinar cuáles materias del plan de estudios aportan contenidos acerca del dominio conceptual de términos asociados a dilemas bioéticos al final de la vida a los estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Adventista de Centro América, con el fin de evaluar la información teórica que poseen, mediante un cuestionario, a una muestra representativa.
- Explicar los beneficios que otorga el dominio conceptual de los términos asociados a dilemas bioéticos al final de la vida a los estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Adventista de Centro América mediante la aplicación de un cuestionario a una muestra representativa para reconocer los procedimientos ante una práctica ilegal en el país.

CAPÍTULO II

Capítulo II. Marco referencial

Marco teórico

En este apartado se presentan las teorías, conceptos y estudios que sustentan los objetivos planteados con el fin de profundizar acerca de los principios y prácticas ligados a la bioética.

El objetivo principal de este tema es “Determinar el dominio conceptual de los términos asociados a dilemas bioéticos que poseen los estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Adventista de Centro América (UNADECA), para tomar decisiones acordes con la ética cristiana ante los dilemas que enfrenta el profesional de enfermería”, esto durante los meses de abril a agosto de 2019.

En toda profesión es fundamental tener dominio sobre la educación que se recibe y la puesta en práctica. El dominio de los principios y las prácticas de la bioética permite al profesional de enfermería orientar la toma de decisiones y enfrentar dilemas que se presentan en el campo clínico. Según Quiala (2013), en el proceso de enseñanza aprendizaje, la ética profesional, bioética y situaciones legales forman parte del bagaje de conocimientos con los que debe contar el enfermero dado que:

En la enseñanza de la profesión de enfermería se reclama la necesidad de fortalecer el estudio de la ética profesional, no necesariamente como una asignatura obligatoria, sino como una experiencia práctica, formativa, que la integren todos los docentes, en todas las áreas de trabajo y que se amplíe con el apoyo de grupos interdisciplinarios. En los estudios de post-grado debería profundizarse el análisis de aspectos éticos relacionados con el área de especialización e investigación. Se necesita ofrecer educación continuada en aspectos de ética profesional, bioética y situaciones legales (p. 22).

Definitivamente, es importante la formación de los estudiantes de enfermería en los aspectos científicos, clínicos, tecnológicos, investigación, administración y gerencia, para lograr un desempeño eficaz y eficiente.

No obstante, desde el punto de vista de la ética cristiana, dotar al estudiante de una conciencia moral que se interrelaciona con el dominio de la bioética, los problemas sociales, los principios y valores no solo para desarrollar un criterio propio, sino que a través de bases científicas representa un desafío. En particular, Echeverri (2019), en su artículo “La Bioética en la formación del Profesional de Enfermería”, señala que:

Es importante que la estudiante de enfermería reciba toda la información y enseñanza que le permita elaborar en su imaginario un concepto amplio, universal y libre de prejuicios de los dilemas éticos que va a enfrentar en el curso de su vida estudiantil y en el desarrollo de su profesión (p. 1).

De acuerdo con Porra, Díaz y Cordero (2001), una encuesta acerca de los conocimientos y aplicación de los principios éticos y bioéticos en el proceso de atención de enfermería que tuvo lugar en el Hospital Pediátrico William Soler, ubicado en Cuba, donde se obtiene que:

Se les realizó una encuesta para determinar los conocimientos que sobre ética y bioética poseían, así como su participación en cursos sobre estos temas. Además, se les realizó una entrevista estructurada con preguntas polémicas sobre su actitud y la aplicación de los principios en su modo de actuar. Según su clasificación profesional, fue: 87,5 % y se determinó que las Licenciadas poseen suficientes conocimientos y el 12,5 % tiene pocos conocimientos; las de posbásicos tienen suficientes conocimientos el 65,0 %; el 25,0 % tienen pocos conocimientos y el 10,0 % no los posee, mientras que las enfermeras con nivel técnico poseen conocimientos suficientes el 37,5 % y pocos el 37,5 %.

Bioética conceptualización

En la actualidad, se hace énfasis en los aspectos de calidad de vida, bienestar, belleza y juventud. Por otro lado, los avances científicos y técnicos en el campo de las ciencias de la salud permiten enfrentar enfermedades mediante el uso de la tecnología con el propósito de alargar la esperanza de vida.

Anteriormente, las personas morían en sus casas, bajo el cuidado de su familia, incluidos los niños, amigos y vecinos. El acto de morir era asumido desde la más tierna infancia, quienes presenciaban la muerte de sus seres queridos; de alguna forma, cada quien se preparaba para morir, afrontar la despedida, muchas veces con dolor, pero se trataba de algo natural.

Hoy en día, casi no se habla de la muerte. La muerte no está tan presente, ya que tratamos de no pensar en ella y, en muchos casos, provoca miedo y se percibe de lejos de nuestra vida. Tras el fallecimiento del paciente, los profesionales de la salud asumen un rol importante que no se limita únicamente al paciente, sino que implica ayudar y acompañar a su familia y entorno más cercano, para afrontar el dolor, el vacío y la angustia que la muerte del paciente provoca. De ahí la importancia de ayudar a los familiares a recuperar el equilibrio emocional, para seguir su vida con normalidad, sin olvidar a su ser querido y sin que afecte su vida cotidiana.

La bioética es motivo de estudio en todas las ramas y la salud no se excluye porque tiene un vínculo muy estrecho. Según la OPS (2019), la define como:

La bioética es la disciplina que busca aclarar problemas éticos que surgen en relación a la salud: al hacer investigación con seres humanos, diseñar o implementar una política de salud, y brindar atención médica. La bioética no es un código de preceptos sino una actividad de análisis a la luz de principios y criterios éticos, que guía la práctica en las distintas áreas de la salud (p. 1).

Por otra parte, en relación con este concepto, los problemas éticos permean todas las áreas del trabajo en salud por lo que, según la OPS, “Las actividades relacionadas a la salud pueden ser de carácter terapéutico (orientado al beneficio directo) o no terapéutico (orientado a la generación de conocimiento). Asimismo, pueden apuntar a nivel individual o a nivel colectivo” (p. 1).

Habría que decir también que la bioética está ligada a la ciencia y la tecnología, lo cual ha permitido, en algunos casos, dotar a los pacientes de una mejor calidad de vida, pero hay diversos criterios al respecto de quienes sostienen que se presentan situaciones en las cuales se prolonga la vida a costa del sufrimiento del paciente.

Según Lolas (1999), con respecto a las implicaciones de la bioética, refiere que “La bioética debe ser entendida, en el seno de la organización, esencialmente como una herramienta que permite la discusión y el análisis de los problemas y dilemas que supone la aplicación de las ciencias tecnológicas al campo de la salud” (p. 68).

Ante los dilemas que enfrenta el profesional de la salud, se espera que pueda reaccionar oportunamente y de acuerdo con el conocimiento adquirido. No es una tarea fácil por cuanto conlleva un ejercicio en la práctica acorde con sus principios y valores.

El papel que asume la educación en este sentido es relevante pues, de acuerdo con los principios y las prácticas, se debe tener claridad en la forma como se aborda determinado procedimiento ante la intervención de un paciente.

Algo semejante ocurre en relación con los dilemas que se presentan en la cotidianidad del ejercicio de la profesión. Lolas (1999) tiene muy claro que la bioética juega un rol en el proceso educativo “como parte de la educación formal. Con esta actividad se pretende que contribuya a la formulación correcta de los dilemas que enfrentarán los estudiantes durante sus estudios y después, en consonancia con la estructura de valores de sus comunidades” (p. 65).

Historia de la bioética

Ahora bien, conviene ubicar la historia de la bioética y sus principales defensores para ubicar al lector y tener un panorama general de esta temática. Al respecto, Guillem (2013), refiere que “la historia de la ética médica es tan antigua como la historia de la medicina” (p. 2).

Además, Guillén comenta que “la Historia de la Bioética se divide en dos grandes etapas antes de Potter y después de Potter”. Guillén describe estas etapas de la siguiente manera:

La primera etapa se subdividirá, a su vez, en dos subetapas, exponiéndose en la primera el Juramento Hipocrático y los Códigos Deontológico españoles.

La segunda abarca desde el Código de Nüremberg hasta el primer trasplante de corazón realizado por Christian Barnard.

Por su parte, en la segunda etapa (es decir, a partir de 1970), después de exponer las razones por las cuales nace la Bioética, se recorrerá la misma por medio de los acontecimientos más importantes ocurridos en los años que discurren durante las décadas de los Setenta, Ochenta y Noventa hasta la actualidad (p. 1).

Otros autores, en relación con el nacimiento de la bioética, sostienen que esta ha servido para fomentar el abuso en las prácticas son pretexto del avance en la investigación con fines médicos. Acorde con este punto de vista, Sass (2011) refiere que “El nacimiento de la bioética también fue una reacción, una contestación al daño que prácticas abusivas en ocasiones rayando en lo delictivo estaban haciendo a los que parecían intocables tótems de la investigación y el progreso” (p. 1).

Las aseveraciones anteriores rodean la historia de la bioética como un período de oscurantismo donde, desde la perspectiva de Sass (2011), en aquel tiempo se desarrolla entonces una visión de la “Bioética como una disciplina, un principio y una

virtud en una reñida discusión con Kant, extendiendo y transformando el Imperativo Categórico formal en un Imperativo Bioético basado en un contenido más abarcador y más flexible” (p. 1).

Como se ha dicho, el concepto de bioética se conoce desde la Antigüedad y recientemente se le asocia como ciencia, un aspecto importante de subrayar, pues, de acuerdo con Padovani y Clemente (2010), la bioética es “como ciencia, relativamente nueva, pero desde la más remota antigüedad el hombre se empeñó en analizar conductas relacionadas con la actitud de la sociedad y los profesionales de la salud en relación con el respeto a la vida” (p. 2).

Antecedentes internacionales

Además, de acuerdo con Coleman, Bouesseau y Reis, (2008), “La ética en la salud pública se remonta a los tiempos de Hipócrates, Sun Si Miao y Ibn Sina (Avicena) el campo de la “bioética” no apareció hasta después de la Segunda Guerra Mundial” (p. 66).

Las razones por las cuales se extendió el concepto y su aplicación a otras latitudes y espacios, de acuerdo con Coleman *et al.*, tienen que ver con que:

Por una parte, los experimentos médicos de los nazis en los presos de los campos de concentración aumentaron las preocupaciones acerca de la vulnerabilidad de los seres humanos en la investigación médica. Por otra, los rápidos avances de la medicina en materias como la salud reproductiva, el trasplante de órganos y la genética plantearon dudas acerca de los fines y los límites de la tecnología médica. Por último, el surgimiento de los movimientos en defensa de los derechos civiles durante la postguerra hizo que muchas miradas se centraran en el desequilibrio de poder entre médicos y pacientes y la consiguiente necesidad de que los pacientes pudieran controlar las decisiones relativas al cuidado de su propia salud (p. 577).

Avanzando en nuestro razonamiento, con respecto a los logros hasta la actualidad del uso de la tecnología aplicada a la salud, la Organización Panamericana de la Salud en Panamá (2018) refiere que “Los países de la región de las Américas han logrado avances considerables en el campo de la bioética desde 2012”.

A continuación, González (2019) hace referencia al planteamiento de futuro largo plazo de la bioética que sostiene Potter sobre el desarrollo de una política bioética:

Para “Potter”, padre de la Bioética en el sentido de que fue él quien propuso por vez primera el término aplicado a una nueva, “ciencia de la supervivencia” el significado de la palabra “bioética” en 1971 representaba la afirmación de dos conclusiones: en primer lugar, que la supervivencia de un futuro a largo plazo se reduce a una cuestión de bioética, no de una ética tradicional; en segundo lugar, que para ese futuro a largo plazo había que inventar y desarrollar una política bioética ya que la ética tradicional se refiere a la interacción entre personas, mientras que la bioética implica la interacción entre personas y sistemas biológicos (p. 1).

Según el artículo escrito por Sass (2019) para una revista alemana, titulado “El pensamiento bioético de Fritz Jahr 1927-1934”. Jahr ha sido llamado también el “Padre de la Bioética”. “Fue él quien acuñó el término BIOÉTICA y quien desarrolló luego en publicaciones de menor circulación su visión de un imperativo Bioético universal” (p. 1).

Los diversos matices del Imperativo Bioético de Jahr

Sass (2019), destaca en su artículo los principales puntos de reflexión de Jahr acerca del imperativo bioético, “del impacto de la ciencia y la tecnología sobre la ética humana”. Jahr también analiza los nuevos conocimientos, así como la conducta y el

compromiso en relación con estos a la luz de los valores y principios morales tradicionales.

Sass (2019) rescata, al respecto, la idea central con respecto a “una visión de la Bioética como una disciplina, un principio y una virtud en una reñida discusión con Kant, extendiendo y transformando el Imperativo Categórico formal en un Imperativo Bioético basado en un contenido más abarcador y más flexible”. Jahr con respecto al Imperativo bioético o lo que es lo mismo la obligatoriedad de la bioética; para efectos de este trabajo, se analizan los principios ligados a la salud entre los que se encuentran:

El principio de una nueva Regla de Oro: El Imperativo Bioético refuerza y completa el reconocimiento moral y los deberes hacia los semejantes contenido en el imperativo Kantiano y sostiene que debería ser observado por respeto a la cultura humana y a las obligaciones morales entre los seres humanos. El Imperativo Bioético, basado en la compasión y el amor, no puede permitirse el lujo kantiano de ser solo formal. Sin embargo, el Imperativo Bioético es riguroso y categórico en su exigencia de hacer elecciones morales deliberadamente pragmáticas, situacionales y prudentes en cuanto al respeto de todas las formas de vida. La regla de oro es la de no promover ningún principio por sobre los otros, sino más bien equilibrar los principios en función de las situaciones y los participantes involucrados.

La ética y una nueva regla del cuidado de la salud personal: el imperativo Bioético incluye obligaciones para con el propio cuerpo y alma en tanto seres vivos. Para Jahr, que se interesaba principalmente en los aspectos más amplios del reconocimiento y la enseñanza de virtudes y principios bioéticos, los deberes morales hacia el propio cuerpo y alma constituyen un puente hacia la medicina bioética y hacia la ética de la salud pública en un sentido contemporáneo. Son asimismo un puente hacia los

objetivos interactivos e interrelacionados y hacia los enfoques sobre la salud y la higiene personal y pública, y la moral personal y pública.

La ética y una nueva regla sobre el cuidado de la salud pública: el Pastor Jahr expresa un punto de vista crítico y casi conservador sobre los temas de salud pública asociados a los cambios morales y culturales durante las décadas de 1920 y de 1930 del siglo XX. Oponiéndose fuertemente al espíritu de la época [zeitgeist], Jahr dice que cumplir con las obligaciones para con uno mismo es también un deber para con los demás y con la salud pública. Subraya la interacción estrecha entre el cuidado de la salud personal y el cuidado de la salud pública.

La ética y una nueva regla de administración global: Jahr amplía el quinto Mandamiento ‘no matarás’ transformándolo en una regla universal y ética de cuidado positivo y anticipado de la salud y de la vida en el planeta como formando parte de un cosmos viviente: ‘Todo esto muestra la importancia universal del quinto Mandamiento, que debe ser utilizado para toda forma de vida. La reescritura del quinto Mandamiento resulta para el imperativo Bioético en: ¡Respetar a cada ser viviente, en principio como un fin en sí mismo y tratarlo, de ser posible, como tal!’.

Ética terminológica: una nueva regla para el uso terminológico en

Bioética: hay otro aspecto que podemos tomar de la reflexión de Jahr: la necesidad de contar con una terminología clara y precisa. Jahr acuñó el término *Bioética*, por un lado, para permitir un razonamiento claro e inconfundible y para resolver nuestras relaciones con las formas vivas de la realidad, diferentes de las formas no vivas; por otro lado, para ayudar a la ciencia y la tecnología modernas y sus aplicaciones a seguir un camino de responsabilidad moral. No es ni lógico ni profesionalmente correcto usar un término tan amplio como Bioética para temas más precisos y puntuales como la Ética Médica. Sin embargo, debemos definir más precisamente lo que

decimos cuando hablamos de ética clínica, de ética en la investigación médica, de ética en el cuidado de los enfermos mentales, de ética en la ley, en la política, –solo por nombrar algunos de los campos especializados de los que Espinoza dijo en su *Ética* ‘*omne esse verum quod valde clare et distincte percipio*’ (solo son verdaderos los temas que percibimos clara y distintamente). Idea a la que Wittgenstein agregó ‘allí donde uno no puede hablar, debe permanecer en silencio’. Una terminología confusa conduce a investigaciones, objetivos y acciones confusas, no solo en la ciencia sino también en las humanidades, incluyendo la ética. Si algo pueden la ética y las actitudes de todos los días aprender de la ciencia, debe ser el hecho de que la precisión en la definición es una prioridad y una condición para una conceptualización clara y un trabajo provechoso, tanto para la comunicación y la cooperación como para el desarrollo futuro.

Ética de la diferenciación: una nueva regla: cuando acuñó el término Bioética, Jahr estaba siguiendo la diferenciación en la terminología de la mayoría de las ciencias modernas, la psicología y la fisiología en particular, que habían desarrollado el término bio-psiquis –actualmente en desuso– para analizar las formas vivas de la naturaleza diferenciadas de otras formas no vivas de la naturaleza. Hay distintos términos disponibles para distintos temas, campos y problemas: bioética, ética médica, ética de las políticas de salud, ética hospitalaria, ética biomédica, ética de la investigación médica, ética del médico, ética de enfermería, ética de la atención en salud, ética de la salud pública, ética de la prevención, ética de la genética, ética de la consulta, ética del medioambiente, ética animal, ética global –solo por nombrar unos pocos.

Bioética como disciplina

En este siglo, se habla de la bioética como una disciplina, Postigo (2015) indica que el término “bioética tiene un origen etimológico bien conocido: bios-ethos, comúnmente traducido por ética de la vida”, continúa vinculando el término con una disciplina: “Se trata de una disciplina sobre el comportamiento de la vida entre el bien y el mal relacionado a la moral de las personas, donde se incluyen costumbres y normas, es decir del buen vivir de cada ser humano” (p. 1).

Interesa destacar autores que relacionan las ciencias con las humanidades en el marco de un ambiente ecológico, un tema relevante en el ámbito de la economía mundial, y tiene relación con las bases y fundamentos de la bioética.

Además, Mora (2015), con respecto a la bioética ligada a la disciplina señala que “la bioética constituye una nueva disciplina que sirve de puente entre las ciencias y las humanidades y hace énfasis en dos aspectos” que describe a continuación:

1. La ética implica siempre una acción acorde con estándares morales y
2. La ética humana no puede ser separada ya de una comprensión realista de la ecología, entendida en su más alta acepción, de manera que “los valores éticos ya no pueden ser separados de los hechos biológicos” (p. 231).

Disciplina del saber.

Simultáneamente, es motivo de reflexión el hecho de que los avances tecnológicos dejan de lado el ser humano y, por ende, la persona pierde su libertad de tomar decisiones relacionadas con su vida y la salud. Al respecto, Leiva y Villalobos (2015), describen lo siguiente:

La bioética debe ser comprendida como una disciplina del saber que se reduce únicamente a la reflexión ética de principios que guían un saber específico o la reflexión ética clínica de un saber en un entorno específico hospitalario o no; debe trascender al entendimiento hasta llegar a la reflexión

del impacto que produce la ciencia junto con el avance tecnológico que, en muchas ocasiones, priva a las personas de la relación empática, cálida, es decir, efectiva y afectiva, que despoja al individuo de ser partícipe en la toma de decisiones sobre su derecho a la vida, a la salud y a la muerte (p. 3).

Hay que hacer notar el vínculo que tiene la bioética con la profesión de enfermería, lo cual se contrasta con lo expuesto por Leiva y Villalobos (2015), quienes indican que, “visto desde esa perspectiva, la bioética tiene algo que decir en la enfermería como ciencia de la salud, al tener esta precisamente como objeto de estudio el cuidado en el que se incluye”. (p. 3)

Panorama de la bioética en la región

Según la Organización Panamericana de la Salud, en México (2019), “La Ciudad de México se convirtió en un espacio privilegiado de diálogo sobre uno de los temas más importantes de la vida y del quehacer científico para la celebración de la 10a Cumbre Global de Comisiones Nacionales de Ética/Bioética” (p. 1).

Este evento marca un hito acerca de la definición de políticas que inciden en los cambios propuestos en los sistemas de salud, si bien es cierto existen planes y estrategias, las directrices que emiten organismos que rigen la salud marcan la pauta que deberán seguir los gobiernos en la región.

Además, en la cumbre convocada por la OPS, específicamente por la Comisión Nacional de Bioética de México, los asistentes tuvieron la oportunidad de dialogar y compartir experiencias a lo largo de cuatro sesiones, “sobre las preguntas y asuntos éticos a los que se enfrentan los Comités Nacionales de Bioética cuando los Gobiernos implementan políticas en miras a alcanzar la Cobertura Universal en Salud” (p. 1). Finalmente, en la última sesión se discutió acerca de la ética de la investigación y los grupos vulnerables (p. 3).

Según la OPS de Costa Rica (2019) y de acuerdo con la Dra. Sáenz, quien menciona que “Muchos problemas podrían evitarse con una conversación honesta y a tiempo con el paciente para actuar en su beneficio y de acuerdo con su voluntad”. Esa fue una de las principales reflexiones de la Dra. Sáenz en el marco del IX Encuentro de Bioética Clínica que fue organizado por el CENDEISS, ella recalcó en este espacio que la OPS/OMS trabaja con las autoridades de las Américas para que los principios éticos sean incorporados en la toma de decisiones relacionada con la prestación de servicios de salud que impactan a la población.

Por otro lado, Bárzaga y Sánchez (2019), plantea las siguientes preguntas: “¿cuál es la diferencia entre las tareas del Programa Regional de Bioética y la Oficina de Ética de la OPS? La Oficina de Ética busca asegurar que los empleados de la OPS se desempeñen de manera ética en el ejercicio de sus actividades laborales: con integridad profesional y siguiendo las reglas de conducta de la Organización. ¿Cuáles son las áreas de la bioética? La actividad en salud que busca el beneficio de las poblaciones es la salud pública, y los problemas éticos que surgen en este marco son objeto de la ética de la salud pública” (p. 1).

La bioética en Costa Rica

Por otra parte, el CENDEISS (2019) declara en el plan estratégico institucional 2019-2022 y establece entre sus ejes transversales la bioética, y señala el compromiso de la Caja Costarricense de Seguro Social (C. C. S. S) de promover el respeto a la dignidad de las personas en la prestación de sus servicios, así como garantizar sus derechos fundamentales, mediante la consolidación de la bioética. Por otra parte, para cumplir con ese mandato, el Área de Bioética elaboró el documento denominado “Instructivo para el análisis bioético de guías de atención y protocolos clínicos”, el cual se encuentra actualmente en proceso de aprobación. Ese instructivo será de aplicación

obligatoria para el Área de Bioética, los Comités de Bioética Clínica y aquellos funcionarios que elaboren proyectos y documentos de normalización técnica (guías de atención, protocolos, entre otros) para ser aplicados a personas usuarias de la CCSS (p. 1).

Principios y prácticas de la bioética

La bioética se basa en cuatro principios, estos orientan la base de la ética de las actuaciones del hombre en relación con los dilemas bioéticos, los cuales son autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. Mora (2015) los define de esta manera:

- 1. Principio de autonomía:** se define como la capacidad que tiene la persona de tomar decisiones en relación con su enfermedad. El principio de autonomía también supone respeto por las personas, tratarlas como lo que son.
- 2. Principio de beneficencia:** se basa en la necesidad de no hacer daño, de siempre hacer el bien, el personal de enfermería debe ser capaz de comprender al paciente a su cargo, y ver al paciente como sí mismo.
- 3. Principio de la no maleficencia:** se trata precisamente de evitar hacer daño, evitar la imprudencia, la negligencia. Se debe prevenir el daño físico, mental, social o psicológico.
- 4. Principio de la justicia:** encierra en su significado la igualdad, la equidad y la planificación; se basa precisamente en atender primero al más necesitado de los posibles a atender; exige tratar a todas las personas por igual, sin discriminación de raza, etnia, edad, nivel económico o escolaridad; jerarquizar adecuadamente las acciones a realizar; hacer uso racional de los recursos materiales para evitar que falten cuando más se necesiten (pp. 231-232).

Recapitulando sobre los principios de la bioética, dejar de lado estos principios expone al profesional de enfermería a consecuencias directas en función de la práctica y atención a los pacientes. Al tener dominio claro de su actuar, puede enfrentar los dilemas que, de una u otra manera, tendrá en su quehacer diario.

Prácticas asociadas a la bioética

La eutanasia

Comienzos de la eutanasia.

Partir del significado de la eutanasia ayuda a comprender de qué se habla y sus repercusiones en todos los ámbitos. Esta práctica se ha legalizado en varios países del orbe, sin embargo, no deja de ser un tema que trasciende al ser humano ante los dilemas que se puedan presentar.

De acuerdo con Creagh (2011), los diferentes significados que tenía la eutanasia en los tiempos antiguos se describen a continuación:

En la Antigua Grecia la eutanasia no se planteaba como un problema moral ya que la concepción de la vida era diferente, para este pueblo una mala vida no era digna de ser vivida y por tanto ni el eugenismo, ni la eutanasia complicaban a las personas. Cicerón le da significado a la palabra como muerte digna, honesta y gloriosa. Hipócrates representa una notable excepción: él prohíbe a los médicos la eutanasia activa y la ayuda para cometer suicidio. Platón dice: se dejará morir a quienes no sean sanos de cuerpo. En la Edad Media, bajo la óptica de creencias religiosas cristianas, la práctica de la eutanasia es considerada como pecado puesto que la persona no puede disponer libremente sobre la vida, que le fue dada por un ser sobrenatural. Las religiones monoteístas como la católica entienden que el privilegio de la vida implica conocer la muerte, por lo que se debe estar plenamente consciente del

momento final para despedirse de familiares y amigos y poder presentarse en el más allá con un claro conocimiento del fin de la vida (p. 151).

Por otro lado, la Real Academia Española (2014) define el término *eutanasia* así:

“Del lat. cient. *euthanasia*, y este del gr. εὐθανασία *euthanasía* ‘muerte dulce’.

1. Intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura.
2. Medicina: Muerte sin sufrimiento físico.”

Otros autores se han introducido en el tema y la conceptualizan de diversas maneras, pero coinciden en la forma de poner fin a la vida mediante una práctica que implica utilizar diversos procedimientos. Al respecto, Echeverría (2011) la define como sigue:

De un modo más técnico, también se la ha definido como “la muerte indolora infligida a una persona humana, consciente o no, que sufre abundantemente a causa de enfermedades graves e incurables o por su condición de disminuido, sean estas dolencias congénitas o adquiridas, llevada a cabo de manera deliberada por el personal sanitario o al menos con su ayuda, mediante fármacos o con la suspensión de curas vitales ordinarias, porque se considera irracional que prosiga una vida que, en tales condiciones, se valora como ya no digna de ser vivida (p. 643).

Clasificación de la eutanasia.

Con respecto a la clasificación de la eutanasia, de igual manera existen diversas posiciones y planteamientos acerca de las diferentes formas de concretarla. Según Hurtado (2016), este término se refiere a:

La eutanasia puede clasificarse como activa y pasiva. La primera se refiere a la práctica de una acción médica con la que se acelera la muerte del paciente

o se finaliza su vida, principalmente mediante fármacos que sedan y posteriormente generen un paro cardiorrespiratorio. Por otro lado, en la eutanasia pasiva no se induce la muerte, sino que se dejan de aplicar los tratamientos, medicamentos u operaciones que prolonguen la vida del paciente, como un respirador artificial o una sonda con alimentación parenteral; se podría resumir como “la táctica de dejar morir al paciente” (p. 48).

Así mismo, Hurtado (2016) sostiene que ambas clasificaciones pueden ser subcatalogadas de la siguiente manera:

Eutanasia voluntaria o involuntaria, caracterizándose la voluntaria por la solicitud por parte del paciente o un familiar (dependiendo de la ley de cada país) que sea practicado este procedimiento, contrario a la involuntaria, donde el paciente no está en capacidades físicas o mentales de manifestar el deseo que la eutanasia sea aplicada, pero que previamente la solicitó, o puede presentarse también cuando un comité médico es el que toma la decisión de ejecutarla sin conocer cuál era la voluntad del paciente (p. 49).

Como se puede observar, las clasificaciones varían según los estudiosos en diversas categorías y no existe un protocolo mediante el cual se definan las clasificaciones de forma universal. No es el tema de este estudio, pero bien vale la pena profundizar al respecto y proponer una clasificación que esté inmersa en las políticas según el país donde se desarrolle.

De acuerdo con Arroyo (2019, p. 99), en su ensayo “Aspectos jurídicos en torno a la eutanasia” menciona las siguientes clasificaciones:

1. Eutanasia positiva: provocar la muerte mediante la intervención quirúrgica, de ordinario administrando un fármaco. Es aquella en que el

agente, de manera directa y positiva, actúa sobre la persona enferma provocándole la muerte.

2. Eutanasia negativa: el agente deja de hacer algo que permite proseguir con la vida del paciente. Consiste en la omisión de los medios ordinarios para mantener la vida del enfermo.

3. Eutanasia solutiva: conductas autónomas o heterónomas que tiendan a aliviar el dolor, mediante el suministro de analgésicos o anestésicos, que no abrevien el curso vital, proveyendo al enfermo o anciano de adecuadas condiciones de higiene, nutrición y abrigo, confortándolo mediante la compañía, el diálogo y el silencio, según las necesidades, y posibilitándole la asunción personal de morir en una discreta soledad, cuando esa fuera su voluntad.

4. Eutanasia activa: se provoca la muerte mediante una acción, inyección letal, suministro de fármacos.

5. Eutanasia pasiva: por omisión, mediante la interrupción del tratamiento necesario, lo que provoca la muerte.

6. Eutanasia directa: cuando en la intención del agente existe el deseo de provocar directamente la muerte del enfermo.

7. Eutanasia indirecta: consiste en la muerte no querida en su intención, que sobreviene a causa de los efectos secundarios del tratamiento paliativo del dolor.

8. Eutanasia voluntaria: es la que solicita el paciente de palabra o por escrito.

9. Eutanasia involuntaria: es la que se aplica a los pacientes sin su consentimiento. Procede por decisión del propio agente sanitario o por la familia.

10. Eutanasia terminal: los supuestos de enfermos terminales, estados vegetativos persistentes y neonatos que se hallen en situaciones similares.

11. Eutanasia paliativa: las de enfermos de muerte y personas incapacitadas para valerse por sí mismas por afección incurable y permanente, en estos supuestos los tratamientos aplicados, dirigidos a mitigar el dolor, producen un adelantamiento del momento de la muerte.

A modo de conclusión, la eutanasia sigue despertando polémicas y es importante establecer un protocolo universal sobre las condiciones en las cuales la práctica se puede efectuar amparada a la legislación. Así mismo, Creagh (2011) menciona que:

A pesar de que se considera como una decisión final, la eutanasia solo está permitida legalmente en tres países, en el estado de Oregón, Estados Unidos, donde sus ciudadanos aprobaron por referéndum en 1997 la ley de muerte con dignidad; en Holanda, vigente desde abril de 2001, con una serie de garantías y limitantes legales que de no cumplirse pueden desembocar en procesos legales en contra de los médicos, y finalmente en Bélgica que, en septiembre del 2003, se convierte en el segundo país en aprobar leyes a favor de la eutanasia, más flexibles que en el caso de Holanda pero también rígidas en cuanto a procedimientos legales (p. 5).

Posiciones en contra de la práctica de eutanasia.

La eutanasia ha cobrado importancia en el ámbito mundial, dado que las políticas de muchos países la incluyen como una práctica dentro del sistema de salud. No obstante, algunos autores se oponen a dicha práctica que se contrapone a los principios ligados a la bioética, por lo que sigue siendo un dilema que se presenta en diversos espacios al no existir coincidencia en torno a su aplicación.

De acuerdo con Monge (2013), quien argumenta una serie de aspectos en contra de la eutanasia, sobresalen:

1. La vida como un derecho propio, al adoptar por la eutanasia, se está entregando la libertad y al mismo tiempo acabando con ella.

2. Existe una dificultad de toma de posición en el caso de los enfermos mentales.
3. Mientras hay vida hay esperanza, sin embargo, hay que analizar y desempeñar aún más el verdadero significado de esta frase, y esto significa que se encuentra la cura de esta enfermedad.
4. Podrían aumentar el número de eliminaciones a débiles y personas subnormales, así mismo, aumentarían las presiones sobre el ejecutante médico, del acto por parte de la familia.
5. Los mismos ejecutantes podrían ser tomadas como crueles, lo que puede implicar en una sociedad como la nuestra, una pérdida de confianza en la persona tratante de la enfermedad.
6. Podrían aumentar el número de homicidios con la eutanasia, con el fin de cobrar herencias.
7. Podría aplicarse la eutanasia solo para el beneficio del negocio de tráfico de órganos, lo que muestra intereses económicos y políticos tras su aprobación.
8. Podrían disminuir los recursos destinados a la cura de una enfermedad, ya que podría salir más económico dejar morir a las personas y con ello se disminuye, así mismo, el esfuerzo de investigación en la medicina.
9. Se puede perder la esperanza de vivir, si como viejos las personas son dejadas de lado, aisladas en asilos, como enfermos pueden ser eliminados simplemente. (p. 7)

Estos nueve puntos resumen las razones por las cuales Monge señala estar en desacuerdo con la práctica de la eutanasia, son motivo de controversia en todos los ámbitos y cabe resaltar que las razones no son descabelladas, por el contrario, invitan al profesional de la salud a reflexionar si lejos de ayudar al paciente se está haciendo un uso abusivo con fines meramente económicos, limitando la libertad del paciente, el avance de

la ciencia, fortalecer el tráfico de órganos, la pérdida de confianza en el personal de la salud y el dejar morir a las personas por el simple hecho de su condición mental o esperanza de vida.

Razones jurídicas en contra de la eutanasia.

De acuerdo con la Associació Catalana d' Estudis Bioètics (ACEB) (2017), en su documento Razones del “no” a la Eutanasia, menciona que existen dos planos diferenciados:

1. Jurídico-político: regula las relaciones entre los hombres por la convivencia en paz, seguridad y libertad y protege los bienes comunes de los que participamos y en los que la vida física de cada hombre es presupuesto necesario para la existencia de otros bienes. No es un deber del Estado hacer bueno al hombre a través de las leyes civiles, pero sí proteger a todos los que pueden verse privados del derecho fundamental a la vida especialmente ante la vulnerabilidad que comporta la enfermedad.

2. Moral: regula los actos individuales. El presunto derecho al suicidio asistido es una opinión o deseo personal. Una cosa es el deseo que tenemos todos de morir bien y otra bien distinta despenalizar el acto intencionado de supresión de una vida: el homicidio (p. 30).

De estas afirmaciones, se desprenden dos aspectos que están presentes en la atención y cuidado de los pacientes, los aspectos jurídico-políticos y la moral, el profesional de la salud se confronta con estos dilemas al desconocer los principios y regulaciones existentes según sea el caso, por lo que es importante subrayar las implicaciones que conlleva esta práctica.

Limitación del esfuerzo terapéutico

En el caso de la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) y su conceptualización, Molíns (2011) lo define “como la omisión o retirada de tratamientos de soporte vital, que realiza el médico, en función de un pobre pronóstico de la enfermedad o cuando los

tratamientos empleados se consideren fútiles”. Continúa Molíns, al mencionar que “una medida terapéutica puede considerarse fútil si no es capaz de alcanzar el objetivo deseado”, y sustenta al respecto que “Las decisiones de LET van a partir siempre de los profesionales, según la valoración prudente y ponderada de indicación y pronóstico con base en el principio ético de no-maleficencia, es decir, no hacer daño al paciente” (p. 13).

Aclaración de los conceptos.

Además, según Giordano, Frez y Rojas (2017-2018), acerca de la obstinación terapéutica, la cual se relaciona con la porfía o terquedad del médico, quien insiste en la prescripción de tratamientos fútiles. “En particular esta situación clínica se observa en casos de final de la vida y es generadora de distanasia o mal morir en pacientes gravemente enfermos y sin posibilidades de recuperación” (p. 64).

Refiere Molíns (2011), también, que el Diccionario de la Lengua Española (RAE) define “futilidad” como “cosa inútil o de escasa importancia”. “Sin embargo aplicado a la medicina, el término futilidad, aunque conceptualmente se entiende, no resulta tan fácil de definir. En la práctica diaria es fácil darse cuenta de que lo que para un profesional resulta fútil, no lo es para otro” (p. 12).

Formas de LET.

Con respecto a las formas de LET, de acuerdo con Cabré y Solsona (2002), en medicina intensiva se habla de “limitación del ingreso en los servicios de medicina intensiva (SMI), limitación de inicio de determinadas medidas de soporte vital o la retirada de éstas una vez instauradas”. Esta es una práctica común en los ambientes hospitalarios ante situaciones específicas; no obstante, Cabré y Solsona (2002) indican que “las decisiones en medicina intensiva se diferencian de otras decisiones médicas por su urgencia, su contextualidad, la incertidumbre pronostica en muchos casos y el coste que implican” (p. 306).

Tipos de LET.

Cabe resaltar una práctica que se brinda de manera común, tal es el caso de la limitación de nutrición e hidratación artificial al final de la vida que tiene connotaciones emocionales y, según Molíns (2011), “existe consenso suficiente en el mundo occidental a considerar la nutrición e hidratación artificial como actuaciones médicas de soporte vital, que podrían ser limitadas, porque correspondan a decisiones autónomas o porque los perjuicios de su instauración excedan los beneficios esperados” (p. 17).

Ahora bien, las consideraciones culturales y religiosas alrededor del tema de la alimentación/hidratación, considerados cuidados básicos y, por lo tanto, más difíciles de limitar de acuerdo con Molíns (2011), “Cuando esta posición es mantenida por un determinado paciente o su familia, debe ser tenida en cuenta aun sobre las consideraciones clínicas. Si hay un conflicto importante, la mediación por expertos religiosos puede ser de ayuda (p. 17).

Finalmente, Molíns (2011) indica que el proceso de diálogo con los pacientes/familias debe basarse en estos tres aspectos:

1. La nutrición-hidratación artificial no es un cuidado básico como la comida que pueda ser administrado por cualquier persona, sino una terapia médica indicada para determinadas situaciones clínicas, aplicada con aparatos especiales y controlada por profesionales expertos.
2. La nutrición-hidratación artificial está asociada con beneficios inciertos y no pocos riesgos que deben valorarse cuidadosamente en este tipo de pacientes.
3. El objetivo de la nutrición-hidratación artificial no es proveer confort al paciente (p. 18).

Como resultado, vemos como algo tan común en el ambiente intrahospitalario, como la nutrición artificial, tiene repercusiones que no necesariamente buscan la comodidad del paciente.

Principios éticos y limitación del esfuerzo terapéutico.

La prevalencia de los principios éticos son la guía que orienta la toma de decisiones con respecto a las prácticas utilizadas en el ambiente hospitalario, el principio de beneficencia se orienta, claramente, a actuar en favor del paciente, para ello es importante el vínculo con el paciente para sondear sus valores, el contexto familiar y cultural para ofrecer dicha práctica.

Otro punto por abordar, de acuerdo con Molíns (2011), se refiere a la toma de decisiones, por lo que:

El marco ético general en el que se toman las decisiones de LET está basado en los principios generales de la bioética que son: la autonomía (el derecho de los pacientes a tomar sus propias decisiones respecto a su salud), la beneficencia (el cuidado sanitario debe beneficiar al paciente), la no-maleficencia (el cuidado sanitario no debe dañar al paciente) y la justicia distributiva (los recursos deben ser usados buscando la equidad (p. 14).

Encarnizamiento o ensañamiento terapéutico

En la actualidad, la ciencia y la tecnología representan una ventaja comparativa con respecto a brindar tratamientos o prácticas que, si bien pueden beneficiar al paciente, el encarnizamiento, como su nombre lo indica, se convierte en una amenaza y un uso desproporcional respecto a la atención de pacientes en estado crítico.

Según Lillo (2011), el encarnizamiento se refiere a “la actitud del médico que ante la certeza moral que le dan sus conocimientos, los remedios ya no proporcionan

beneficios al enfermo y solo sirven para prolongar su agonía inútilmente, se obstina en continuar el tratamiento” (p. 8).

Implicancias del encarnizamiento terapéutico.

Por otro lado, Lillo (2011) considera las implicancias que acarrea el ensañamiento terapéutico, y a continuación se mencionan algunas:

1. Prolongación innecesaria o fútil de los medios de soporte vital.
2. Situación irreversible.
3. Intencionalidad maliciosa.
4. Angustia del médico.
5. Ignorancia de los derechos del paciente.
6. Adopción de medidas terapéuticas que contemplan investigación científica. (p. 21)

Factores predisponentes al encarnizamiento terapéutico.

Se describe a continuación, de acuerdo con Lillo (2011, p. 23), los factores sobresalientes que engloban dicha práctica:

1. Exigencia de familiares: “Que se haga todo lo posible o incluso lo imposible”.
2. Falta de comunicación del equipo asistencial entre sí y con la familia.
3. La juventud del paciente.
4. Circunstancias de difícil pronóstico.
5. Aplicación de protocolos extensos.
6. Presión para la introducción de nuevos fármacos.

¿En qué casos se llega al encarnizamiento terapéutico?

Los familiares juegan un rol importante en la adopción de la práctica de encarnizamiento terapéutico, por lo que cada situación específica requiere que el paciente y su familia valoren las opciones para admitir o no esta práctica.

Existen situaciones particulares en las que hay mayor posibilidad de llegar al encarnizamiento terapéutico (ET), de acuerdo con Lillo, son las siguientes:

1. Niños prematuros de muy bajo peso al nacer 26 semanas y 650 g.
2. Pacientes terminales.
3. Pacientes tetrapléjicos.
4. Pacientes con gran deterioro psíquico (degeneración del SNC).
5. Lesiones traumáticas incompatibles con la vida.
6. Líderes políticos.
7. Recomendados. (p. 13)

Finalmente, de acuerdo con el planteamiento de Lillo, “los estudiantes de la salud deben aprender elementos básicos para aplicar como principios de bioética, fundamentos para mantener una comunicación clara y afectuosa, la importancia del trabajo en equipo y los aspectos legales complementarios cuando un paciente fallece” (Lillo, 2011, pp. 12-13).

Educación ligada a la bioética

Educación al paciente, la familia y comunidad.

La forma como se ejecutan algunas prácticas clínicas asociadas a la condición de las personas repercute de una u otra manera en el paciente. La educación es esencial en este proceso, de modo que los resultados estén acordes con el bienestar del paciente, la familia y la comunidad, y representen un aliado importante ante la toma de decisiones; por ello, se debe reforzar el conocimiento sobre estos temas de modo que las soluciones guarden relación con el respeto y derechos implícitos en todos los niveles.

De acuerdo con Arellano (2003), “La educación es un proceso social que refleja la cultura, valores, relaciones e ideales individuales y colectivos, por lo que requiere ser adaptada a las necesidades reales de la propia sociedad” (p. 6).

Según Arellano (2003), quien menciona a Martin Buber que también se ocupó del tema en 1942, lo considera un problema generalizado a todas las disciplinas científicas que abarca la totalidad del hombre [afirma] “el dominio que ella [la ciencia] va a estudiar, lo demarca frente a los demás, asienta sus propios fundamentos y elabora sus propios métodos... porque la posibilidad de su trabajo intelectual descansa en su objetivación, en su deshumanización” (p. 6).

La importancia de involucrar al paciente, familia y comunidad en el proceso educativo es fundamental, porque, de esta manera, se salvaguarda la responsabilidad por parte del personal de la salud y, por otro lado, se cuenta con el respaldo para saber tomar las decisiones pertinentes frente a una práctica que atenta contra la integridad del paciente.

El tema es vasto y requiere de un análisis por parte de todos los actores involucrados por lo que, según Arellano (2013):

Ante una situación que se ha gestado a través de los siglos, no podemos esperar resultados satisfactorios al corto plazo, se requiere de un esfuerzo continuado y generalizado que abarque a los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, administrativos, directivos y fundamentalmente a los docentes que son los responsables directos de quienes se encuentran en etapa formativa (p. 6).

Acerca del rol que asume la educación, Arellano comenta que “La educación debe partir de los principios de libertad, compromiso, autorrealización y creatividad, integrados en una función orientadora que permita la práctica de actos libres” (p. 6).

En otras palabras, según León (2011), existe un deber ético acerca de la responsabilidad del profesional de la salud ante el paciente, la familia y la comunidad, lo que se relaciona con la calidad de vida, la protección de sus derechos en un ambiente

de armonía en relación con los principios que favorecen la atención de las necesidades de los pacientes, por lo tanto, el autor señala lo siguiente:

La calidad de vida es parte de la dignidad de la persona y, por ello, es una finalidad –quizás la primera– de la medicina y de las políticas públicas de salud. En ella se fundamenta un deber ético de ayudar a los demás para que dejen de estar vulnerados en sus derechos y necesidades básicas, para que sean menos vulnerables y para que disfruten de la mejor situación posible de libertad y de vida autónoma plena (p. 8).

Así, por ejemplo, Arellano (2003) señala que “para que el alumno pueda advertir que el tema guarda relación con sus propósitos y necesidades reales, implica un compromiso personal” (p. 10).

En consonancia con la formación de profesionales que cuenten con un criterio propio, es indispensable fortalecer los principios y valores que confronten su ética con el conocimiento científico, filosófico y jurídico. Arellano continúa su razonamiento mencionando que:

La bioética debe dejar de ser una materia de estudio solo para el profesional interesado en ella, ha de incorporarse en la etapa formativa y orientarla al discernimiento de la eticidad de los actos biomédicos que afectan a la vida humana, con un sustento filosófico, científico y jurídico, en el que la ética no sea solo una ciencia normativa, sino una disciplina axiológica que favorezca una decisión razonada (p. 10).

A continuación, Arellano hace referencia a la necesidad de que el profesional de la salud se enfoque en las siguientes premisas:

1. Se debe prevenir la capacitación insuficiente o nula para la interacción requerida entre la función asistencial y la docente, especialmente para establecer los límites de la enseñanza ante el paciente para evitar la

afectación de su derecho a la intimidad o la angustia que genera el lenguaje técnico científico empleado.

2. Es preciso no subestimar los elementos psicológicos, sociales y culturales de la triada docente-alumno-usuario. La diversidad cultural de la sociedad contemporánea es un hecho tan evidente y directo que ha sido sistemáticamente ignorado o calificado como un obstáculo. El pluralismo cultural, en el que subyacen tradiciones, problemas económicos, políticos y sociales, necesariamente afecta las relaciones interpersonales y consecuentemente la manera en que ha de ser abordado un problema de salud.

3. Evitar la falta de correlación teórico-práctica, toda vez que el alumno, ante la carencia de significación real para enfrentar el problema, se ve impedido para participar intelectualmente en su solución.

4. Abatir la indiferencia hacia las relaciones interpersonales, que se genera con la formación de hábitos de trabajo individual y la tendencia a desarrollar restricciones emocionales que afectan la relación con el usuario y con el equipo de salud (p. 11).

La literatura revisada resalta la importancia de que en el mundo académico se discuta y analice esta temática para favorecer el conocimiento y esclarecer cómo se debe actuar frente a situaciones que no solo implican el ejercicio de la profesión de enfermería, sino que confronte los valores y principios de quienes tienen la tarea de informar al paciente, la familia y la comunidad en torno a algunas de estas prácticas.

En resumen, Arellano (2003) concluye que: “En el proceso de enseñanza y aprendizaje de la bioética se requiere que los contenidos académicos permitan el desarrollo de la libertad del alumno en sus tres dimensiones, elección, adhesión y ruptura” (p. 11).

Marco conceptual

Bioética.

De acuerdo con el *Glosario de bioética* elaborado por Torrez (2011), “La bioética concierne esencialmente al ser humano, en relación con sus factores ambientales –naturaleza, cultura, sociedad– y su campo es más amplio y mucho más interdisciplinario que el de la ética media” (p. 3).

Continúa Torrez (2011), acerca del rol que cumple la bioética, y asevera que “se presenta como el laboratorio experimental de la ética en el campo de la vida y comprende una meta bioética racional de principios (teórica o conceptual) y una bioética normativa orientada hacia la acción” (p. 3).

Torrez (2011), con respecto a la **bioética**, afirma, así mismo, que “es la disciplina que busca aclarar problemas éticos que surgen en relación a la salud: al hacer investigación con seres humanos, diseñar o implementar una política de salud, y brindar atención médica” (p. 1).

Por tal motivo, la bioética no es un código de preceptos, sino una actividad de análisis a la luz de principios y criterios éticos que guía la práctica en las distintas áreas de la salud.

Dominio conceptual.

Las personas poseen conocimientos personales, construidos en la cotidianidad a través de los años en los distintos espacios de influencia (casa, escuela, trabajo y otros) y estos conocimientos se encuentran organizados cognitivamente y recogen aquello que, según la experiencia, es acorde con las creencias y necesidades de cada persona, lo cual repercute en las actuaciones que, en teoría, debería ser en consecuencia con dichos conocimientos.

Con respecto al *dominio conceptual* del conocimiento, se considera el hecho de que el alumno consiga entender, según Linzmayer (2016), “*Porqué, Para qué y el Cómo* existen determinados fenómenos, y cómo éstos se relacionan con las otras culturas, el alumno debe ser capaz de analizar, criticar y sistematizar determinados conocimientos que le permitan comprender las dinámicas entre diferentes circunstancias” (p. 3).

Para que ese objetivo sea posible y la información se transforme en conocimiento, debe estar conectada con las experiencias de vida de los alumnos. De ahí la importancia de que el profesional en enfermería, durante la práctica clínica, se interrelacione y domine los conceptos ligados a la bioética para efectos de este estudio.

Además, las diversas teorías implícitas sobre el aprendizaje, de acuerdo con Arévalo (2010), pueden ser “directa, interpretativa o constructiva, y tienden a modelos curriculares y enfoques de enseñanza-aprendizaje, como el academicista, el interpretativo y el constructivista, respectivamente” (p. 3).

Dominio. De acuerdo con el *Diccionario de la lengua española* (1970), es el poder que uno tiene de usar y disponer libremente de lo suyo.

Términos asociados a la bioética

Ahora bien, antes de introducir los términos asociados a la bioética es importante resaltar que esta tiene un trasfondo desde la ética, donde, finalmente, a la hora de tomar decisiones privan los principios y valores con que el profesional en enfermería cuenta. Por otro lado, la ética cristiana se rige por principios universales, los cuales prevalecen a través de los siglos y que, si se observa detenidamente, el mundo sería diferente si llevase a la práctica los principios y valores que estableció Dios desde el inicio del planeta.

Otro aspecto que enfrenta toda persona que entra en contacto con el concepto de bioética es el término **dilema**. Ucha (2011) afirma que “Es un argumento conformado por dos proposiciones opuestas, de modo tal que afirmada o negada alguna de esas dos, quedará automáticamente demostrado lo que se ha intentado probar” (p. 2).

Para ilustrar mejor la **ética**, Raffino (2019) sostiene que “es una rama de la filosofía que se dedica a analizar la conducta humana y paralelamente, estudiar la moral y encontrar una manera de juzgar a la misma” (p. 3).

De manera análoga, sobre la **ética cristiana**, el escritor Quintero (2005) menciona que “la revelación de Dios en sí mismo, en su palabra y en sus criaturas. En la Biblia, encontramos las dimensiones éticas y morales que se demandan de los seres creados para satisfacer la justicia divina y sus demandas” (p. 2).

Principios

Autonomía: Torrez (2011) indica que la autonomía “Es la convicción personal guiada por unos principios. La capacidad para determinar el curso de acción por uno mismo (El derecho de autodeterminación), requiere la capacidad de tomar decisiones (véase competencia-capacidad) y la habilidad de poner en práctica las elecciones hechas” (p. 6).

En el ámbito médico, es la parte de la amistad terapéutica que lleva al médico a actuar para ayudar al paciente. Desde el punto de vista de la bioética liberal, las acciones realizadas por el médico para satisfacer las decisiones autónomas desligadas de cualquier barrera moral.

Beneficencia: Torrez (2011) la define como “Promover el bienestar o el mejor interés de un individuo. Hacer el bien o ayudar a otro. En medicina, ayudar al paciente” (p. 7).

Justicia: Torrez (2011), en cuanto a la justicia, refiere “que es el respeto a la igualdad social que se expresa en que los seres humanos sea acreedores de los mismos derechos y oportunidades, sin discriminación por diferencias de origen, edad, sexo, ocupación social, desarrollo físico, mental, cultura, color de la piel, credo y de cualquier otra índole” (p. 53).

No maleficencia: de acuerdo con Torrez (2011), uno de los grandes principios de la bioética se define como sigue, el principio de no maleficencia prohíbe infringir daño o herida sin beneficios compensatorios, y sustenta reglas morales más específicas, como la prohibición de asesinato. (p. 6)

Prácticas

La bioética está asociada a ciertas prácticas que todo profesional de la salud debe dominar. Acorde con Pérez y Gardey (2010), “La **Práctica** es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos. Es el ejercicio que se realiza de acuerdo con ciertas reglas y sujeto a la dirección de un maestro, para que los practicantes mejoren su desempeño” (p. 3).

En contraste con la práctica la mala praxis, de acuerdo con Romero (2014), “se presenta cuando ocurre un daño en la salud de una persona, como efecto del accionar profesional debido a la imprudencia, impericia, negligencia o por no cumplimiento de las normas jurídicas respectivas o por falta a los deberes profesionales” (p. 5).

De acuerdo con lo que plantean Gómez Sancho *et al.* (2015), abandono y obstinación son los dos extremos de la mala praxis médica en la atención al final de vida que constituyen una grave vulneración del Código de Deontología Médica (p. 1).

Eutanasia: según, el doctor Torrez (2011) “Etimológicamente, eutanasia significa una muerte buena y digna. El uso contemporáneo del término suele ser ambiguo, y los calificativos se utilizan para hacer más claro el sentido que se pretende”.

Al respecto, Torrez (2011) refiere que eutanasia activa se conceptualiza como “el asesinato directo de un paciente y, como es típico, difiere de la eutanasia ‘pasiva’, que supone la renuncia a tecnologías médicas, con el fin de permitir que el proceso subyacente siga su curso natural” (p. 43).

Ensañamiento o encarnizamiento terapéutico: Torrez (2011) menciona que es “todo tratamiento extraordinario del que nadie puede esperar ningún tipo de beneficio para el enfermo” (p. 4).

Limitación del esfuerzo terapéutica: Torrez (2011) conceptualiza este término como “La decisión de restringir o cancelar algún tipo de medidas cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios terapéuticos, con el objetivo de no caer en la obstinación terapéutica.” (p. 6).

Otros conceptos

Enfermería, de acuerdo con Torrez (2011), la define como el “conjunto de conocimientos teóricos y acciones prácticas, dirigidas a la identificación y satisfacción de las necesidades básicas, del hombre sano o enfermo, a fin de promover, preservar o restablecer, la salud del individuo, la familia y la comunidad” (p. 13).

El paciente: Ecured (2016) sostiene que “Se refiere al Individuo que es examinado medicamente o al que se administra un tratamiento. Proviene del verbo latino ‘pati’, que quiere decir ‘el que sufre’: el paciente es, pues, una persona que es curada.” (p. 6).

Final de la vida: la etapa de final de la vida implica todo un protocolo de atención al paciente. Valentín y Murillo (2005) comentan, al respecto, que cuando clasificamos a los pacientes dentro de un término general como “enfermedad terminal o etapa al final de la vida”, existe una importante controversia y confusión en qué

cuidados hay que aplicar a estos pacientes, siendo el debate aún mayor cuando nos referimos a situaciones concretas como la nutrición e hidratación artificial” (p. 3).

Simone (2000), con respecto a la voluntad de mejorar la atención y el bienestar de los pacientes, señala que “La calidad de vida y el confort en el final de la vida pueden ser considerablemente mejorados con la implementación de una cantidad relativamente pequeña de recursos: sólo se requiere la voluntad de lograrlo” (p. 53).

A su vez, desde el Instituto Nacional del Cáncer (2019), se indica que esta etapa “puede durar meses, semanas, días u horas. Es un momento en el que se toman muchas decisiones sobre el tratamiento y la atención de los pacientes de cáncer” (p. 11).

Mientras tanto, es importante que los familiares y proveedores de atención de la salud conozcan con anticipación los deseos del paciente sobre los planes para la etapa final de su vida. Esto puede facilitar la toma de decisiones importantes de la familia durante ese periodo.

Sucede parecido, también, con la asistencia al final de la vida, pues, según Simone (2000), médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud se confrontan con los pacientes murientes y sus familias. “A partir de ese momento vemos sucederse análisis y estudios sin medida, demoras en la toma de decisiones, cambios frenéticos de un especialista a otro, depresiones y euforias injustificadas” (p. 55).

Acerca de la actitud que conlleva esta situación, que a la postre deja de lado la toma eficaz y eficiente de decisiones, aun cuando ya no existe esperanza para el paciente. Al respecto, Simone (2000) sostiene que el personal médico y de enfermería actúa de la siguiente manera:

Solemos movernos entre el activismo terapéutico y el abandono, entre la desprotección institucional y la angustia existencial. Institucionalmente se tiende a sostener que los pacientes con enfermedad en estadio terminal están excluidos de todo cuidado, y esta premisa lleva a la implementación de

estrategias que no responden a las necesidades concretas que presentan los pacientes (p. 55).

El entorno que rodea la bioética está conformado por distintos actores que juegan un papel importante en el proceso de decidir respecto a la prevención de prácticas que contravienen los derechos de los pacientes.

Marco empírico

Internacional

Bioética y calidad de vida.

La calidad de vida, obviamente, tiene implicaciones al final de la vida. A partir de los años setenta, el estudio de la calidad de vida, desde una perspectiva biomédica, psicológica y social, comienza a hacerse más sistemática y relevante en el mundo académico. En la actualidad, los países del orbe enfrentan dilemas en relación con los avances tecnológicos y la ciencia, las ciencias de la salud están inmersas en este contexto y el mundo se conmueve porque la esperanza de vida se ha extendido gracias a los avances científicos y tecnológicos; no obstante, también surgen los cuestionamientos acerca de las implicaciones de alargar la vida a costa de la instalación de prácticas que, en teoría, responden a principios de la bioética, ¿hasta dónde las prácticas de la bioética violentan los principios de la bioética y viceversa? Los enfermos buscan salidas por su cuenta y toman decisiones en relación con la eutanasia y el levantamiento del esfuerzo terapéutico, pues no quieren exponerse a una vida fútil.

Según la Caja Costarricense de Seguro Social en el Boletín (2017), Francia, país considerado líder en el tema de bioética, cuenta con Comités de Bioética Clínica (CBC) en hospitales y centros asistenciales, donde “la consulta bioética, brinda asesoría a personas usuarias, funcionarias y prestatarias que requieran ese servicio, un caso particular es el Hospital de Cochin donde mediante Le Centre d’Éthique Clinique, se brindan este tipo de servicios” (p. 6).

Interesa destacar el rol que asumen los CBC, pues, en última instancia, es un espacio donde se presentan casos en los cuales se pueden filtrar los dilemas en torno a la calidad de vida de los pacientes y de qué manera la bioética apunta al mejoramiento de esta calidad de vida o, por el contrario, las implicaciones que tiene en el largo plazo, ya

que, según la CCSS este “es un grupo autorizado de personas, de carácter consultivo e interdisciplinario, que analiza desde la perspectiva bioética, dilemas de la práctica asistencial y emite recomendaciones al respecto. El mismo tiene independencia de criterio” (p. 6).

En consonancia con Osorio, Torrejón y Vogel (2008), “a partir de los años setenta, el estudio de la calidad de vida, desde una perspectiva biomédica, psicológica y social, comienza a hacerse más sistemático y relevante en el mundo académico” (p. 1).

Además, refieren las autoras que el concepto involucra el contexto sociocultural y el sistema de valores por lo que:

La calidad de vida se la ha definido, principalmente desde un punto de vista subjetivo” (OMS, 1995), destacando la percepción de las personas sobre diversos ámbitos de sus vidas, donde lo importante es destacar la relevancia del contexto social y cultural y del sistema de valores en el que experimentan su vida cotidiana (p. 1).

La investigación científica con seres humanos suscita una fuerte discusión ética en diversos espacios desde los orígenes de la bioética. Henry K. Beecher, profesor de anestesiología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard, publicó un artículo titulado “Ethics and Clinical Research” (1966). En este artículo, el médico estadounidense presenta una serie de casos de investigación en los que la ética del investigador estuvo ausente. En efecto, González (2006) hace alusión a lo siguiente con respecto a estos casos:

Uno de ellos consistía en privar de penicilina a un grupo testigo de sífilíticos negros durante un período prolongado de tiempo para estudiar los efectos de otros medicamentos; veinticinco pacientes contrajeron fiebres reumáticas: más de treinta años más tarde, en 1997, los tribunales fallaron, decretando el

pago de una fuerte indemnización económica en favor de algunos sobrevivientes perjudicados por tales experimentos (p. 8).

Principios y prácticas asociados a la bioética.

Los principios y prácticas de la bioética se basan en la teoría principialista, la cual se asume en esta investigación por parte de las investigadoras y formulada por los pioneros Francesc Abel, Diego Gracia y Javier Gafo, miembros de la orden jesuita, quienes introducen el debate bioético en España y coinciden, según Begoña (2014), en que “El principio de la autonomía ligado a la bioética tiene implicaciones más allá de brindarle libertad al paciente o su familia para tomar decisiones en lo que respecta a su salud” (p. 2).

Muchas veces, el paciente y su familia no poseen la información necesaria o simplemente se convierte en un objeto para que el personal médico trascienda en los estudios científicos, sin previo consentimiento informado por parte de profesionales inescrupulosos, quienes se aprovechan de su poder y conocimientos para efectuar ciertas prácticas amparadas en los principios ligados a la bioética.

Según Begoña, en su revista *Bioética y Debat*, Francesc Abel y Núria Terribas, en su presentación, afirmaban:

La esperanza que compartimos es que el informe constituya un elemento de cohesión para el pensamiento contemporáneo en el terreno de la bioética y el derecho, no solo en Europa, sino en el mundo entero. La Declaración de Barcelona supone, pues, una auténtica propuesta alternativa que, además de incluir el principio de autonomía, recoge otros principios éticos básicos, típicamente europeos por nuestro contexto cultural e histórico, como el de “dignidad, integridad, vulnerabilidad”, además de incorporar como esenciales los conceptos de solidaridad y responsabilidad humanas (p. 4).

Desde la perspectiva internacional, las evidencias demuestran la importancia de adoptar un modelo inclusivo, en el cual se inserten los sectores de la sociedad más desposeídos, a fin de garantizar la justicia y la beneficencia de aquellos que más lo necesitan. León (2011), acerca del respeto a la autonomía de las personas, comenta sobre este punto que:

Más allá de una bioética centrada en asegurar la no maleficencia y el respeto a los derechos de justicia por parte de todos, absolutamente imprescindible en nuestros países, debemos avanzar en el respeto de la autonomía de las personas, profesionales de la salud y pacientes. Y parte de este respeto es el deber ético de promover su competencia como agentes morales, mediante una solidaridad personal, institucional y social que lleve a la inserción social de los más vulnerables y a conseguir su efectivo empoderamiento para llevar adelante sus ideales de vida buena, con una solidaridad y una beneficencia no paternalistas (p. 11).

Además, el conocimiento científico se ha tornado un factor decisivo de la producción de las riquezas; ahora, la brecha entre ricos y pobres del mundo se extiende a la mayoría que está excluida de la creación y de los beneficios del saber científico. Durante la Conferencia Mundial sobre la Ciencia para el siglo XXI, de 1999, auspiciada por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y el Consejo Internacional para la Ciencia (ICSU), Olivero, Domínguez y Malpica (2008) mencionan que en dicho evento se concluyó “que la práctica de la investigación y el uso del conocimiento científico deben apuntar al bienestar de la humanidad, contando con el respeto a la dignidad del ser humano y sus derechos fundamentales” (p. 92).

Evolución de la bioética.

La bioética, desde sus inicios, evoluciona hasta la actualidad y debido a la influencia de Francesc Abel, Diego Gracia y Javier Gafo, quienes se formaron en esta materia en Norteamérica e introducen aportes importantes alrededor del tema. Begoña (2014), en su tesis doctoral, menciona que “El sistema sanitario de entonces se centraba en la enfermedad aguda y en el ámbito hospitalario, intentando dar respuesta, en la mayoría de las ocasiones, a casos urgentes” (p. 152). Surge, en ese sentido, la “primera” bioética de corte anglosajón, de la cual se establecen conceptos que han ido evolucionando con el tiempo y adaptándose a la realidad del nuevo siglo y a nuestra cultura.

Ante el envejecimiento de la población como consecuencia en parte de los avances tecnológicos aplicados a la medicina y a las medidas preventivas de salud pública, se presenta un aumento de personas con enfermedades crónicas o discapacidades y el paso de un ámbito sanitario a uno sociosanitario, al incluir profesionales de diversos campos (medicina y enfermería, psicología, trabajo social, etc.).

Por otro lado, los estudios epidemiológicos muestran que muchos profesionales adoptan la posición de Gracia (1984), “quien sitúa a los principios de justicia y no maleficencia en un nivel superior, porque obligan con independencia de la voluntad de las personas. En un segundo nivel ubica los de autonomía y beneficencia” (p. 93).

Ahora bien, Begoña (2014) hace referencia a que el “principalismo de Gracia fue objeto de una modificación por parte de Pablo Simón al detectar que era fuente de algunos problemas cuando se aplicaba a la teoría del consentimiento informado” (p. 138). De lo anterior, se desprende, de acuerdo con Begoña (2014) que el consentimiento informado es hoy en día una exigencia jurídica, y por lo tanto perteneciente a la ética de

mínimos y exigible por ello ubica “la autonomía, base del consentimiento informado, en el segundo nivel, pues representa un principio de máximos, y por lo tanto no de obligado cumplimiento sino dependiente de la excelencia profesional” (p. 138).

Por otra parte, Gracia describe, en el prólogo de *Procedimientos de decisión en ética clínica* (2007), la cual está “basada en cuatro principios y en su evolución defiende que el mundo de la ética necesita un lenguaje más flexible que el de los principios o el de los derechos. Ese lenguaje será el de los valores”.

En contraste con la investigación clínica y los principios éticos y científicos de acuerdo con Olivero, Domínguez y Malpica (2008), *El Código de Ética en Medicina*, aprobado en octubre de 2003, en el artículo 204, establece que:

La investigación clínica debe inspirarse en los más elevados principios éticos y científicos y no debe realizarse si no está precedida de suficientes pruebas de laboratorio y de un ensayo en animales de experimentación. Es permisible cuando es realizada y supervisada por personas científicamente calificadas y sólo puede efectuarse cuando la importancia del objetivo guarde proporción con los riesgos a los cuales sea expuesta la persona (p. 94).

En contraste con la asociación de los principios bioéticos de enfermería y la calidad de atención, de acuerdo con Luque y Vásquez (2018), en la tesis titulada *Principios Bioéticos de Enfermería asociados a la calidad de atención percibidos por el paciente hospitalizado en el servicio de medicina del Hospital III Yanahuara, Arequipa 2011*, los resultados mostraron que:

El Principio bioético mayormente percibido por el paciente hospitalizado es el de Beneficencia un 76,7 %, refiere que este principio es aplicado durante la atención que reciben; seguido del principio de Justicia percibido por un 70 % de los pacientes encuestados y finalmente el principio de respeto a la persona el cual es percibido por un 63,3 % de los pacientes (p. 14).

Por otro lado, la Iglesia Adventista del Séptimo Día, en el ámbito internacional, ha establecido según las Declaraciones, Orientaciones y otros documentos (2011) refiere que:

Los avances de la medicina moderna han hecho que la toma de decisiones relacionadas con pacientes terminales sea cada vez más compleja. En el pasado se podía hacer muy poco para prolongar la vida, pero la capacidad de la medicina actual de posponer la muerte ha suscitado complejos interrogantes morales y éticos. ¿Qué restricciones establece la fe cristiana al uso de esa capacidad? ¿Cuándo el objetivo de aplazar el momento de la muerte debería dar paso al de aliviar el dolor del paciente terminal? ¿Quién está debidamente capacitado para tomar esas decisiones? ¿Qué límites, si es que los hay, debe establecer la compasión cristiana para poner fin al sufrimiento humano? (p. 82).

De esta manera, en estas declaraciones se establecen siete principios basados en la Biblia que ante la preocupación por el bienestar físico, emocional y espiritual de los pacientes terminales. Para efectos de este trabajo, se presentan el cuarto y el séptimo principios, los cuales orientan la toma de decisiones desde el punto de vista de la ética cristiana y establecen que:

El amor cristiano es práctico y responsable (Rom. 13: 8-10; 1 Cor. 13; Sant. 1: 27; 2: 14-17). Ese amor no niega la fe ni nos obliga a ofrecer o aceptar tratamientos médicos cuyos inconvenientes son mayores que sus posibles beneficios. Por ejemplo, cuando el tratamiento se limita a conservar las funciones del cuerpo, pero no existen esperanzas de que el paciente recupere la consciencia, este resulta inútil y puede, en conciencia, ser suspendido o interrumpido. De manera similar, los tratamientos médicos que buscan prolongar la

vida pueden ser omitidos o interrumpidos si lo único que consiguen es intensificar el sufrimiento del paciente o alargar innecesariamente el proceso de la muerte. En todos los casos, la decisión que se tome debe estar en armonía con las disposiciones legales en vigor.

El principio bíblico de justicia prescribe que hemos de prestar especial atención a las necesidades de los indefensos y dependientes (Sal. 82: 3, 4; Prov. 24: 11, 12; Isa. 1: 1-18; Miq. 6: 8; Luc. 1: 52-54).

Debido a su mayor vulnerabilidad, se deberían tomar medidas especiales para que los pacientes terminales reciban un trato respetuoso y sin discriminación. La atención al paciente terminal debe centrarse en sus necesidades espirituales y físicas y en las decisiones que haya tomado, no en consideraciones sobre su estatus social (Sant. 2: 1-9) (p. 90).

Lo anterior, implica que se debe evaluar a la luz de la Biblia la toma de decisiones con respecto a este tema, sin perder de vista estas declaraciones, para actuar en consecuencia con los principios bíblicos.

Nacional

Los comités de ética son imprescindibles en la labor de la salud, porque de alguna manera se está implicando la vida de las personas. Con el crecimiento de la esperanza de vida, las personas desean prolongarla más allá de lo que años atrás era posible; no obstante, paradójicamente la aparición de enfermedades terminales al final de la vida representan un dilema tanto para el paciente, sus familiares y la comunidad en general, pues tras alargar la vida, el personal médico, ante el principio de beneficencia, recurre a prácticas que no necesariamente mejoran la condición de vida de los pacientes y estos, ante situaciones que no pueden sobrellevar con una enfermedad terminal como el cáncer y otras, recurren a la eutanasia o el LET. Según la CCSS (2017), los comités

de ética, tanto de ética de la investigación (CEC) como los de bioética clínica (CBC), constituyen en la actualidad un estándar de calidad y es inconcebible un establecimiento de salud, fundamentalmente hospitalario, sin un comité de esta naturaleza (p. 6).

La autoridad en Costa Rica, en materia de la salud, se rige a través del Ministerio de Salud de Costa Rica. Así mismo, el sector público está administrado por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), institución autónoma encargada del financiamiento, compra y prestación de la mayoría de los servicios personales. La CCSS se financia con contribuciones de los afiliados, los empleadores y el Estado, y administra tres regímenes: el seguro de enfermedad y maternidad, el seguro de invalidez, vejez y muerte, y el régimen no contributivo. La CCSS, presta servicios en sus propias instalaciones o contrata prestadores del sector privado con los que establece contratos denominados “compromisos de gestión”.

La CCSS (2017) menciona que en Costa Rica se han acreditado tres Comités Ético Científico locales ubicados en: “Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología Raúl Blanco Cervantes, Hospital de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera y Hospital San Juan de Dios”. Lo anterior, en el marco de Ley N.º 9234, su reglamento (Decreto Ejecutivo N.º 39061-S) y la reforma de este último (Decreto Ejecutivo N.º 39533-S), así como la modificación y adición normativa para la aprobación de estudios observacionales en los centros asistenciales de la Caja Costarricense de Seguro Social, que se encuentra vigente, cuya finalidad es garantizar la vida, la salud, el interés, el bienestar y la dignidad de las personas que participan en investigaciones biomédicas (p. 2).

Por otro lado, Leiva y Villalobos (2015) describe que un proyecto de investigación, 421-B1-331, aprobado por la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica, cuyo objetivo fue analizar la implementación de la bioética

en la investigación en enfermería, específicamente en los trabajos finales de graduación, en los cuales se supone que se plasma el proceso formativo de los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, según Leiva y Villalobos (2015), los resultados que presenta este estudio mediante la recopilación de información entre los años 2005-2012, sobre los trabajos de tesis donde exploraron la metodología empleada por los estudiantes al aplicar los principios bioéticos en sus prácticas clínicas en las diferentes entidades que lo realizaron, determinaron que: “Del total de prácticas dirigidas (Fi = 93), fi = 34 de ellos no incluyeron un apartado sobre “aspectos bioéticos” en la metodología, sin embargo, se mencionó algunos de estos aspectos en otras partes del trabajo” (p. 8).

Además, Leiva y Villalobos (2015) señalan que donde se realizaron los estudios en un poco menos de la mitad (fi = 38), el respeto a la autonomía de la persona se identificó en fi = 13 de los trabajos, y únicamente en fi = 15 casos del total se menciona la aplicación de los principios de beneficencia, no maleficencia y justicia (p. 8).

Dilemas al final de la vida.

Morir representa, para algunas culturas, un acto de alegría, mientras que en otras es motivo de tristeza; la muerte es un tema del cual no se habla en diversos espacios por temor o porque no despierta interés en la sociedad. No representa, únicamente, un evento de interés médico o científico, sino que en esencia es un acontecimiento de dimensión personal, cultural y religiosa.

Algo semejante ocurre con la clasificación y comunicación al momento de la muerte de un paciente. Morales *et al.* (2019), sostienen que “la forma de clasificar y comunicar la muerte ha sufrido modificaciones en el transcurso del tiempo, sobre todo en el personal de enfermería, el cual trabaja de la mano con el médico” (p. 6). Así

mismo, declaran que “el tema es complejo y escabroso y da origen a toda una gama de posturas. No es fácil aceptar la muerte” (p. 7).

A su vez, con respecto al rol que asumen las universidades al final de la vida de los pacientes, Morales *et al.* (2019) sostienen que:

Las universidades deben asumir que la profesión de Enfermería brinda a sus profesionales la oportunidad especial de ayudar y confortar al moribundo, así como de proporcionar consuelo y comprensión a sus familiares, en un momento muy difícil y de acuciante necesidad de apoyo humano (p. 9).

Estas actividades añaden, asimismo, una nueva dimensión de los cuidados de enfermería, entre los cuales deben priorizarse aspectos que, de acuerdo con Morales *et al.* (2019), estarían los siguientes:

1. Que el equipo de salud se proporcione respaldo y comprensión mutuamente, los profesionales de la salud (especialmente los de Enfermería) asumen la responsabilidad de un proceso terminal que puede resultar sumamente estresante. Este “espíritu de equipo” incidirá directamente en la calidad de los cuidados al paciente terminal, optimizando por ello la satisfacción de sus necesidades.
2. Realizar una preparación intensiva sobre la muerte y los moribundos para todos los miembros del equipo, con un temario concreto. Esto se podría hacer en las sesiones clínicas.
3. Animar al Equipo de Salud a escuchar (y a parecer siempre dispuesto a hacerlo) a los pacientes que desean hablar de sus miedos y temores.
4. Procurar una relación franca y sincera entre el Equipo de Salud y el paciente y sus familiares.
5. Para pacientes con procesos terminales de larga evolución sería conveniente realizar sesiones de terapia de grupo periódicamente, con la ayuda de un psicólogo. En este sentido, el grupo funciona como instrumento

terapéutico, pues los enfermos aprenden a apoyarse y a aconsejarse mutuamente.

6. Que los médicos permanezcan más tiempo con el paciente terminal, comentando su estado físico, emocional y psicológico.

7. En cuanto a dar información al paciente sobre el pronóstico de su enfermedad, no podemos negar al enfermo tanto el derecho de conocer la verdad como de no querer conocerla. Así pues, habrá que valorar si lo desea y es conveniente o no, por medio del trato directo con él, a través de sus preguntas y actitudes.

8. Agilizar, si el paciente y/o familia lo desean y resulta conveniente, el alta voluntaria. De esta manera el paciente puede morir en su hogar, en un ambiente íntimo rodeado de sus familiares y amigos. Nunca utilizar esta medida para descargar el trabajo en la planta hospitalaria.

9. Tener unos criterios útiles para el uso y administración de fármacos, a fin de adecuarlos a la situación de enfermedad terminal y a su objetivo de confort, teniendo en cuenta la dificultad de administración (boca seca en la mayoría de los casos).

10. Ofrecerle al paciente la posibilidad de ayuda religiosa en las horas finales de su vida, si así lo desea.

11. Ayudar y orientar a los familiares en las formalidades *post mortem*: así como, derivación a otros profesionales (trabajador social, sacerdote, etc.).

12. Sería deseable hacer un seguimiento, desde el Centro de Salud, de la familia durante los meses difíciles que siguen a la muerte. Se sabe que un acontecimiento tan estresante como la muerte del cónyuge o un familiar es un factor de riesgo para la aparición de patologías físicas y psicológicas; así, el seguimiento irá orientado a la prevención de las mismas.

13. Realizar educación para la Salud mediante programas especiales de sensibilización para voluntarios.

Así, se avanza en nuestro razonamiento acerca de los dilemas que enfrenta el personal de enfermería, el paciente y su familia. De ahí la importancia de consensuar los procedimientos por seguir en determinadas situaciones, tomando en cuenta todos los aspectos que conlleva el plan de atención de enfermería.

De acuerdo con González (2015), “algunas enfermeras plantean como dilemáticas las eventuales diferencias con profesionales de la medicina, ya que con frecuencia la opinión enfermera se valora menos que la opinión médica produciendo conflictos y siendo obligadas a realizar prácticas con las que discrepa” (p. 107).

Según lo anterior, este es un factor por el cual algunas enfermeras no se apegan a sus conocimientos porque o no los manejan de la mejor forma o carecen de ellos, lo cual trae como consecuencia realizar procedimientos clínicos en los pacientes que desconoce, y esto podría repercutir en una mala práctica.

Así mismo, González (2015) “señala que las instituciones deberían contemplar dentro de sus protocolos el análisis de situaciones dilemáticas en espacios que favorezcan las discusiones” (p. 108). Como lo menciona el autor, debería ser de interés de los profesionales conocer cómo repercute no observar esta situación para su vida en situaciones en las que se trate de malas prácticas y de cómo las van a enfrentar si no tienen el dominio suficiente sobre los casos. A continuación, se mencionan los siguientes escenarios:

1. Situaciones relacionadas con la interrupción de tratamientos vitales.
2. Cuestiones relacionadas con el inicio de una reanimación cuando el paciente muere de forma inesperada (no encarnizamiento terapéutico), si conectar o no a un ventilador para luego tener que tomar la decisión de desconectarlo (implica matar), o si “solo” actuar en la preservación de cuidados mínimos necesarios de soporte vital (p. 108).

Según Linares y Fraile (2012), “La formación de comités de bioética con funciones consultivas, preventivas y para la toma de decisiones, desde un marco específico, fortalecería las discusiones enriquecedoras en el trato de casos difíciles y promovería el respeto hacia los derechos humanos” (p. 124).

Con respecto a los conocimientos que poseen los estudiantes de enfermería y su repercusión en el campo clínico, sobre este aspecto indican Morales *et al.* (2019):

Por este motivo, se considera importante poder obtener datos objetivos acerca de si los conocimientos de los estudiantes de enfermería influyen en la actitud que tienen hacia la eutanasia, si este conocimiento fue adquirido en su casa de estudio, o si forma parte de su crecimiento social, es de suma importancia llevar a cabo esta investigación puesto que los estudiantes de enfermería en un futuro tendrán pacientes bajo su responsabilidad y cuidado (p. 13).

De acuerdo con Marí (2014), “las enfermeras reconocen que la obstinación terapéutica está presente en su práctica diaria, esta mala praxis les genera conflictos éticos importantes y algunas de ellas incluso proponen estrategias para resolverlos; no hacen nada para evitar o corregir dicha situación” (p. 2).

Integración de la bioética a la educación formal

En el proceso de mediación educativa, “Es fundamental que no solo se enseñen las técnicas prácticas de enfermería, sino que se le brinden al estudiantado los elementos necesarios para el desarrollo de la investigación como elemento sustantivo de la enfermería” Leiva y Villalobos (2015) ; por otro lado, es necesario agregar a la enseñanza de los principios éticos otro de los patrones del conocimiento, el cual se refiere al “Conocimiento moral enfermero, no solo en lo que respecta al cuidado o la relación con la persona usuaria del cuidado terapéutico, sino de quien participa en un

proceso investigativo en enfermería, aspectos que se reflejan en la rigurosidad investigativa” (p. 4).

La integración de la educación en bioética en la educación formal se integra, en los años ochenta del siglo XX, principalmente, desde aspectos clínicos. De acuerdo con Linares y Fraile (2012), “Los inicios marcados por una tendencia jurídica devienen hasta hoy en una tendencia claramente fincada en los derechos humanos” (p. 121).

Linares y Fraile (2012) se refieren a la importancia de la implementación de la bioética en la educación superior para incidir en la generación de futuros educadores y profesionales. Desde el punto de vista normativo, quienes estén desarrollando una profesión, deben estar al tanto de los códigos, leyes y reglamentos, leyes de colegios, gremios y de reuniones relacionadas, pues, según Linares y Fraile (2012), “les permitiría atender las posturas éticas nacionales e internacionales e integrarlas al ejercicio profesional cotidiano” (p. 124).

Acerca de los beneficios de la enseñanza del tema de la bioética en la educación que se imparte a los estudiantes de las carreras de medicina y enfermería, se resalta que los beneficios no solo se refieren al paciente, sino a su familia y a la comunidad en general, por lo que Linares y Fraile (2012) consideran que “la bioética debe ser una materia que se inserte en todos los diseños curriculares de la educación superior incluyendo el grado y el postgrado” (p. 115).

Otra postura interesante es la de Patricia Vit, quien sugiere que “la bioética debe ser un componente fundamental de la metodología de la investigación, considerando que esta proporciona herramientas en la formulación de proyectos específicos en los cuales los grupos humanos depositarios de estos proyectos resultarían beneficiados” (p. 123).

Con respecto a la preparación del personal sanitario en el tema de la bioética y las estrategias por seguir, Morales *et al.* (2019) señalan que es necesario hacerlo desde el periodo de formación en sus estudios universitarios. En el caso de enfermería, esto se podría conseguir de dos formas:

1. Desde el primer año de estudios, sería preciso que el enfoque de los cuidados se centre más sobre la respuesta a las necesidades del paciente que sobre la importancia de la curación.
2. Introducir en el programa una parte teórica de cuidados que tratase el proceso del duelo y de la aflicción; en ella se estudiarían los ejemplos de cada estadio por los que atraviesa el paciente.

A continuación, se hace referencia al Código deontológico que rige la profesión de enfermería y también se explicita acerca de los derechos y deseos de los pacientes. Al respecto, Marí (2014), señala que “dicho código posee cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética. Esta serie de normas deben ser conocidas por las enfermeras y servirles de guía en su práctica diaria” (p. 8).

Por otro lado, continúa Marí (2014), al hablar de las tres primeras normas, “(la enfermera y las personas, la enfermera y la práctica, la enfermera y la profesión), se deduce que la enfermera debe velar por la seguridad del paciente, abogar por sus derechos y evitar prácticas no éticas” (p. 8).

También, los estudios sugieren que la familia demanda tratamientos desproporcionados o fútiles, en ocasiones por sentimiento de culpa hacia su familiar y otras veces esperando un milagro. Marí (2014) indica que “esta condición lleva cada vez más a que se mantengan o se inicien medidas de tratamiento totalmente desproporcionadas” (p. 10).

CAPÍTULO III

Capítulo III. Marco metodológico

En este capítulo, se parte de los informes investigados para que los revisen todas aquellas personas interesadas en el tema y, así, aumentar el conocimiento y el avance científico a través de la información obtenida. Al respecto, Dobles, Zúñiga y García (2006) mencionan que “el marco metodológico consiste en la planificación de los procedimientos que se llevarán a cabo para construir la información requerida por cada estudio particular, de acuerdo con la posición del investigador y los objetivos de la investigación” (p. 49).

Las investigaciones requieren una estrategia eficaz y coherente con el enfoque del investigador, por lo que se abordan, a continuación, los elementos propios de este estudio.

Tipo y enfoque de investigación

Este estudio se plantea como una investigación cuantitativa de tipo exploratorio cuyo propósito es analizar las respuestas del instrumento de evaluación. A continuación, Barrantes (2014), refiriéndose al enfoque cuantitativo, afirma que “es una forma de ver o plantear la solución de un problema, pero dentro de grandes lineamientos o compromisos conceptuales (paradigma), o sea, el enfoque determina, generalmente, cómo actuamos respecto de algo y se vincula con las técnicas que se utilizan” (p. 76).

Así mismo, para el desarrollo de esta investigación y con el fin de responder a los requerimientos, se selecciona el proceso de investigación no experimental-descriptivo por cuanto se caracteriza por analizar, registrar e interpretar hechos presentes y, de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2014), “la investigación descriptiva busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice, describe tendencias de un grupo o población” (p. 103). Se presenta un enfoque cuantitativo, ya que permite explorar y analizar los

principios y prácticas ligados al concepto de bioética que Escobar, Fernández, Hidalgo y Luque (1998, p. 1) la definen como sigue: “La bioética estudia, en forma interdisciplinaria, los problemas creados a raíz del proceso científico técnico en los campos médico y biológico, tanto a nivel micro social como macro social y su repercusión en la sociedad y sus sistemas sociales”.

Avanzando en el razonamiento, el tema es relevante dado que interesa de acuerdo con el objetivo general: “Determinar el dominio conceptual de los términos asociados a dilemas bioéticos que poseen los estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad Adventista de Centro América mediante la aplicación de un cuestionario a una muestra representativa para tomar decisiones acordes con la ética cristiana ante los dilemas que enfrenta el profesional de enfermería”.

Se confecciona un cuestionario que sirve de punto de partida para recopilar la información que las investigadoras consideran oportuna y, con base al cuestionario que se adjunta en el anexo 2, se codifican y procesan los datos en los programas SPSS versión 24 y CsPro 7.1.3. Por aspectos de estética, se trasladan los datos a Excel 2018 y se toma en cuenta el Google Forms de Google Drive, donde consideran todas las respuestas que aportan los encuestados y se continúa con el análisis individual de cada punto, lo cual genera información que forma parte del análisis, conclusiones y recomendaciones.

Escenario de investigación

En esta investigación no participan los estudiantes de primer ingreso del segundo y tercer cuatrimestres de 2019, pues no han cursado la materia de Ética Profesional como tal y llevan un porcentaje menor de materias de la Carrera de Enfermería en las cuales tienen la oportunidad de aplicar el conocimiento acerca de la bioética. En cambio, participan los estudiantes matriculados durante el tercer

cuatrimestre de 2019, quienes cursan el segundo nivel, tercer nivel y Licenciatura de la Carrera de Enfermería de la UNADECA, ubicada en Alajuela, Costa Rica, a un kilómetro y medio al norte de los Tribunales de Justicia.

Alcance temporal de la investigación

La investigación se lleva a cabo de abril a agosto de 2019, periodo en el cual se precisa la información relevante acerca de los objetivos generales y específicos planteados en este trabajo.

Ubicación de la investigación

El presente estudio de investigación se ubica en la Universidad Adventista de Centro América, Alajuela, Costa Rica. La guía del cuestionario está orientada a los estudiantes de la Carrera de Enfermería que cursan los distintos niveles en la UNADECA.

Aspectos éticos

Ética.

Desde el punto de vista de la ética, el respeto de las investigadoras para con los individuos se extiende a sus decisiones, y las estrategias para tratar y abordar estos asuntos requieren pericia y mantenimiento de la ética respectiva.

Cada individuo llena el cuestionario de forma consciente y sin ninguna obligación. Por lo tanto, se explica a cada candidato acerca de los aspectos clave de la participación. En esta investigación no se encuentra ningún riesgo a la hora de aplicar los instrumentos y no se cuenta con personas bajo algún impedimento mental.

Se consideran los aspectos éticos que conlleva una investigación y, valgan las palabras de Ramírez (2016) acerca de “que la investigación debe hacerse de una manera correcta, no solo desde el punto de vista técnico, sino también desde el punto de vista ético” (p. 252).

En esta investigación, se toman en cuenta los principios de la ética personalista, la cual se basa en lo dicho por Sgrecia (2014), cuando manifiesta que solo una ética sustentada en una ontología puede pretender ser normativa, estos son:

Principio del valor fundamental de la vida humana, lo cual implica que todas las dimensiones del ser que participan, integran o expresan la dignidad personal son objeto de respeto.

Principio de libertad y responsabilidad, se parte del hecho de que una persona tiene la libertad para conceder o no la intervención, pues tiene a la vez la responsabilidad de que su elección esté en consonancia con su propia dignidad y con lo que ella es (p. 28).

El estudiantado que participa de este estudio lo hace con pleno uso de su libertad, asumiendo la responsabilidad de su aceptación con el respectivo consentimiento informado.

Por ello, antes de llenar el cuestionario, se les indica el tipo de estudio por hacer, el objetivo de la investigación y el carácter anónimo de la entrevista, de manera que su participación sea completamente autorizada con libertad y autonomía.

También, las investigadoras asumen el compromiso de velar porque la información obtenida se haya utilizado solo con fines investigativos.

Principio de totalidad, se basa en el hecho de que la corporeidad humana es un todo unitario resultante de la conjunción de partes distintas que están unificadas orgánica y jerárquicamente en la existencia única y personal. La aplicabilidad del principio está condicionada por la naturaleza del todo, de las partes y de su relación mutua y la necesidad o conveniencia de procurar una mejor condición, existencia o actuación del todo Sgrecia (2014, p. 28).

De acuerdo con este principio, se trata a todas las personas entrevistadas con el mayor respeto por su condición de ser únicas e irrepetibles, al no discriminarse por ninguna razón. Así mismo, todas las respuestas vertidas en el cuestionario son válidas.

Validación del instrumento

Para validar los instrumentos, se aplica una prueba piloto a cinco estudiantes seleccionados aleatoriamente con el fin de determinar la comprensión de los principios y prácticas asociados a la bioética, de modo que se detectan algunas preguntas retóricas y se realiza la corrección.

Rigor científico. En esta investigación, se toma en cuenta el rigor científico en todo el documento, de acuerdo con el planteamiento de Arias y Giraldo, (2011), acerca de la confiabilidad, credibilidad y confirmabilidad que forman parte de los insumos requeridos para investigaciones como la desarrollada los cuales se describen a continuación:

Confiabilidad. Los datos obtenidos brindan la confiabilidad a partir del planteamiento metodológico y la inclusión detallada de la forma en cómo se obtienen los resultados.

Credibilidad. El estudio puede ser valorado en las situaciones, en el contexto que se desarrolla y es posible reconocerlo como creíble.

Confirmabilidad. El grado de implicación de las investigadoras en el estudio no se elude, en todo caso se extiende la garantía sobre el proceso de la investigación, producto de la información arrojada por los instrumentos aplicados, donde los datos no están sesgados ni responden a ningún tipo de manipulación de naturaleza personal.

Hipótesis.

El conocimiento del *Dominio conceptual de términos asociados a dilemas bioéticos al final de la vida, en estudiantes de la Carrera de Enfermería de la*

Universidad Adventista de Centro América podría incidir en la percepción del estudiante en relación con vivencias clínicas de su práctica en el proceso de formación respecto a las decisiones clínicas médicas que implican pronósticos médicos desfavorables. Podrán hacer el bien y prevenir el daño en los pacientes en cuanto a su pronóstico entre la vida y la muerte, proveer beneficios para ayudar a su semejante con el conocimiento adecuado de cada uno de los principios bioéticos para actuar en favor en la atención de cada una de las prácticas médicas, al actuar sin excluir posición económica ni estatus social del paciente.

Sujetos y fuentes de información

Al investigar una problemática, deben estar presentes los sujetos y las fuentes de información, dado que son esenciales para el análisis y la recolección de datos, y poder determinar si el estudio es realmente viable y factible. Las fuentes de información se desarrollan por medio de la búsqueda sobre un tema en específico.

Sujetos.

Los sujetos de información de este estudio son 32 estudiantes que cursan el segundo, tercer y cuarto año (licenciatura) de la Carrera de Enfermería en la UNADECA. Es decir, se utiliza la opinión de los individuos participantes para responder a las preguntas formuladas en el instrumento usado en la investigación y por medio de las cuales se obtiene información para lograr los objetivos planteados.

Fuentes de información.

Con respecto a las fuentes de información, Hernández *et al.* (2014) afirman que las fuentes de información “consiste[n] en detectar, consultar y obtener la bibliografía y otros materiales que sean útiles para los propósitos del estudio, de los cuales se extrae y recopila información relevante y necesaria para el problema de investigación” (p. 65). De modo que las fuentes de información son todos aquellos

recursos que brindan información de primera mano para llevar a cabo una investigación.

Fuentes primarias.

Para efectos de la presente investigación, se recurrió a la opinión de los sujetos encuestados y diversas fuentes materiales, tales como libros, publicaciones periódicas, revistas, investigaciones universitarias (tesis), así como informes y artículos de investigación publicados y disponibles en Internet. Se verificó la autenticidad, la validez y la pertinencia de la información recopilada. Según Silvestrini (2008), las fuentes primarias “contienen información original que ha sido publicada por primera vez y que no ha sido filtrada, interpretada o evaluada por nadie más. Son producto de una investigación o de una actividad eminentemente creativa” (p. 2).

A su vez, las fuentes que se analizaron en dicha investigación se catalogan como fuentes primarias. Según Gallardo (2013), las fuentes primarias “son fundamentales para el valor académico de la investigación” (p. 58). Las fuentes primarias del estudio de campo son 32 estudiantes de la UNADECA, quienes cursan segundo, tercer y cuarto año de la carrera de enfermería.

Universo, población y muestra

Universo.

Se considera como universo la Universidad Adventista de Centroamérica, conformada por una población total de 389 estudiantes al momento de realizar el estudio y, de acuerdo con el Departamento de Registro, quienes cursan estudios en las distintas escuelas, según se describe a continuación.

Población.

La población representa el conjunto de individuos que se consultan en el trabajo de campo de dicho proceso. Por eso, su opinión contribuye a enriquecer los resultados

de este estudio con el propósito de que, al finalizar, se logre cumplir los objetivos planteados para obtener respuesta a cada uno de los cuestionamientos aplicados. Al respecto, Barrantes (2014) indica que la población es considerada “el conjunto de personas del cual se desea conocer su opinión. Éste puede abarcar a todos los elementos o un subconjunto de ésta” (p. 187).

Muestra.

Con respecto al subgrupo de la población usado en la aplicabilidad del instrumento, la muestra se obtiene del total de los individuos en estudio. Se utiliza una muestra representativa que abarca una parte de los sujetos.

En referencia a lo anterior, Hernández *et al.* (2014) mencionan lo siguiente:

Para seleccionar una muestra, lo primero que hay que hacer es definir la unidad en este caso la población de análisis (personas, organizaciones, periódicos, comunidades, situaciones eventos, etc.). El sobre qué o quiénes se van a recolectar datos depende del planeamiento del problema a investigar y de los alcances del estudio (p. 236).

Respecto al criterio de inclusión y para cumplir con el objetivo primordial que es “determinar el dominio conceptual de los términos asociados a dilemas bioéticos que poseen los estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Adventista de Centro América”, se selecciona una muestra de 10 estudiantes de segundo nivel, 17 de tercer nivel de Bachillerato y 5 de Licenciatura (se excluyen dos personas dado que son las investigadoras), lo cual representa 32 estudiantes en total. Como criterio de exclusión, se utiliza el juicio de experto y no participan en la investigación los estudiantes de primer nivel, quienes llevan materias generales y los que no han ingresado a práctica.

Tabla 1. Cantidad de estudiantes según escuela

Carrera	Cantidad de estudiantes
Teología	100
Educación	86
Administración	60
Enfermería	57
Psicología	46
Ingeniería de Sistemas	39
Alumno especial	1
TOTAL	389

Fuente: Elaboración con base en información del Departamento de Registro de UNADECA.

Tabla 2. Cantidad de E.E de UNADECA por nivel de estudio

Año de carrera	Cantidad de estudiantes
Materias generales y no llevan la práctica clínica	14 estudiantes
Primer nivel	9 estudiantes
Segundo nivel	10 estudiantes
Tercer nivel	17 estudiantes
Licenciatura	7 estudiantes
Total	57 estudiantes

Fuente: elaboración con base en cuestionario aplicado.

Variables o categorías de análisis

Esta investigación se fundamenta en las variables generadas de los objetivos específicos anteriormente planteados. Hernández (2014), al definir *variable* como “aquéllos elementos de la hipótesis (*objetivos*) que tienen propiedad de variar y, a su vez, obtener valores, cuya variación es susceptible de ser medida, por medio de su aplicación a personas, objetos y fenómenos” (p. 151).

Según lo anteriormente citado, se desea profundizar acerca del conocimiento que poseen los estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Adventista de Centro América por medio de las siguientes variables:

- Dominio conceptual del término de bioética.
- Principio de autonomía.
- Principio de justicia.
- Principio de beneficencia.

- Principio de no maleficencia.
- Práctica de eutanasia.
- Práctica de encarnizamiento terapéutico.
- Práctica de limitación del esfuerzo terapéutico.

Dichas variables se apoyan en tres elementos importantes, los cuales son conceptualización, operacionalización e instrumentalización.

Conceptualización: según Hernández *et al.* (2014), la definición conceptual “trata a la variable con otros términos”. Se trata de definiciones de diccionarios o de libros especializados” (p. 119).

Además, Hernández *et al.* (2014) afirma que “las definiciones conceptuales describen la esencia o las características de una variable, objeto o fenómeno se les asigna definiciones reales” (p. 119).

Según lo citado, se puede determinar que la conceptualización son prácticamente definiciones de diccionarios u otros, en los cuales se le da un concepto a una variable dependiente o independiente en forma sencilla y clara (ver anexos, pp. 105-111).

Instrumental: Hernández *et al.* (2014) hacen referencia a la instrumentalización de la siguiente manera: “(...) para ello se define y elaboran los instrumentos y los medios con que se recolectará la información” (p. 190).

En este apartado, se hace referencia a todos los datos por aportar. Deben estar presentes ciertas partes como el tipo de instrumento, la cantidad de ítems que se usan, así como el criterio de ordenamiento (ver anexo pp. 174-177).

Operacionalización: para Hernández *et al.* (2014), una variable operacional “describe las actividades que un observador debe realizar, para indicar la existencia de un concepto teórico en mayor o menor grado. Especifica cuáles actividades u operaciones deben efectuarse para medir una variable” (p. 190).

La operacionalización de las variables define los parámetros por utilizar y poder considerar las respuestas ofrecidas a los sujetos en el instrumento (ver anexo pp. 105-114).

Descripción del instrumento

Se realiza la descripción del instrumento debido a que son los que le dan validez y veracidad a la investigación. Todo instrumento en una investigación es importante. Según Barrantes (2014), el cuestionario “es un instrumento que consta de una serie de preguntas escritas para ser resueltas sin intervención del investigador” (p. 188).

Este permite reunir toda la información necesaria para poder analizar y, con ello, acceder a los objetivos plasmados por medio de cada una de las respuestas de los sujetos en cuestión.

Instrumento.

El instrumento que se utilizó para recolectar la información planteada en los objetivos fue confeccionado por las investigadoras y se aplica a los estudiantes, previo consentimiento informado, quienes cursan el segundo nivel, el tercer nivel de Bachillerato y Licenciatura de la Carrera de Enfermería de la UNADECA. Las preguntas se confeccionaron sobre la base del material revisado previamente y se parte de las definiciones conceptuales encontradas para hacer una prueba acerca del dominio conceptual de los principios y prácticas ligados a la bioética. El cuestionario consta de tres partes: la primera se refiere a la presentación de las investigadoras, donde se solicita al entrevistado colaborar con la investigación al brindar respuestas a las preguntas del cuestionario; luego, se incluyen los datos generales: sexo, año que cursa en la carrera y país de procedencia.

La segunda parte consta de 20 preguntas que se refieren a la información específica relacionada con 8 variables, donde 5 de ellas se refieren al dominio

conceptual del término y las siguientes 4 se relacionan con los principios de bioética. La primera establece el dominio conceptual del término de bioética, preguntas 1 y 3. La segunda variable es el principio de autonomía, preguntas 2 y 5. La tercera variable es el principio de beneficencia, preguntas 6 y 8; y la cuarta variable, no maleficencia, con preguntas 4, 7 y 10. La quinta variable es el principio de justicia, con las preguntas 9 y 11. La sexta variable se relaciona con las prácticas de la bioética que corresponde con tres de ellas: la primera se relaciona con eutanasia, con las preguntas 14 y 15; la segunda variable es limitación de esfuerzo terapéutico, con las preguntas 13, 16 y 17. La tercera se relaciona con el ensañamiento terapéutico, preguntas 12, 18, 19 y 20.

La tercera parte contempla cinco preguntas de respuesta abierta, esto con el fin de profundizar en los principios y las prácticas.

El instrumento posee una estructura en forma horizontal con los criterios de respuesta, mediante una selección de conceptos que verifican el dominio conceptual de los principios y prácticas asociados a la bioética (ver anexos pp. 170-173).

Sistema de variables.

A continuación se presentan las variables que se establecieron para efectos de esta investigación, las cuales responden a los objetivos planteados, este cuadro presenta las variables que se vinculan con los principios (Autonomía, Justicia, Beneficencia y no maleficencia) además las prácticas (Levantamiento del esfuerzo terapéutico, Eutanasia y Encarnizamiento terapéutico), ligados a la bioética. Por otro lado, se toma en cuenta otras variables relacionadas con el tema que se investigó como son: Dominio conceptual bioética, ética cristiana y mala práctica.

Se vinculan los objetivos, dimensión y la definición conceptual, operacional e instrumental así como los indicadores que se encuentran en la guía de cuestionario. La

idea es que en el desarrollo de este trabajo se siga una estructura que permita visualizar el tipo de investigación y el abordaje que se desarrolla en la misma.

Objetivo	Dimensión	Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Definición instrumental	Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> Determinar el dominio conceptual de los términos asociados a dilemas bioéticos que poseen los estudiantes de la Carrera de Enfermería de la UNADECA, mediante la aplicación de un cuestionario a una muestra representativa 	<p>Dominio conceptual de principios bioéticos.</p>	<p>Dominio conceptual bioética.</p>	<p>Comisión Nacional de Bioética (2015, p. 2) menciona que el reconocimiento social, la remuneración económica, distinciones académicas, entre otros. Desde la ética, toda profesión pierde su razón de ser cuando los valores extrínsecos son situados por encima de los valores intrínsecos, ubicando en primer plano los beneficios personales, profesionales o académicos y en un segundo plano el beneficio hacia los pacientes. La enfermería tiene un valor intrínseco por naturaleza.</p>	<p>Variable discreta.</p>	<p>Instrumento de “Autoevaluación del dominio de principios bioéticos y prácticas asociadas al final de la vida”.</p>	<p>Ítems N.º 1, 3.</p>

Objetivo	Dimensión	Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Definición instrumental	Indicadores
<p>para tomar decisiones acordes con la ética cristiana ante los dilemas que enfrenta el profesional de enfermería.</p>		<p>Autonomía.</p>	<p>Lillo (2011), quien afirma que se refiere a “Elegir específicamente los derechos de libertad, de intimidad, de elección individual, libre voluntad, del propio comportamiento y ser dueño de uno mismo. Por ello es preciso que la persona esté debidamente informada (p. 3).</p>	<p>Variable discreta.</p>	<p>Instrumento de “Autoevaluación del dominio de principios bioéticos y prácticas asociadas al final de la vida”.</p>	<p>Ítems N.º 2, 5.</p>
		<p>Beneficencia.</p>	<p>Ferro, Molina Rodríguez y Rodríguez (2009) define beneficencia de esta manera: se refiere a la obligación de prevenir o aliviar el daño hacer el bien u otorgar beneficios, deber de ayudar al prójimo por encima de los intereses particulares; en otras palabras, obrar en función</p>	<p>Variable discreta.</p>	<p>Instrumento de “Autoevaluación del dominio de principios bioéticos y prácticas asociadas al final de la vida”.</p>	<p>Ítems N.º 6, 8.</p>

Objetivo	Dimensión	Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Definición instrumental	Indicadores
			del mayor beneficio posible para el paciente y se debe procurar el bienestar la persona enferma.			
		No maleficencia.	La Academia Europea de Pacientes (2019) el concepto de no maleficencia significa no hacer daño.	Variable discreta.	Instrumento de “Autoevaluación del dominio de principios bioéticos y prácticas asociadas al final de la vida”.	Ítems N.º 4, 7, 10.
		Justicia.	Lillo (2011) determina que no se debe olvidar el principio de justicia, el cual consiste en, básicamente, el actuar con igual criterio, sea cual sea la persona afectada, recordando siempre que estamos trabajando con el binomio vida/muerte y, por lo tanto, en la posición más extrema, donde no cabe la discriminación injustificada, e incluso debiendo tener en cuenta la proporcionalidad de los medios utilizados, que son costosos y limitados (p. 3).	Variable discreta.	Instrumento de “Autoevaluación del dominio de principios bioéticos y prácticas asociadas al final de la vida”.	Ítems N.º 9, 11.

Objetivo	Dimensión	Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Definición instrumental	Indicadores
		Ética cristiana	De acuerdo con Bordat (2011), refiere que la ética cristiana es una ética de protección de vida, pues debe enfocar la protección de la dignidad del ser humano en su manifestación principal y más importante: y eso es la vida.	Variable discreta.	Instrumento de “Autoevaluación del dominio de principios bioéticos y prácticas asociadas al final de la vida”.	Ítems N.º, parte 3.
<ul style="list-style-type: none"> Reconocer la importancia del dominio conceptual de los términos asociados a dilemas bioéticos en el estudiante de la Carrera de Enfermería de la UNADECA, mediante la aplicación teórica de conceptos en un cuestionario aplicado a una 	Dominio de prácticas al final de la vida.	Eutanasia.	Pabón (2015), eutanasia pasiva que se define como la no actuación o el abandono del tratamiento iniciado, no interviniendo en frenar el proceso de muerte con todos los recursos que tenemos a nuestro alcance y la eutanasia activa que consiste en la aplicación de algún tipo de sustancia con el objetivo de acabar con la vida de la persona (p. 236).	Variable discreta.	Instrumento de “Autoevaluación del dominio de principios bioéticos y prácticas asociadas al final de la vida”.	Ítems N.º 14, 15.
		Limitación de esfuerzo terapéutico.	Bárzaga y Sánchez (2019), retirada o no instauración de una medida de soporte vital o de cualquier otra intervención que, dado el	Variable discreta.	Instrumento de “Autoevaluación del dominio de principios bioéticos y	Ítems N.º 13, 16, 17.

Objetivo	Dimensión	Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Definición instrumental	Indicadores
<p>muestra representativa para brindar educación al paciente la familia-comunidad que opta por estas prácticas al final de la vida.</p>			<p>mal pronóstico de la persona en términos de cantidad y calidad futuras de vida, constituye, a juicio de los profesionales sanitarios implicados, algo fútil, que solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica carente de expectativas razonables de mejoría (p. 140).</p>		<p>prácticas asociadas al final de la vida”.</p>	
		<p>Ensañamiento terapéutico.</p>	<p>Donne (2015), la obstinación, ensañamiento, furor, encarnizamiento terapéutico o distanasia refiere que “Existe el llamado ensañamiento terapéutico que también se conoce como empecinamiento u obstinación terapéutica. Estas son medidas que no benefician al enfermo y de manera secundaria pueden provocarle dolor y sufrimiento” (p. 1).</p>	<p>Variable discreta.</p>	<p>Instrumento de “Autoevaluación del dominio de principios bioéticos y prácticas asociadas al final de la vida”.</p>	<p>Ítems N.º 12, 18, 19, 20.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Relacionar cómo repercute el 	<p>Dominio de conceptos bioéticos y prácticas al</p>	<p>Dominio.</p>	<p>Del latín <i>dominŭm</i>, el dominio es la facultad o la capacidad que dispone una persona para controlar a</p>	<p>Variable discreta.</p>	<p>Instrumento de “Autoevaluación del dominio de principios</p>	<p>Ítems N.º 3, parte 3.</p>

Objetivo	Dimensión	Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Definición instrumental	Indicadores
dominio conceptual de términos asociados a dilemas bioéticos al final de la vida en el estudiante de la Carrera de Enfermería de la UNADECA, mediante la aplicación de un cuestionario a una muestra representativa en la forma de enfrentar situaciones donde se requiere dar cuenta ante una mala práctica.	final de la vida en una mala praxis.		otras o para hacer uso de lo propio.		bioéticos y prácticas asociadas al final de la vida”.	
		Mala praxis.	Término que se utiliza para referirse a la responsabilidad profesional por los actos realizados con negligencia.	Variable discreta.	Instrumento de “Autoevaluación del dominio de principios bioéticos y prácticas asociadas al final de la vida”.	Ítems N.º 3, parte 3.
<ul style="list-style-type: none"> Determinar cuáles materias del 	Asignaturas del plan de estudios que aportan	Materias.	Según Ucha (2013), refiere: una asignatura es una materia que se enseña	Variable discreta.	Instrumento de “Autoevaluación del dominio de	Ítems N.º 4, parte 3.

Objetivo	Dimensión	Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Definición instrumental	Indicadores
<p>plan de estudios aportan contenidos acerca del dominio conceptual de términos asociados a dilemas bioéticos al final de la vida a los estudiantes de la Carrera de Enfermería de la UNADECA, para evaluar la información teórica que poseen mediante un cuestionario a una muestra representativa.</p>	<p>conocimientos a la bioética y prácticas al final de la vida. Ética, cuidados espiritual.</p>		<p>en la escuela, en una universidad o cualquier otro establecimiento educativo y que forma parte integrante de una carrera o curso.</p>		<p>principios bioéticos y prácticas asociadas al final de la vida”.</p>	

CAPÍTULO IV

Capítulo IV. Análisis de resultados

Análisis de resultados

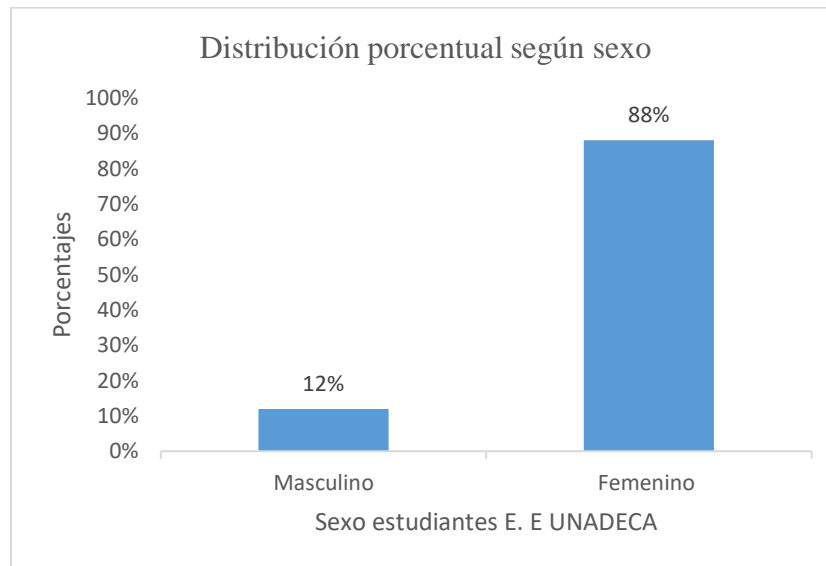
A continuación, se presenta la información mediante tablas y gráficos acerca de los resultados reales de la investigación realizada. Se obtienen los principales datos de interés para este estudio de modo que sirvan de insumo para facilitar el desarrollo del tema y objetivos planteados.

Los cuadros y gráficos obtenidos provienen de la guía de cuestionario aplicada a 32 estudiantes de segundo nivel, tercer nivel de Bachillerato y Licenciatura de la Carrera de Enfermería de la Universidad Adventista de Centro América (UNADECA), lo cual representa el 56 % del total de los alumnos matriculados de abril a agosto de 2019.

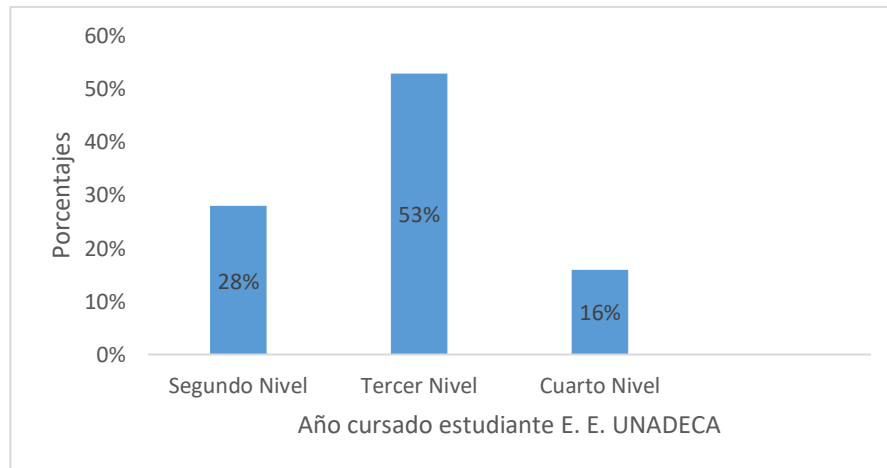
Tabla 3. Distribución de variables sociodemográficas

Variable	Absolutos	Porcentajes
<u>Sexo</u>		
Femenino	28	88%
Masculino	4	12%
<u>Año cursado</u>		
Segundo	9	28%
Tercero	17	53%
Cuarto	5	16%
<u>País de procedencia</u>		
Belice	3	9%
Costa Rica	15	47%
El Salvador	6	19%
Guatemala	1	3%
Honduras	5	16%
Nicaragua	2	6%
Total	32	100%

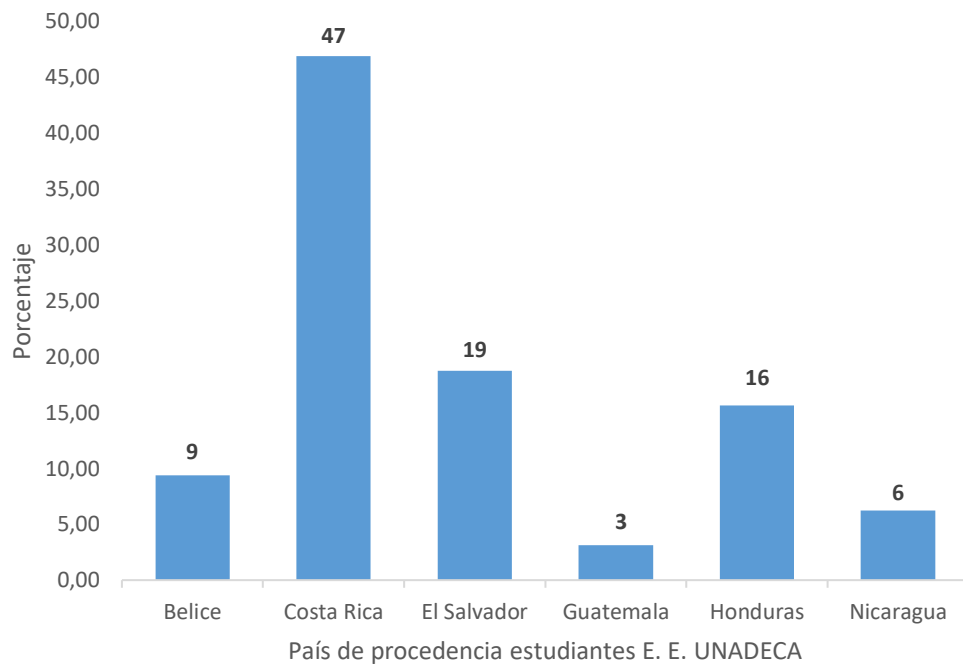
Fuente: elaboración con base en cuestionario aplicado.

Gráfico 1. Distribución por sexo, E. E. UNADECA abril-agosto 2019

Fuente: tabla 3.

Gráfico 2. Distribución nivel cursado E. E. UNADECA abril- agosto 2019

Fuente: tabla 3.

Gráfico 3. Distribución según país E. E. de UNADECA abril-agosto 2019

Fuente: tabla 3.

Con respecto al sexo de los estudiantes entrevistados, según la tabla 3 y los gráficos 1, 2 y 3, el 88 % de la muestra entrevistada es del sexo femenino, mientras que un 12 % es del sexo masculino. Por lo que la mayoría de estudiantes consultados son mujeres.

De acuerdo con García, Otero y Botella (2014), el término goza de reconocimiento internacional y hace referencia a los términos de hombre y mujer. Hablar de enfermería es hablar de mujer, es más, el término enfermera (femenino) es reconocido internacionalmente y podría compararse dicho reconocimiento, al que ostenta el término "hombre" (masculino) cuando se hace referencia al género humano, es decir, a la condición de persona humana. (p. 1)

Acerca del año que cursan los estudiantes de la escuela de enfermería, el 53 % cursa el tercer nivel, el 28 % cursa el segundo nivel de Bachillerato y el 16 % está en Licenciatura de la Carrera de Enfermería. Esto refleja que más de la mitad, el 53%, se encuentra cursando el tercer año de la Carrera de Enfermería.

El país de procedencia de los entrevistados se distribuye de la siguiente manera: el 47 % es costarricense, lo que equivale a casi la mitad de los entrevistados, mientras que el 19 % son salvadoreños, el 16 % son hondureños, el 9 % son beliceños y el 3 % son guatemaltecos.

Los resultados evidencian que la mayoría de los encuestados son de Costa Rica y el menor porcentaje, 3 %, de Guatemala.

Tabla 4. Frecuencia E. E. de UNADECA principios abril-agosto 2019

Principios	Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
Bioética: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.	32	100 %
Autonomía, decisiones y consecuencias.	30	94 %
Bioética, uso ciencias y tecnología.	30	94 %
No maleficencia, no preservar salud.	20	63 %
Autonomía, capacidad de decidir.	31	97 %
Beneficencia mejora, condiciones del paciente.	31	97 %
Maleficencia, “evitar daño”.	27	88 %
Beneficencia, “hacer el bien”.	27	88 %
Justicia, criterio independientemente de la persona.	27	88 %
No maleficencia, “se valora igual que persona sana”.	23	72 %
Justicia binomio vida/muerte.	26	81%

Fuente: elaboración con base en cuestionario aplicado.

Gráfico 4. Porcentaje principios bioética E. E. UNADECA abril-agosto 2019



Fuente: tabla 4.

Para el análisis de los resultados, interesa subrayar que está construido sobre la base de una batería de afirmaciones que no siempre son ciertas, a manera de prueba (test), por lo que se analizan los datos desde la perspectiva de cada enunciado con el fin de determinar el dominio conceptual de los principios.

Entre los principios que conforman el concepto de bioética, están la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia, el 100 % de los(as) entrevistados(as) responde afirmativamente la pregunta.

Ante la afirmación de que la autonomía es un principio bioético que se refiere a la capacidad del individuo para hacer elecciones, tomar decisiones y asumir las consecuencias de estas, el 94 % la identifica afirmativamente. La bioética se conceptualiza como el análisis de los problemas éticos del ser humano mediante el uso de las ciencias y la tecnología, un 94 % si relaciona el concepto.

La no maleficencia es un principio de la bioética que se refiere a no luchar por preservar la salud y regirse por los derechos que tiene el paciente, un 63 % de los(as) entrevistados(as) señala que sí se relaciona con este concepto.

El principio de autonomía se refiere a la capacidad de decidir de manera propia, independiente, sin la coerción o la influencia de terceros, el 97 % acierta la respuesta de manera afirmativa. La beneficencia se refiere a un principio bioético que define el propósito de la acción profesional para mejorar las condiciones de vida del paciente, el 97 % responde acertadamente. El principio ético de evitar el daño al paciente corresponde con la no maleficencia, el 88 % responde afirmativamente al respecto. El principio bioético de beneficencia es la obligación de prevenir o aliviar el daño “hacer el bien”, el 88 % de las personas entrevistadas responde que sí corresponde con la aseveración.

El principio bioético de la justicia implica actuar con el mismo criterio, independientemente de la persona afectada y su condición, donde no cabe la discriminación, el 88 % de los(as) entrevistados(as) aciertan la respuesta.

El principio de no maleficencia es aquel que cuando el paciente no tiene posibilidad de recuperación, se valora al igual que una persona sana, el 72 % responde afirmativamente.

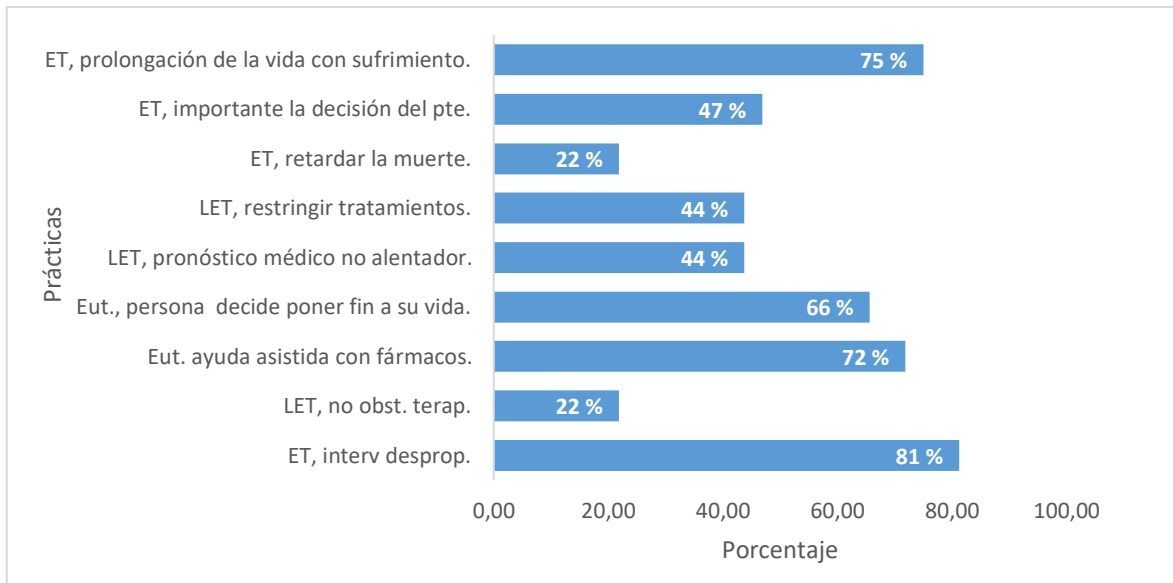
El principio bioético de la justicia es aquel que se pone en práctica cuando se trabaja con el binomio vida/muerte; al respecto, la respuesta de los entrevistados, el 81 % considera que se relaciona la aseveración.

Según el análisis de la tabla 4 y el gráfico 4, se evidencia que un 63 %, equivalente a 20 de los 32 estudiantes encuestados no dominan el principio de no maleficencia, mientras que un 72 %, equivalente a 23 estudiantes, logran asociar el mismo principio con la respuesta correcta.

Tabla 5. Frecuencia sobre prácticas E. E. UNADECA abril-agosto 2019

Prácticas	Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
ET, intervención desproporcionada.	26	81 %
LET, no obstinación terapéutica.	7	22 %
Eutanasia ayuda asistida con fármacos.	23	72 %
Eutanasia, persona decide poner fin a su vida.	21	66 %
LET, pronóstico médico no alentador.	14	44 %
LET, restringir tratamientos.	14	44 %
ET, retardar la muerte.	7	22 %
ET, importante la decisión del paciente.	15	47 %
ET, prolongación de la vida con sufrimiento.	24	75 %

Fuente: elaboración con base en cuestionario aplicado.

Gráfico 5. Porcentaje bioética E. E. UNADEC A abril-agosto 2019

Fuente: tabla 5.

Acerca del dominio conceptual de las prácticas asociadas al término de bioética, se resumen los resultados a partir del cuestionario y según las preguntas vinculadas.

De acuerdo con el gráfico 5, el ensañamiento terapéutico se refiere a realizar prácticas de intervenciones desproporcionadas pese a un pronóstico médico no alentador, y un 81 % de los encuestados afirma que sí corresponde con el enunciado. La limitación del esfuerzo terapéutico es un principio cuando se decide retirar intervenciones con el fin de no caer en la obstinación terapéutica, el 22 % responde acertadamente. La eutanasia es una práctica de ayuda asistida mediante el uso de fármacos, en donde existe una intención deliberada por acabar con la vida del paciente, el 72 % concuerda con dicha afirmación. La eutanasia es una práctica que se efectúa cuando la persona de forma inconsciente decide poner fin a su vida de manera asistida, el 66 % responde correctamente.

La limitación del esfuerzo terapéutico es una práctica bioética que se presenta cuando el pronóstico médico es alentador y se dan intervenciones desproporcionadas, el 44 % responde de manera acertada.

Restringir o cancelar tratamientos al establecer un balance inadecuado entre costos, cargas y beneficios se refiere a la práctica de ensañamiento terapéutico, el 44 % de los(as) entrevistados(as) responde correctamente. El enseñamiento terapéutico es el intento por retardar la muerte, aunque haya esperanza, el 22 % de los(as) entrevistados(as) responde de manera correcta. El paciente cumple un papel importante en la toma de decisiones, de no emplear ciertos procedimientos o terapias, de acuerdo con su enfermedad. A esto se le conoce como ensañamiento terapéutico, y el 47 % concuerda con la aseveración. La prolongación de la vida, aunque signifique infligir sufrimientos añadidos a los que ya tiene la persona, se refiere a la práctica bioética de ensañamiento terapéutico, el 75 % de los encuestados(as) responde afirmativamente.

A continuación, se elabora una tabla donde se construyen indicadores con respecto al dominio de los principios de bioética, para cada estudiante, cada respuesta correcta suma un punto, un máximo de 11 puntos, los cuales se clasifican según el conocimiento, en donde el *ranking* de notas y categorías de conocimiento son:

- 0 puntos: nulo
- 1 a 2 puntos: muy bajo
- 3 a 4 puntos: bajo
- 5 a 6 puntos: medio
- 7 a 8 puntos: alto
- 9 a 10 puntos: muy alto
- 11 puntos: perfecto

A partir de esta escala, se obtiene lo siguiente:

Tabla 6. Dominio principios bioética E. E. UNADECA abril-agosto 2019

Categoría	Absoluto	Porcentaje
Nulo	0	0%
Muy bajo	0	0%
Bajo	0	0%
Medio	1	3%
Alto	6	19%
Muy alto	16	50%
Perfecto	9	28%
Total	32	100%

Fuente: elaboración con base en cuestionario aplicado.

De acuerdo con la tabla 6, a partir de la batería de preguntas y las categorías establecidas, se desprende en valores absolutos y porcentuales que el 50 % de los estudiantes posee un dominio muy alto de los *principios* asociados a la bioética (autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia), mientras que un 28 % posee un dominio perfecto, mientras que el 19 % cuenta con un dominio alto y el 3 % tiene un dominio medio.

El marco conceptual, página 69, evidencia lo anterior en relación con lo que plantea Linzmayer acerca del desarrollo del criterio del estudiante de enfermería basado en el conocimiento científico y al respecto menciona que:

Con respecto al *dominio conceptual* del conocimiento, se considera el hecho de que el alumno consiga entender, según Linzmayer (2016) “*Porqué, Para qué y el Cómo* existen determinados fenómenos, y cómo éstos se relacionan con las otras culturas, el alumno debe ser capaz de analizar, criticar y sistematizar determinados conocimientos que le permitan comprender las dinámicas entre diferentes circunstancias” (p. 3).

Respecto a las prácticas asociadas; de igual manera, se construyen indicadores para evaluar el dominio conceptual que posee cada estudiante, cada respuesta correcta suma un punto y sumaría un máximo de 9 puntos, y estas notas se clasifican según el conocimiento, en donde el ranking de notas y categorías de conocimiento serían:

- 0 puntos: nulo
- 1 a 2 puntos: bajo
- 3 a 4 puntos: medio bajo
- 5 a 6 puntos: medio alto
- 7 a 8 puntos: alto
- 9 puntos: perfecto

Tabla 7. Porcentaje de dominio de las prácticas asociadas abril-agosto 2019

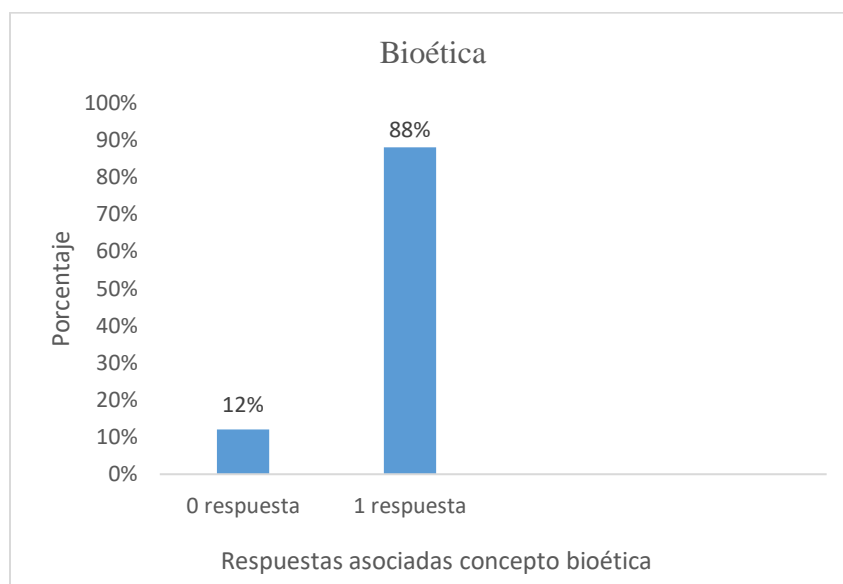
A partir de esta escala, se obtiene lo siguiente:

Categoría	Absoluto	Porcentaje
Nulo	0	0,0
Bajo	1	3,00
Medio bajo	13	41,00
Medio alto	16	50,0
Alto	2	6,00
Perfecto	0	0,0
Total	32	100

Fuente: elaboración con base en cuestionario aplicado.

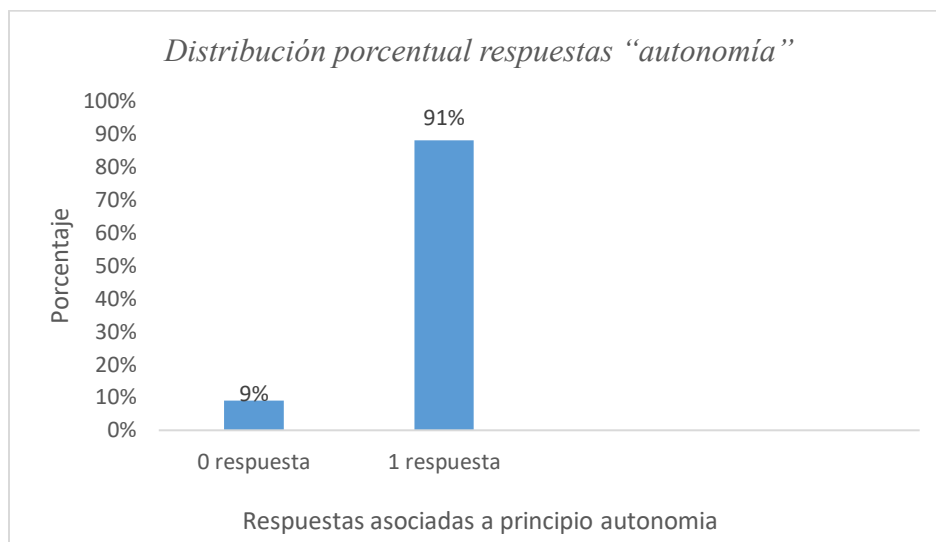
Según la tabla 7, y de acuerdo con las categorías establecidas para medir el conocimiento que poseen los estudiantes acerca de las prácticas asociadas a la bioética, se presentan los valores absolutos y porcentuales de las respuestas obtenidas en la batería de preguntas y los resultados muestran que, el 50 % de los estudiantes posee un dominio medio alto acerca de las prácticas asociadas a la bioética (eutanasia, LET y encarnizamiento terapéutico), el 41 % tiene un dominio medio bajo, un 6 % cuenta con un dominio alto y un 3 % tiene un dominio bajo. Al respecto, Leiva y Villalobos (2015), en el Marco teórico, p. 49, describen con respecto a la bioética que la misma debe ser comprendida y representa una guía para entender hasta que punto la ciencia contrasta con la tecnología y repercute en el campo de la salud y refieren que:

La bioética debe ser comprendida como una disciplina del saber que se reduce únicamente a la reflexión ética de principios que guían un saber específico o la reflexión ética clínica de un saber en un entorno específico hospitalario o no; debe trascender al entendimiento hasta llegar a la reflexión del impacto que produce la ciencia junto con el avance tecnológico que, en muchas ocasiones, priva a las personas de la relación empática, cálida, es decir, efectiva y afectiva, que despoja al individuo de ser partícipe en la toma de decisiones sobre su derecho a la vida, a la salud y a la muerte (p. 3).

Gráfico 6. Distribución respuestas concepto “bioética” abril-agosto 2019

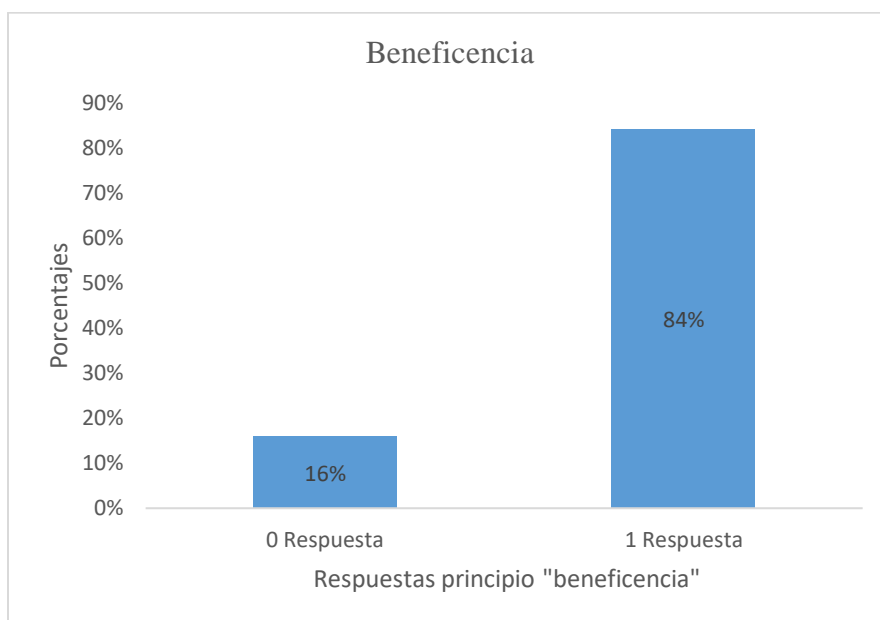
Fuente: elaboración con base en cuestionario aplicado.

De acuerdo con el gráfico 6, de las dos preguntas relacionadas con el dominio del concepto de bioética (1 y 3 del cuestionario), el 88 % de los entrevistados contesta de manera acertada una de las preguntas, mientras que el 12 % de los estudiantes no responde ninguna de las dos preguntas. El análisis muestra que los estudiantes encuestados en un porcentaje bajo, el 12 % no logran reconocer las dos preguntas relacionadas con el concepto de bioética, mientras que un porcentaje alto, responde una de las preguntas. De ahí la importancia de enseñar las técnicas prácticas según el Marco empírico. p. 88. En el proceso de mediación educativa, “Es fundamental que no solo se enseñen las técnicas prácticas de enfermería, sino que se le brinden al estudiantado los elementos necesarios para el desarrollo de la investigación como elemento sustantivo de la enfermería” Leiva y Villalobos (2015, p. 4)

Gráfico 7. Distribución porcentual respuestas “autonomía” abril-agosto 2019

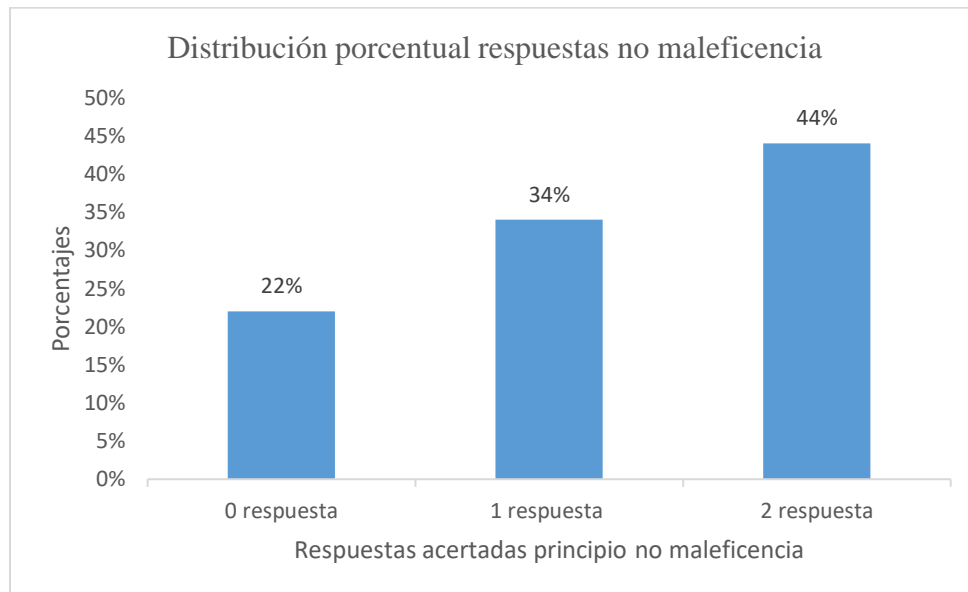
Fuente: elaboración con base en cuestionario aplicado.

Según el gráfico 7, se desprende que, de las dos preguntas relacionadas con el principio de autonomía (2 y 5 del cuestionario), el 91 % de los estudiantes responde una de las preguntas correctamente, mientras que el 9 % no logra responder las dos preguntas. Según estos datos, la mayoría domina una de las respuestas y un porcentaje muy pequeño no domina el principio de autonomía en su totalidad.

Gráfico 8. Distribución porcentual “beneficencia” abril-agosto 2019

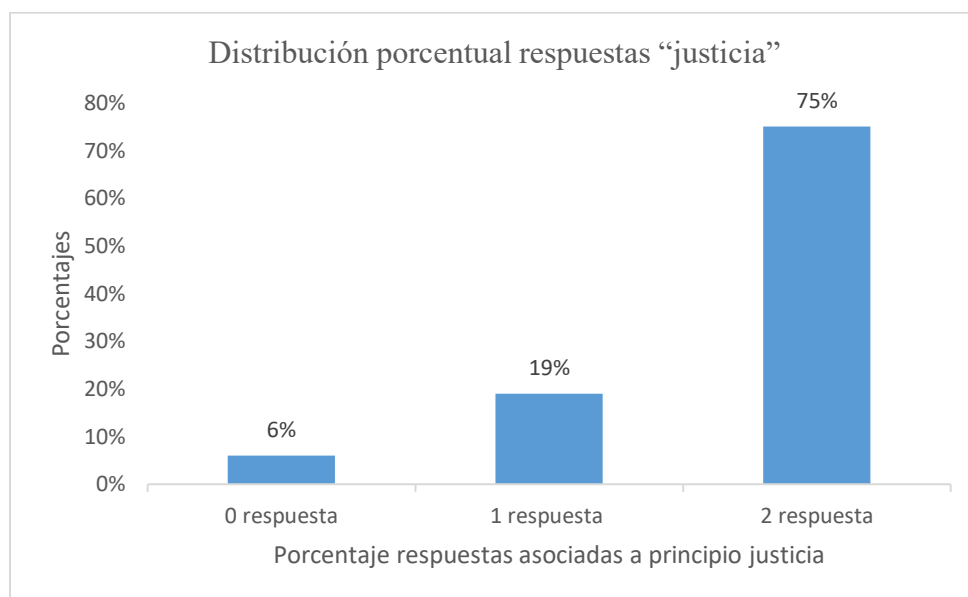
Fuente: elaboración con base en cuestionario aplicado.

De acuerdo con el gráfico 8, en relación con las preguntas (6 y 8 del cuestionario), el 84 % responde correctamente una de las preguntas, mientras que el 16 % no responde ninguna de las preguntas. Del análisis de las respuestas por parte de los estudiantes encuestados, la mayoría, 27 de ellos, coincide en brindar una respuesta acertada sobre el principio de beneficencia; sin embargo, nadie responde las dos preguntas de manera correcta. Esto contrasta con lo que se afirma en el En el proceso de mediación educativa, “Es fundamental que no solo se enseñen las técnicas prácticas de enfermería, sino que se le brinden al estudiantado los elementos necesarios para el desarrollo de la investigación como elemento sustantivo de la enfermería” Leiva y Villalobos (2015)

Gráfico 9. Distribución porcentual “no maleficencia” abril-agosto 2019

Fuente: elaboración con base en cuestionario aplicado.

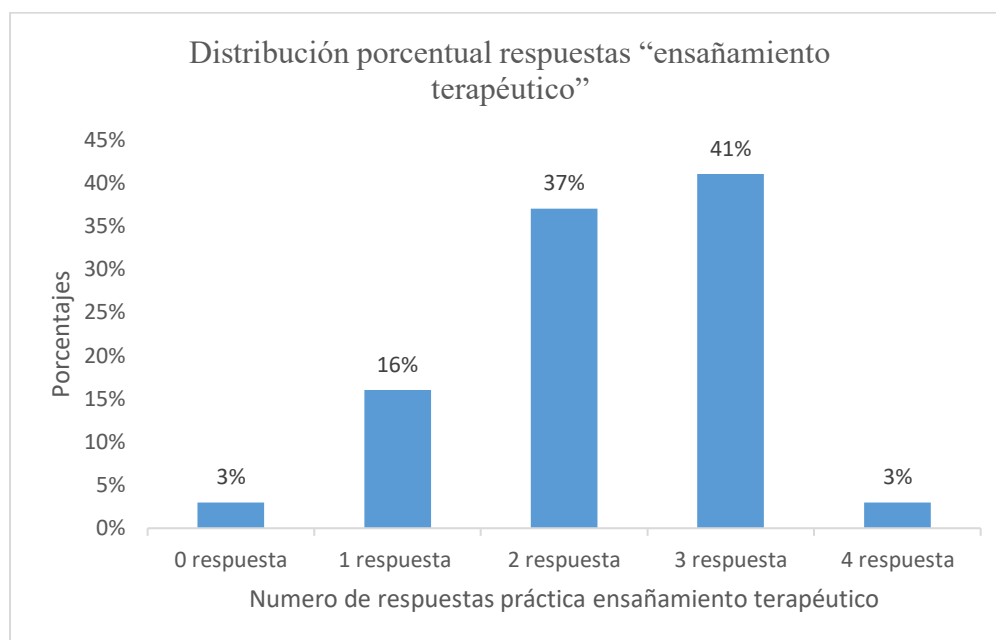
Según el gráfico 9, en las afirmaciones que se elaboran en la batería de preguntas (4, 7 y 10) acerca del principio de no maleficencia, el 44 % responde acertadamente dos de las preguntas; el 34 %, una de las preguntas, y el 22% no responde las dos afirmaciones de manera correcta. El análisis de este resultado muestra que 7 de los estudiantes encuestados no responde correctamente las 3 afirmaciones relacionadas con el principio de no maleficencia de acuerdo con el instrumento utilizado. De acuerdo con Torres (2011), en el marco conceptual, p. 71, uno de los grandes principios de la bioética se define como sigue, “el principio de no maleficencia prohíbe infringir daño o herida sin beneficios compensatorios, y sustenta reglas morales más específicas, como la prohibición de asesinato”. (p. 6)

Gráfico 10. Distribución porcentual “justicia” abril-agosto 2019

Fuente: elaboración con base en cuestionario aplicado.

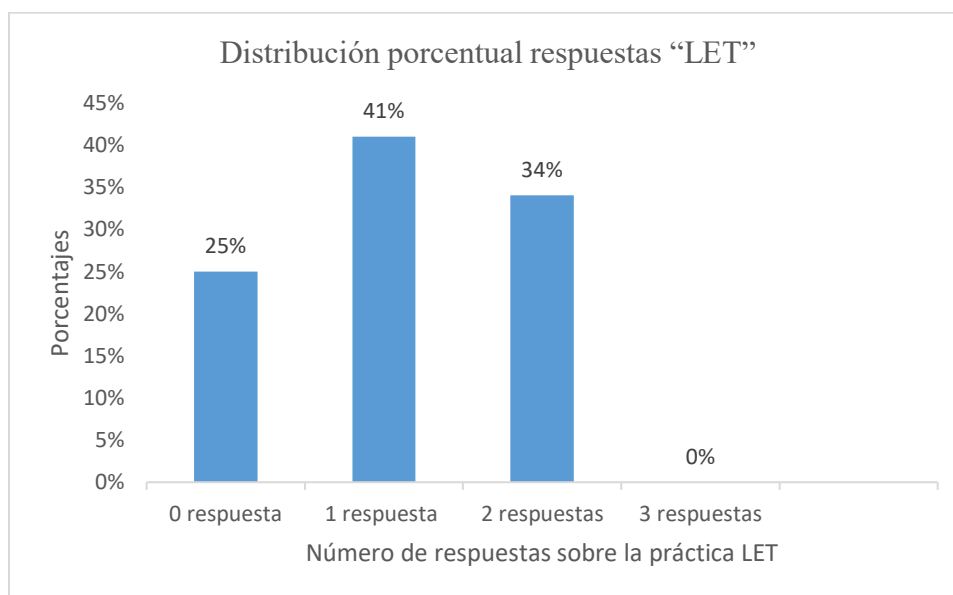
El gráfico 10 muestra, en relación con el concepto de justicia (preguntas 9 y 11 del cuestionario), que el 75 % de los estudiantes responde correctamente los dos enunciados presentados, mientras que el 19 % solo uno de ellos y el 6 % no responde correctamente las dos aseveraciones.

De lo anterior, se desprende que un número considerable, 24 de los entrevistados, comprende y relaciona el concepto de justicia con las preguntas asociadas al principio de justicia. Y se relaciona con lo que Torres (2011), en cuanto a la justicia de acuerdo con el Marco conceptual p. 71, refiere “que es el respeto a la igualdad social que se expresa en que los seres humanos sea acreedores de los mismos derechos y oportunidades, sin discriminación por diferencias de origen, edad, sexo, ocupación social, desarrollo físico, mental, cultura, color de la piel, credo y de cualquier otra índole” (p. 53).

Gráfico 11. Distribución porcentual “ET” abril-agosto 2019

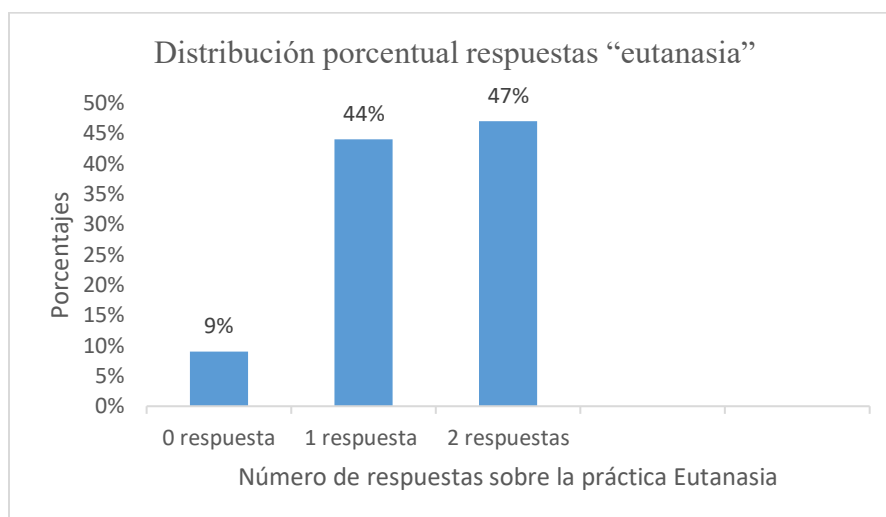
Fuente: elaboración con base en cuestionario aplicado.

Según el gráfico 11, el 41 % responde correctamente tres de las preguntas (12, 18, 19 y 29 del cuestionario), el 37 % brinda dos de las respuestas, el 16 % responde una de las preguntas y el 3 % contesta bien las cuatro preguntas y el 3% no responde ninguna de las preguntas. De acuerdo con los resultados dados, de los 32 estudiantes encuestados solo un 3 % lo reconoce según la batería de preguntas del cuestionario la práctica del ensañamiento terapéutico. En el Marco teórico (p 62-63). Según Lillo (2011), el encarnizamiento se refiere a “la actitud del médico que ante la certeza moral que le dan sus conocimientos, los remedios ya no proporcionan beneficios al enfermo y solo sirven para prolongar su agonía inútilmente, se obstina en continuar el tratamiento”. (p. 8)

Gráfico 12. Distribución porcentual “LET” abril-agosto 2019

Fuente: elaboración con base en cuestionario aplicado.

El gráfico 12, muestra el porcentaje de respuestas en torno a limitación del esfuerzo terapéutico (respuestas 13, 16 y 17 del cuestionario). El 41 % responde una pregunta correctamente, el 34 % responde bien dos preguntas, mientras que el 25 % no responde de manera correcta las tres preguntas. Según los datos obtenidos, los estudiantes encuestados lograron responder de manera acertada entre una y dos preguntas de las tres que corresponden a la práctica de limitación del esfuerzo terapéutico; ninguno de ellos responde las tres preguntas. Torres (2011), conceptualiza este término en el Marco conceptual p.72 como “La decisión de restringir o cancelar algún tipo de medidas cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios terapéuticos, con el objetivo de no caer en la obstinación terapéutica”. (p. 6).

Gráfico 13. Distribución porcentual “eutanasia” abril-agosto 2019

Fuente: elaboración con base en cuestionario aplicado.

De acuerdo con el gráfico 13, sobre la práctica de la eutanasia (preguntas 14 y 15 del cuestionario). El 47 % de los estudiantes responde correctamente dos de las preguntas, el 44 % una de las preguntas y el 9 % no responde ninguna de las dos preguntas. El análisis refleja que un porcentaje alto de los estudiantes lograron responder las dos preguntas relacionadas con la práctica de la eutanasia y un porcentaje muy bajo no las reconocen. Por otro lado Creagh (2011), en el Marco teórico p. 57 menciona que:

A pesar de que se considera como una decisión final, la eutanasia solo está permitida legalmente en tres países, en el estado de Oregón, Estados Unidos, donde sus ciudadanos aprobaron por referéndum en 1997 la ley de muerte con dignidad; en Holanda, vigente desde abril de 2001, con una serie de garantías y limitantes legales que de no cumplirse pueden desembocar en procesos legales en contra de los médicos, y finalmente en Bélgica que, en septiembre del 2003, se convierte en el segundo país en aprobar leyes a favor de la eutanasia, más flexibles que en el caso de Holanda pero también rígidas en cuanto a procedimientos legales (p. 5).

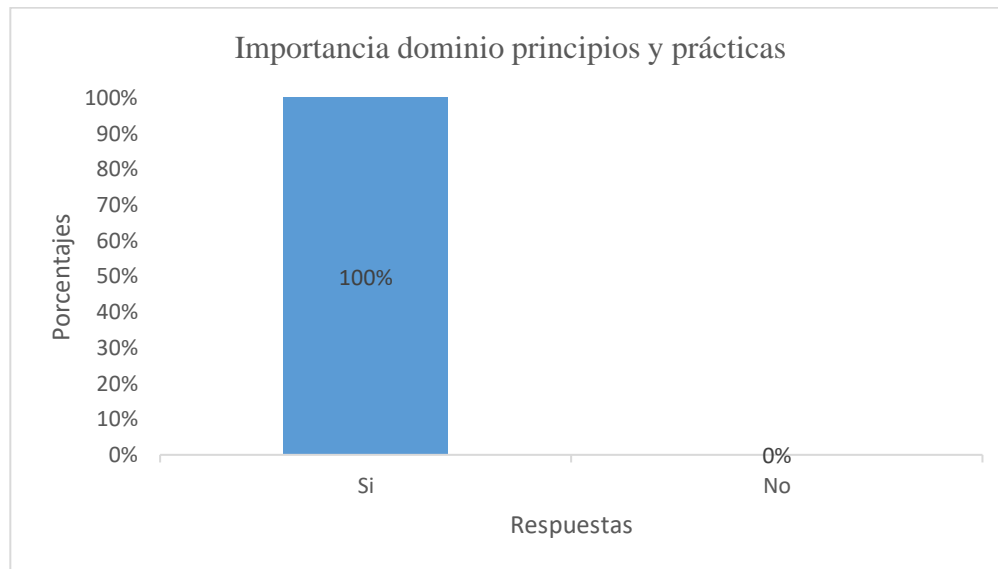
Análisis de preguntas abiertas

A continuación, se plantean las respuestas a las preguntas abiertas, con las cuales se quería profundizar en los aspectos relevantes en relación con el dominio de los principios y las prácticas relacionadas con la bioética.

Importancia dominio de principios y prácticas asociadas a la bioética.**Tabla 8. Importancia dominio principios y prácticas abril-agosto 2019**

Respuesta	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Sí	32	100 %
No	0	0 %
Total	32	100 %

Fuente: elaboración con base en cuestionario aplicado.

Gráfico 14. Importancia dominio principios y prácticas abril-agosto 2019

Fuente: tabla 8.

Con respecto a la interrogante, ¿considera que es importante el dominio de principios y prácticas asociadas a la bioética? De acuerdo con la tabla 8 y gráfico 14, el 100 % de los entrevistados(as) responde que sí es importante. Los resultados muestran que los estudiantes le otorgan importancia al dominio de este tema.

De acuerdo con González (2015), en el Marco teórico p. 82, hace referencia a que “algunas enfermeras plantean como dilemáticas las eventuales diferencias con profesionales de la medicina, ya que con frecuencia la opinión enfermera se valora menos que la opinión médica produciendo conflictos y siendo obligadas a realizar prácticas con las que discrepa” (p. 107).

Acerca del por qué es importante el dominio conceptual de principios y prácticas de la bioética, las personas entrevistadas brindan las siguientes respuestas:

Tabla 9. Importancia dominio termino bioética abril-agosto 2019

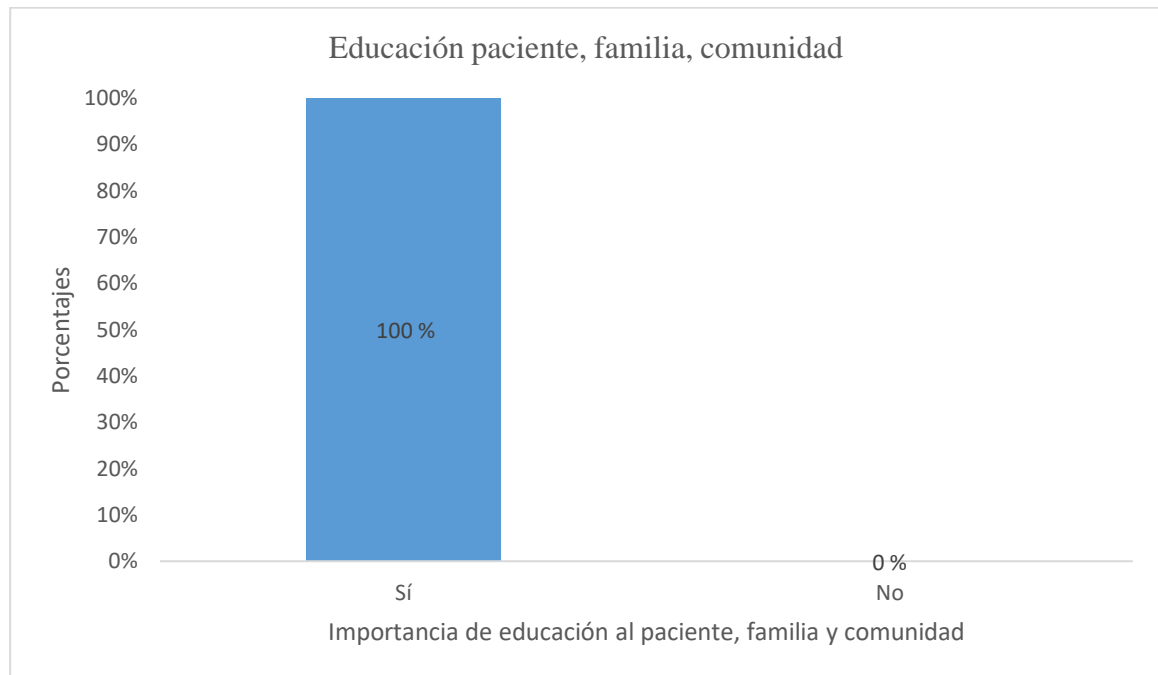
• Ayuda al paciente.
• Como enfermeras nos toca solucionar algunos casos relacionados con el tema.
• Es vital para nuestra formación profesional.
• Es fundamental para el ejercicio de la profesión.
• Es deber de enfermería tomar decisiones y seguir los principios.
• Nos ayudará como futuros profesionales.
• Ayuda a enfrentar problemas que puedan surgir en el ejercicio de la profesión.
• La bioética ayuda cuando hay un problema que no se puede resolver.
• Al no conocerlos se puede cometer muchos errores.
• Porque protegemos la vida del paciente y a nosotros mismos.
• Así manejamos nuestras decisiones en relación con la vida y la salud.
• Para no hacer mal uso de los conceptos.
• Porque hemos aprendido valores desde la niñez y ponemos en práctica en la edad adulta y atención a los pacientes.
• Está estrechamente relacionada con los seres vivos.
• Es importante reconocer hasta qué punto los derechos del paciente pueden permitirle tomar decisiones.
• Ayuda a enfrentar demandas de mala praxis.
• Debemos estar familiarizados con esos temas para evitar problemas legales.
• Forma parte de la ética y códigos con respaldo legal.

Fuente: elaboración con base en cuestionario aplicado.

Brindar educación al paciente, familia y comunidad**Tabla 10. Educación paciente, familia, comunidad abril-agosto 2019**

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Sí	32	100 %
No	0	0 %
Total	32	100 %

Fuente: elaboración con base en cuestionario aplicado.

Gráfico 15. Educación paciente, familia, comunidad abril-agosto 2019

Fuente: tabla 10.

Según la información de la tabla 10 y el gráfico 15, el 100 % de los estudiantes Entrevistados responde afirmativamente acerca de la pregunta de si ¿le parece importante el dominio de los principios y prácticas de la bioética para brindar educación al paciente, la familia, la comunidad que opta por estas prácticas al final de la vida del paciente?.

Según Simone (2000), en el Marco conceptual p. 73, afirma que médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud se confrontan con los pacientes murientes y sus familias. “A partir de ese momento vemos sucederse análisis y estudios sin medida, demoras en la toma de decisiones, cambios frenéticos de un especialista a otro, depresiones y euforias injustificadas” (p. 55).

Acerca del ¿por qué es importante el dominio de los principios y prácticas para brindar educación al paciente, familia y comunidad?, los(as) estudiantes responden:

Tabla 11. Educación al paciente, familia y comunidad abril-agosto 2019

• Permite brindar a la familia, paciente y comunidad elementos acerca de las opciones y métodos antes de tomar una decisión.
• Para despejar dudas a los implicados.
• Es deber del profesional de enfermería educar al paciente, familia para la toma de decisiones y servir de apoyo.
• Tienen derecho a estar informados para la toma de decisiones.
• Representa un derecho humano.
• Los principios son para preservar la vida y permite revisar las prácticas y orientar al paciente.
• Tomar decisiones con respecto a su vida.
• Ayudar al paciente y los que lo rodean a enfrentar el problema de su salud con la mejor aptitud.
• La educación es la clave para promover la calidad de vida.
• Ayuda a aumentar los conocimientos del paciente, familiares y comunidad, aspectos que tal vez no sabían.
• Para poder ayudarles a comprender la situación real.
• Cada persona es libre de elegir qué hacer con su vida y somos los encargados de transmitir el conocimiento.
• Podemos desempeñarnos mejor en el ámbito laboral al educar a quienes lo requieren.
• Porque el paciente estará consciente de sus actos y decisiones.
• Saber responder interrogantes del paciente y la familia.
• Las personas involucradas tienen derecho a recibir la educación adecuada.
• Es parte de nuestra carrera tener ética al explicar al paciente los principios y prácticas al realizar un procedimiento.

Fuente: elaboración con base en cuestionario aplicado.

En resumen, la tabla 11 muestra la respuesta de los(as) entrevistados(as) acerca del ¿por qué es importante el dominio de los principios y prácticas para brindar educación al paciente, familia y comunidad?, al respecto, refieren que: ayuda a aumentar los conocimientos del paciente, familiares y comunidad aspectos que tal vez no sabían, para despejar dudas a los implicados, la educación es clave para la calidad de vida de los pacientes, las personas tienen derecho a recibir la educación adecuada, es deber del profesional de enfermería educar al paciente, familia para la toma de decisiones y servir de apoyo, forma parte de la carrera el explicar al paciente sobre los principios y prácticas y saber responder interrogantes del paciente y la familia, así como tener un mejor desempeño.

Dominio de términos ante una mala práctica**Tabla 12. Dominio de conceptos ante una mala práctica abril-agosto 2019**

- Repercute en una demanda legal que pone en peligro el trabajo.

- Permite conocer consecuencias o beneficios de nuestros actos.

- Podemos defender los procedimientos realizados.

- Si estamos obsoletos ante la temática, claramente perderíamos nuestra licencia ante una mala praxis.

- La bioética permite enfrentar situaciones para las que no se encuentra otra solución y la ciencia ayuda.

- Informar a los pacientes sobre los dilemas que se pueden presentar.

- Tener base para demostrar las faltas cometidas.

- Brinda elementos para no participar cuando se está ante una mala práctica.

- Daños psicológicos a familiares.

- La cárcel sino se aplican los principios de ética y bioética.

- Orienta la toma de decisiones.

- Aplicar conocimientos en la práctica.

- Permite identificar errores.

- Ejerce responsabilidad y justicia.

- Cuando el personal de enfermería no está de acuerdo en realizar alguna práctica.

- Permite evaluar si se realiza bien o no una práctica.

Fuente: elaboración con base en cuestionario aplicado.

De acuerdo con la información de la tabla 12, acerca de cómo repercute el dominio de los principios y prácticas asociados a dilemas bioéticos al final de la vida en la forma de enfrentar situaciones en las que se requiere dar cuenta ante una mala práctica asociada a la bioética, los(as) estudiantes contestan que permite identificar errores, evaluar si se realiza bien o no una práctica, orienta la toma de decisiones, daños psicológicos a familiares, se pueden defender los procedimientos realizados, aplicar los conocimientos en la práctica, brinda elementos para no participar cuando se está ante una mala práctica, repercute en una demanda legal que pone en peligro el trabajo. Brinda elementos para no participar cuando se está ante una mala práctica, el estar obsoletos ante la temática, se puede perder la licencia ante una mala praxis, orienta la toma de decisiones y hasta la cárcel si no se aplican los principios de ética y bioética.

Materias del plan de estudios aportan conocimientos bioética

Acercas de las materias del plan de estudios, aportan conocimientos respecto de los principios y prácticas asociadas a la bioética. Los estudiantes refieren que las materias de Ética profesional, Cuidado espiritual, Fundamentos de Enfermería I y II y Práctica Clínica aportan conocimientos acerca de la bioética.

Beneficios que aporta este tema a la Carrera de Enfermería

Entre los beneficios que aporta este tema para la Carrera de Enfermería y como futuros enfermeros en la práctica clínica, los(as) estudiantes mencionan los siguientes:

Tabla 13. Beneficios para la Carrera de Enfermería abril-agosto 2019

• Brinda preparación ante situaciones que se puedan presentar.
• Aporta capacitación para tomar decisiones correctas.
• Aunque se ve muy poco, ayuda a lidiar con este tipo de situaciones y saber actuar.
• Podría suceder que se legalice la eutanasia en Costa Rica y se debe saber cómo actuar como profesional.
• Ayuda en el proceso de atención de enfermería.
• Ayuda a conocer los derechos del paciente como del enfermero.
• Para entender hasta qué punto una mala práctica puede repercutir en el paciente.
• En las clases se habla de varios temas controversiales con los cuales nos vamos a enfrentar día a día, nos brindaron las herramientas de cómo enfrentar este tipo de situaciones.
• Saber reaccionar ante determinadas situaciones y ser honestos y honrados al actuar.
• Ayuda a comprender cómo actuar desde el punto de vista profesional, humano, espiritual ante estas situaciones.
• Tener un mejor conocimiento del tema.
• Obtenemos conocimiento de la realidad que se vive en los campos clínicos y sabemos qué hacer.
• Tener conocimiento de la bioética y su función.
• Ayuda a que el enfermero aborde mejor el tema y actuar de forma correcta para aliviar y restaurar la salud.

Fuente: elaboración con base en cuestionario aplicado.

La tabla 13, a modo de síntesis, recoge las principales respuestas acerca de los beneficios que brinda a los estudiantes el aporte de las materias del plan de estudios que hacen alusión al tema de la bioética. Entre ellos, sobresalen: aporta capacitación para tomar decisiones correctas, tener conocimiento de la bioética y su función, ayuda al enfermero a abordar mejor el tema y actuar de forma correcta para aliviar y restaurar la salud, tener un mejor conocimiento del tema, conocen la realidad que se vive en los campos clínicos y saber qué hacer, saber reaccionar ante determinadas situaciones y ser honestos y honrados al actuar, se les brinda las herramientas para enfrentar este tipo de situaciones a través de las clases, comprender cómo actuar desde el punto de vista profesional, humano y espiritual ante estas situaciones, entender hasta qué punto una mala práctica puede repercutir en el paciente.

Beneficios dominio términos ante mala práctica.

Al preguntar a los(as) estudiantes ¿cuáles son los beneficios que otorga el dominio de los términos asociados a dilemas bioéticos al final de la vida ante una práctica ilegal en el país?, se obtienen las siguientes respuestas:

Tabla 14. Beneficios dominio términos ante mala práctica abril-agosto 2019

- Ayuda a enfrentar posibles demandas y sanciones, al conocer los términos y códigos ayuda al enfermero a oponerse a prácticas como la eutanasia que es ilegal en Costa Rica.

- Para evitar una mala práctica como enfermera.

- Brinda respaldo y responsabilidad a familiares y paciente.

- No se harán injusticias y daños a las personas involucradas.

- Al dominar los términos sabremos ¿cómo actuar?

- Podemos comprender cuando se está haciendo una práctica que no está bien.

- Tener conocimiento ayuda a detectar cuándo se está ante una mala práctica.

- Tener conocimiento ayuda a tomar decisiones brindar la justificación del porqué se actúa de tal manera ante una situación.

Fuente: elaboración con base en cuestionario aplicado.

La tabla 14 muestra la respuesta del estudiantado que participa de la investigación, quienes, acerca de los beneficios del dominio de los conceptos de bioética mencionan que ayuda a enfrentar demandas y sanciones, al conocer los términos y códigos ayuda al enfermero a oponerse a prácticas como la eutanasia que es ilegal en Costa Rica, evitar malas prácticas, no cometer injusticias y daños a las personas involucradas tomar decisiones correctas, permite al profesional saber ¿cómo actuar?, evitar daños a las personas involucradas y justificar el actuar del enfermero(a).

CAPÍTULO V

Capítulo V. Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

Dominio conceptual de principios y prácticas

Acerca del dominio conceptual de los principios asociados a la bioética, se encontró de acuerdo con los resultados obtenidos según la tabla 6, que el 50 % de los estudiantes entrevistados, la mitad de los ellos, posee un dominio muy alto de los *principios* asociados a la bioética (autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia), equivalente de 9 a 10 puntos correctos, mientras que un 28 % poseen un dominio perfecto, lo que equivale a responder los 11 puntos de manera asertiva, el 19 % cuenta con un dominio alto 7 a 8 puntos correctos y el 3 % un dominio medio que corresponde con 5 a 6 puntos. De igual manera, todos los entrevistados, el 100 % de ellos, reconocen la importancia del dominio conceptual de los principios y prácticas, según la tabla 8 y el gráfico 14 (pp. 141-142). Lo anterior dado que es fundamental para el ejercicio de la profesión, ayudar al paciente, es deber de enfermería tomar decisiones y seguir los principios. (p. 121)

Con respecto al dominio conceptual de las prácticas asociadas a la bioética, de acuerdo con la tabla 7, el 50 % de los estudiantes posee un dominio medio alto acerca de las prácticas asociadas a la bioética (eutanasia, LET y encarnizamiento terapéutico), lo que equivale a un rango entre 5 y 6 puntos acertados. Según la escala de indicadores elaborada, el 41 % tiene un dominio medio bajo, el equivalente a 3 a 4 puntos acertados; un 6 % un dominio alto, 7 y 8 puntos acertados; un 3 % tienen un dominio bajo, equivale a 1 a 2 puntos (p. 131).

Existen situaciones con respecto a la atención del paciente en que el profesional de salud requiere contar con el conocimiento de los principios y prácticas porque es propio del

ejercicio de la profesión, afecta a las personas y ayuda a enfrentar problemas de mala práctica y legales.

Con respecto a la toma de decisiones en relación con los dilemas éticos que plantean los principios y prácticas, la mayoría de los estudiantes tiene claridad acerca de los valores y principios desde el punto de vista de la ética cristiana en torno a que Dios es el dador de la vida y Él es quien decide sobre ella.

Al relacionar cómo repercute el dominio conceptual de términos asociados a dilemas bioéticos al final de la vida, en la forma de enfrentar situaciones donde se requiere dar cuenta ante una mala práctica, los estudiantes mencionan que permite identificar errores, evaluar si se realiza bien o no una práctica, orienta la toma de decisiones, daños psicológicos a familiares, se pueden defender los procedimientos realizados, aplicar los conocimientos en la práctica, brinda elementos para no participar cuando se está ante una mala práctica, repercute en una demanda legal que pone en peligro el trabajo, Brinda elementos para no participar cuando se está ante una mala práctica, el estar obsoletos ante la temática, se puede perder la licencia ante una mala práctica, orienta la toma de decisiones y hasta la cárcel si no se aplican los principios de ética y bioética (tabla 12, p. 148)

Materias que aportan al conocimiento de la bioética

Cabe resaltar la labor pedagógica de la Escuela de Enfermería de UNADECA, pues los estudiantes refieren que las materias del plan de estudios que aportan contenidos acerca del dominio conceptual de términos asociados a dilemas bioéticos al final de la vida son: Ética Profesional, Cuidado Espiritual, Fundamentos de Enfermería I y II y Práctica Clínica (ver pregunta abierta 4 del cuestionario aplicado).

La evaluación en general, permitió determinar un mayor dominio de los principios pues el 50 % de los estudiantes entrevistados, la mitad de ellos, posee un dominio muy alto de los *principios* asociados a la bioética.

Beneficios de aporte de materias al conocimiento

Entre los beneficios que brinda a los estudiantes el aporte de las materias del plan de estudios que hacen alusión al tema de la bioética, de acuerdo con los resultados de la tabla 13, sobresalen: aporta capacitación para tomar decisiones correctas, tener conocimiento de la bioética y su función, ayuda al enfermero a abordar mejor el tema y actuar de forma correcta para aliviar y restaurar la salud, tener un mejor conocimiento del tema, conocen la realidad que se vive en los campos clínicos y saber qué hacer, saber reaccionar ante determinadas situaciones y ser honestos y honrados al actuar, se les brindan las herramientas para enfrentar este tipo de situaciones a través de las clases, comprender cómo actuar desde el punto de vista profesional, humano y espiritual ante estas situaciones, entender hasta qué punto una mala práctica puede repercutir en el paciente (p. 150).

Beneficios ante una práctica ilegal en el país

Los beneficios que otorga el dominio conceptual de los términos asociados a dilemas bioéticos al final de la vida para reconocer los procedimientos ante una práctica ilegal en el país, señalan los estudiantes, de acuerdo con la tabla 14, mediante algunas preguntas abiertas se logra establecer que ayuda a enfrentar demandas y sanciones, al conocer los términos y códigos ayuda al enfermero a oponerse a prácticas como la eutanasia que es ilegal en Costa Rica, evitar malas prácticas, no cometer injusticias y daños a las personas involucradas tomar decisiones correctas, permite al profesional saber cómo actuar, evitar daños a las personas involucradas y justificar el actuar del profesional de enfermería (p. 152).

Recomendaciones**A la Escuela de Enfermería**

Reforzar el contenido de la bioética, en las materias relacionadas con el tema en todo el plan de estudios de la carrera tales como: Cuidado espiritual, Ética Profesional y Fundamentos de Biología, Fundamentos de Enfermería I y II, Enfermería Clínica Avanzada, Enfermería Geriátrica y Pediátrica, Seminario de Fundamentos Teóricos de Enfermería, Métodos de Educación en Salud, las cuales, según el Plan de Estudios de la Escuela, se prestan para brindar mayor conocimiento (ver anexo n.º 5, p. 181), pues según el gráfico 6, el 88 % de los entrevistados contesta de manera acertada una de las preguntas, relacionadas con el concepto de bioética.

Elaborar casos que confronten la enseñanza-aprendizaje de los estudiantes en torno a los términos asociados a la bioética.

Reforzar el dominio conceptual de las prácticas, ya que se evidencia un menor conocimiento en relación con las prácticas asociadas a la bioética, por medio de la simulación de casos, lecturas y ejercicios de exploración.

Invitar a especialistas en el tema para organizar conversatorios, charlas o talleres sobre esta temática.

Brindar asesoría jurídica a los estudiantes sobre la legislación con respecto a las repercusiones, no solo de una mala práctica, sino ante una práctica ilegal en Costa Rica u otro país donde no está aprobada la eutanasia.

Conformar una Comisión de Bioética de la UNADECA para promover e intercambiar actividades, proyectos y otros relacionados con el tema.

Fomentar la investigación en esta temática para tener información actualizada y veraz, según, el sitio web Universidades.cr (2013-2019), el tema se ha ido insertando en el currículo de las universidades pues es un tema que convoca y las autoras indagaron que:

Con respecto a las materias que otras universidades ofrecen en el pensum de la Carrera de Enfermería, un sondeo realizado a otras universidades muestra por ejemplo que: la Universidad Hispanoamericana. En el nivel de bachillerato hasta el ciclo 7, ofrece la materia de Ética y Moral Profesional. La Universidad Santa Lucía en bachillerato en el Ciclo 6 Ética I, en Universidad Autónoma de Centro América en la Licenciatura Ciclo 1 Teorías de la enfermería ética. Mientras que UNIBE Séptimo cuatrimestre Ética para enfermeras y la Universidad Latina, Licenciatura quinto cuatrimestre Bioética y X cuatrimestre Ética y Ciudadanía.

A los estudiantes

Participar en seminarios, talleres y otros, extracurriculares, en relación con el tema de los términos asociados a la bioética para incrementar el conocimiento y contar con el aval de la Escuela de Enfermería al facilitar la participación y otorgar puntos a quienes asisten pues de acuerdo con el gráfico 4, un rango de estudiantes ubicados en un 88% a 97%, considera que es importante el dominio de principios y prácticas asociadas a la bioética.

Fomentar la creación de una base de datos sobre el tema por parte de los estudiantes, en la cual se seleccione material que sirva de guía para consultas e investigaciones afines a los contenidos temáticos.

Continuar estudios como estos para que se pueda ir actualizando la información y poseer un banco de conocimientos que abonen al conocimiento de los estudiantes.

Bibliografía

- Academia Europea de Pacientes. (2019). No maleficencia. Obtenido de <https://www.eupati.eu/es/glossary/no-maleficencia/>
- ACEB, Associació Catalana d Estudis Bioètics. (2017). Razones de la "no" a la Eutanasia. Obtenido de Bioeticacs: https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/eutanasia/Razones_del_no_a_la_eutanasia.pdf
- Arellano González, M. (2003). El Proceso de Enseñanza y Aprendizaje de la Bioética. *Revista Conamed*, 4, 5-13. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2003/con032c.pdf>
- Arévalo Alvarado, R. M. (2010). Teorías de dominio de los docentes sobre el aprendizaje y su expresión en la evaluación de los aprendizajes: un estudio de caso en una institución educativa particular de Lima. *Educación*, 19(36), 1-20. Obtenido de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/educacion/article/view/2596>
- Arias Valencia, M. M., y Giraldo Mora , C. V. (2011). El Rigor Científico en la Investigación. *Red de Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal*, 65(18). Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105222406020.pdf>
- Arroyo Castro , L. (2019). Aspectos Jurídicos en torno a la Eutanasia. *Revista jurídica de Seguridad Social*, 11(56), 97-109. Obtenido de http://perso.unifr.ch/derechopenal/assets/files/obrasportales/op_20150108_02.pdf
- Asociación Española de Pediatría. (2008). Glosario de términos y expresiones frecuentes de bioética en la práctica de cuidados intensivos pediátricos. *Asociacion Española de Pediatría*, 4(12), 1-8. Obtenido de <http://secip.com/wp-content/uploads/2018/05/glosario-de-terminos-en-bioetica.pdf>
- Barrantes Echevarría, R. (2014). *Investigación. Un Camino al Conocimiento. Un enfoque cuantitativo y cualitativo*. (4 ed.). San José, Costa Rica: EUNED.
- Bárzaga Morell, S., y Sánchez Vila, J. (2019). Conocimiento y actitudes de los médicos sobre limitación de esfuerzo terapéutico. *Multimed. Revista Médica. Granma*, 6(14), 151. Obtenido de <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1106>
- Begoña Simón , K. (2014). *La Evolución del Concepto de Autonomía en la Bioética Española: 1989-2006*. (Tesis de Licenciatura de la Universidad del País Vasco). Obtenido de https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/17320/TESIS_SIMON_CORTADI_M%c2%aaBEGO%c3%91A.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Betancourt, G. J., y Betancourt, G. L. (2017). Muerte digna y adecuación del esfuerzo terapéutico. *Medigraph*, 23(1), 53-65. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revciemmedhab/cmh-2017/cmh171g.pdf>
- Bordat, J. (2011). Christliche Existenzphilosophie. Gott, die Welt und alle Dinge überhaupt. *Jobo72's*, 8(19). Obtenido de <https://jobo72.wordpress.com/2011/01/19/etica-cristiana/>
- Cabré, P., y Solsona, D. (2002). Limitación del Esfuerzo Terapeutico en Medicina Intensiva. *Medicina Intensiva*, 10(45), 304-311. Obtenido de <http://www.medintensiva.org/es-limitacion-del-esfuerzo-terapeutico-medicina-articulo-13036165>
- Caja Costarricense de Seguro Social. Centro de Desarrollo Estratégico e Información. (2017). *Bioética en la Caja Costarricense de Seguro Social*. Obtenido de <https://www.cendeiss.sa.cr/wp/wp-content/uploads/2017/08/Bolet%C3%ADn-2017.pdf>
- Castro López, J. (2016). Bioetica para clínicos. Cuidados paliativos integrales y limitación del esfuerzo terapéutico. Obtenido de <https://galiciaclinica.info/pdf/38/1140.pdf>
- Centro de Desarrollo Estrategico e Información en Salud y Seguridad Social. (2019). *La Bioética: tema transversal del plan estrategico institucional 2019-2022*. Obtenido de <https://www.cendeiss.sa.cr/wp/index.php/boletines/>
- Coleman, C. H., Bouesseau, M. C., y Reis, A. (2008). Organización Mundial de la Salud. Contribucion de la Etica a la Salud Pública. Obtenido de <https://www.who.int/bulletin/volumes/86/8/08-055954/es/>
- Comisión Nacional de Bioética. (2015). ¿Qué es Bioética? *Conbioética*, 7(39). Obtenido de <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/queeslabioetica.html>
- Consejo Internacional de Enfermería. (2019). *Consejo Internacional de Enfermeras*. Obtenido de <https://www.icn.ch/es>
- Creagh Peña, M. (18 de Octubre de 2011). Dilema ético de la eutanasia. *Scielo*, 16(45). Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v38n1/spu14112.pdf>
- Diccionario de la Lengua Española. (1970). Madrid, España: Espasa-Calpe, S.A.
- Dobles, M., Zúñiga, M., y García, C. (2006). *Investigación en Educación*. San José, Costa Rica: EUNED.
- Domínguez, J. M. (2018). Valoración médica jurídica y bioética de la eutanasia. Obtenido de <https://es.zenit.org/articulos/valoracion-medica-juridica-y-bioetica-de-la-eutanasia/>

- Donne, J. (2015). ¿Limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico? *Altus*, 7(10).
Obtenido de http://www.montpellier.com.ar/separatas/NORMA_7.pdf, DONNE J.
Encarnizamiento terapéutico
- Echeverri Pimiento, S. (2019). La Bioética en la forma Profesional de Enfermería. *Revista Actualizaciones en Enfermería*, 9(22). Obtenido de
<https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-82/enfermeria8205-bioetica/>
- Echeverría, C. (2011). Eutanasia y Acto Médico. *Revista Médica de Chile*, 17(45).
Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v139n5/art13.pdf>
- EcuRed. (2016). Estilos de cita para paciente. Obtenido de
<https://www.ecured.cu/index.php?title=Especial:Citar&page=Paciente&id=2731387>
- Escobar Yéndez, N. V., Fernández Ramírez, C., Hidalgo Prado, P., y Luque Borja, D. (1998). Ética Médica y Economía de la Salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 24(1). Obtenido de <bvs.sld/revistas/spu.htm>
- Ferrer, I. (14 de abril de 2017). Las muertes por eutanasia son ya un 4% de los fallecimientos en Holanda. *El País*. Obtenido de
https://elpais.com/internacional/2017/04/13/actualidad/1492099046_930195.html
- Ferro, M., Molina Rodríguez, L., y Rodríguez G, W. (2009). La Bioética y sus principios. *Acta Odontológica Venezolana*, 47(2), 481-487. Obtenido de
<https://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/2/art-26/>
- Fuente, A. (2019). La eutanasia: un estudio general. Obtenido de
<https://es.catholic.net/op/articulos/20471/cat/295/la-eutanasia-un-estudio-general.html#modal>
- Galeano, A. (31 de julio de 2017). ¿Existe el homicidio por piedad en Costa Rica? *La Prensa Libre*. Obtenido de
<http://www.laprensalibre.cr/Noticias/detalle/117777/existe-el-homicidio-por-piedad-en-costa-rica>
- Gallardo, M. (2013). *Investigación educativa: metodología encuestas*. Granada, España.
- García Banon, A. M., Sainz Otero, A., y Botella Rodríguez, M. (2014). La Enfermería vista desde el Género. *I3*(46). Obtenido de
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200009
- Garduño Ortega, C., Salazar Gómez, T., Méndez Xavier, G., y Ponce Gómez, G. (2008). Muerte digna o ensañamiento terapéutico: una reflexión para profesionales de la salud. *Enfermería Universitaria*, 5(1), 35-40. Obtenido de <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria>
- Giordano, A., Frez, G., y Rojas, D. (2017-2018). *Portafolio de Bioética*. México, México.

- Gómez Sancho , M. (2015). Atención Médica al final de la vida:conceptos y definiciones. *Organización Médica Colegial y Sociedad Española de Cuidados Paliativos*, 10(38), 1. Obtenido de) <https://www.actasanitaria.com/wp-content/uploads/2015/10/documento-conceptos-atencionfinalvida-2015.pdf>
- González Morán , L. (2006). *De la Bioética al Bioderecho: Libertad, Vida y Muerte*. Madrid, España.
- González Rojas, P. (2015). *Tensiones éticas del trabajo de enfermería en el nuevo orden sanitario*. (Tesis Doctoral de la Universidad Autonoma de Barcelona). Obtenido de <https://tdx.cat/bitstream/handle/10803/330364/pgr1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- González, M. d. (2019). *Biblioteca Medica Nacional. La Bioética Global*. Obtenido de <http://www.sld.cu/sitios/bmn/temas.php?idv=6806>
- Gracia , D. (1984). Persona y Comunidad: De Boecio a Tomás de Aquino, Cuadernos Salmantinos de Filosofía. *Dialnet*, XI(19), 63-106. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=369158>
- Guillem Tatay, D. (2013). *Observatorio Bioética Instituto Ciencias de la Vida. Historia de la Bioética*. Obtenido de <https://www.observatoriobioetica.org/2013/10/historia-de-la-bioetica/554>
- Hernández Sampieri, R. (2014). *Variables Cuantitativas Discretas y Continuas*. México, México.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México, México.
- Hurtado Medina, M. J. (2016). Eutanasia en Colombia desde una perspectiva etica. *Revista Médica Risaralda*, 3(13), 49-51. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v21n2/v21n2a10.pdf>
- Iglesia Adventista del Septimo Día. (2011). Declaraciones y documentos oficiales. Obtenido de <https://www.adventistas.org/es/institucional/organizacion/declaraciones-y-documentos-oficiales/>
- Instituto Nacional del Cancer. (2019). Etapa final para la vida. Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/cancer-avanzado/cuidadores/planificacion/etapa-final-pdq>
- Leiva Díaz, V., y Villalobos Nuñez, B. (2015). Analisis de la integracion de la bioetica en la investigación de enfermera. *Revista Electrónica Enfermera Actual de Costa Rica*, 18(39), 1-18. Obtenido de <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n28/1409-4568-enfermeria-28-00019.pdf>

- Lemus, F. (2013). Noticias Adventistas. Obtenido de <https://noticias.adventistas.org/es/noticia/ciencia/se-aprueba-registro-de-documento-mundial-sobre-pacientes-terminales/>
- León Correa , F. J. (2011). Pobreza, vulnerabilidad y calidad de vida en América Latina. Retos para la bioética. *Acta Bioethica*, 17(1), 8. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2011000100003>
- Lillo, L. (2011). Del encarnizamiento terapeutico a una muerte digna. *Scielo*, 2(10), 18. Obtenido de <http://www.fmv-uba.org.ar/comunidad/revistasylibrosdigitales/antropologia/Vol.%20VI%20Nro.%201%20a%C3%B1o%202011/delillo%20-%20muerte%20digna.pdf>
- Linares Marquez, P., y Fraile Laiz, B. (2012). Bioética y Universidad en América Latina. Propuesta de una estructura para la formacion integral profesional. *Revista Colombiana de Bioética*, 6(30), 119-133. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189225524009>
- Linzmayr Gutiérrez , L. (2016). Cultura Corporal y Niveles de Complejidad e Impacto del Proceso Enseñanza- Aprendizaje. *Revista Internacional de Pedagogía y Currículo*, 3(1). Obtenido de uislinzmayer.com/2016/12/13/niveles-de-complejidad-e-impacto-del-proceso-ensenanza-aprendizaje/
- Lolas, F. (1999). La bioética en el contexto de los programas de salud. *Temas de Actualidad*, 6(1). Obtenido de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/8917/v6n1a17.pdf?sequence=1>
- Luque Cruz, J., y Vasquez Sánchez, A. M. (2018). *Universidad Ciencias de la Salud. nfluencia del nivel de conocimientos en las actitudes hacia la bioética de los estudiantes del internado del programa profesional de enfermería y obstetricia de la Universidad Ciencias de la Salud, Arequipa-2018*. Obtenido de <http://repositorio.ucs.edu.pe/handle/UCS/58>
- Marí Paterna , E. (2014). *Universitat de les Illes Balears*. Obtenido de ¿Cómo debe actuar ética y legalmente la enfermera ante un tratamiento fútil?: http://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/4124/Mari_Paterna_Estefania.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Marí Paterna, E. (2014). *Universitat de les Illes Balears*. ¿Cómo debe actuar ética y legalmente la enfermera ante un tratamiento fútil? Obtenido de http://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/4124/Mari_Paterna_Estefania.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Molíns Gauna, N. (2011). *Transplantes.net*. Proyecto de Protocolo de Limitación del Esfuerzo Terapeutico en unidades de Cuidados Críticos. Obtenido de

http://www.trasplantes.net/images/PDF/protocolo_limitacion_esfuerzo_terapeutico.pdf

Monge Cesar, M. E. (2013). Eutanasia. Obtenido de <http://laeutanasiaepo74.blogspot.com/>

Mora Guillart, L. (2015). Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. *Cubana de Oftalmología*, 28(2). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009

Morales Iturio A, G. N. (2019). Actitudes en base al nivel de conocimiento hacia la eutanasia en estudiantes de licenciatura. *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores.*, 1-34.

Olivero, R., Domínguez, A., y Malpica, C. C. (2008). Principios Bioéticos Aplicados a la Investigación Epidemiológica. *Revista Acta Bioética*, 7(29), 90-97. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v14n1/art12.pdf>

Organizacion Panamericana de la Salud (OPS). (2015). La OPS/OMS destaca la necesidad de formar más profesional de enfermería en América Latina y el Caribe. Obtenido de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10947:2015-pahowho-highlights-need-train-more-nursing-personnel&Itemid=1926&lang=es

Organizacion Panamericana de la Salud (OPS). (2019). Programa Regional de Bioética. Obtenido de <https://www.paho.org/hq/index.php?Itemid=4124&lang=es>

Organizacion Panamericana de la Salud (OPS) Costa Rica. (2019). Experta en Bioética de la OPS/OMS de misión en Costa Rica. Obtenido de https://www.paho.org/cor/index.php?option=com_content&view=article&id=419:experta-en-bioetica-de-la-ops-oms-de-mision-en-costa-rica&Itemid=314

Organizacion Panamericana de la Salud (OPS) México. (2019). México sede de la 10ª Cumbre Global de Comisiones Nacionales de Ética y Bioética. Obtenido de https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=732:mexico-sede-de-la-10o-cumbre-global-de-comisiones-nacionales-de-etica-y-bioetica&Itemid=499

Organizacion Panamericana de la Saludm(OPS) Panamá. (2018). Programa Ampliado de Textos y Materiales de Instrucción - PALTEX. Obtenido de https://www.paho.org/pan/index.php?option=com_content&view=article&id=86:paltext&Itemid=228

Ortín Sorando, C. (2012). *Historia de la Bioetica*. Valencia, España.

Osorio, P., Torrejón, M. J., y Vogel, N. (2008). Aproximación a un concepto de calidad de vida en la vejez. Escuchando a las personas mayores. *Revista de Psicología*, 17(1), 101-108. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/264/26412982005.pdf>

- Pabón Carrasco, M. (2015). *¿Vida? o MUERTE: Eutanasia*. Toledo, España.
- Padovani Cánton, M., y Clemente Rodríguez, M. E. (2010). ¿Qué es la Bioética? *Scielo*, 8(35), 1-4. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v14n1/rpr36110.pdf>
- Pérez Arrieta, C. (25 de Agosto de 2015). Colegio de Médicos avala eutanasia pasiva como un derecho del paciente. *El País*. Obtenido de <https://www.elpais.cr/2015/08/25/colegio-de-medicos-avala-eutanasia-pasiva-como-un-derecho-del-paciente/>
- Pérez Porto, J., y Gardey, A. (2010). Definición de práctica. Obtenido de <https://definicion.de/practica/>
- Porra Casals, J., Díaz Valladares, I., y Cordero López, G. (2001). Conocimientos y aplicación de los principios éticos y bioéticos en el proceso de atención de enfermería. *Revista Cubana enfermería*, 5(56), 132-144. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v17n2/enf11201.pdf>
- Postigo Solana, E. (2015). Bioética definición: que es bioética, concepto de bioética y corrientes actuales. Obtenido de <https://www.bioeticaweb.com/concepto-de-bioactica-y-corrientes-actuales/>
- Quiala, M. (2013). Enfermería, formación en valores. *Bioética.org*, 6(10), 20-25. Obtenido de <http://www.cbioetica.org/revista/131/131-2025.pdf>
- Quintero Rojas, I. (2005). *ÉTICA BÍBLICA PARA EL LÍDER Y EL MINISTRO*. Bogotá, Colombia.
- Raffino, M. E. (2019). Conceptos de Ética. Obtenido de <https://concepto.de/etica/>
- Ramió Jofre, A. (2005). *Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya*. (Tesis Doctoral de la Universidad de Barcelona). Obtenido de https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2867/ARJ_TESIS.pdf
- Ramirez, J. (2016). *Cómo analizar de todo: textos populares, mediáticos, artísticos y didácticos?* Heredia, Costa Rica.
- Real Academia Española. (2014). Eutanasia. Obtenido de <https://dle.rae.es/?id=H7n2lXw>
- Robles, M. (2019). Eutanasia. Obtenido de <http://micasaemis.com/eutanasia/>
- Romero Pérez, J. E. (2014). Apuntes sobre la mala praxis médica. *Revista de Ciencias Jurídicas.*, 11(65), 122. Obtenido de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/juridicas/article/view/21540>
- Sádaba, J. (2015). Eutanasia y Ética. *Revista de Bioética y Derecho en línea*, 3(16). Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/783/78343122025.pdf>

- Sass Hans, M. (2011). El pensamiento bioético de Fritz Jahr 1927-1934. *Revista Internacional sobre subjetividad política y arte*, 6(2), 20-33. Obtenido de <http://www.aesthetika.org/El-pensamiento-bioetico-de-Fritz>
- Sgrecia, E. (2014). *Manual de Bioética*. Madrid, España.
- Silvestrini, M. (2008). Fuentes de información, primarias, secundarias y terciarias. Obtenido de <https://ponce.inter.edu/cai/manuales/FUENTES-PRIMARIA.p>
- Simone, G. G. (2000). El final de la vida: situaciones clínicas y cuestionamientos éticos. *Acta Bioethica*, 1(1), 47-62. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v6n1/art04.pdf>
- Sistema Costarricense de Informacion Juridica. (1970). Normativa. Obtenido de http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=5027&nValor3=96389&strTipM=TC
- Torrez Acosta , R. (2011). *Glosario de bioética*. La Habana, Cuba: Ciencias Medicas.
- Torrez Acosta, R. (2011). *Glosario de Bioética*. La Habana, Cuba.
- Ucha , F. (2013). *Definición ABC*. Obtenido de <https://www.definicionabc.com/general/asignatura.php>
- Universidades.cr. (2013-2019). *Universidades con carreras de enfermería*. Obtenido de <https://universidades.cr/carreras/enfermeria>
- Valentín Maganto , V., y Murillo González , M. (2005). Dilemas al Final de la Vida. *Oncological*, 7(15). Obtenido de link.springer.com/article/10.1007/BF02710267

Índice de tablas

Tabla 1. <i>Cantidad de estudiantes según escuela</i>	99
Tabla 2. <i>Cantidad de E.E de UNADECA por nivel de estudio</i>	100
Tabla 3. <i>Distribución de variables sociodemográficas</i>	113
Tabla 4. <i>Frecuencia E. E. de UNADECA principios abril-agosto 2019</i>	118
Tabla 5. <i>Frecuencia sobre prácticas E. E. UNADECA abril-agosto 2019</i>	122
Tabla 6. <i>Dominio principios bioética E. E. UNADECA abril-agosto 2019</i>	126
Tabla 7. <i>Porcentaje de dominio de las prácticas asociadas abril-agosto 2019</i>	128
Tabla 8. <i>Importancia dominio principios y prácticas abril-agosto 2019</i>	138
Tabla 9. <i>Importancia dominio termino bioética abril-agosto 2019</i>	140
Tabla 10. <i>Educación paciente, familia, comunidad abril-agosto 2019</i>	141
Tabla 11. <i>Educación al paciente, familia y comunidad abril-agosto 2019</i>	143
Tabla 12. <i>Dominio de conceptos ante una mala práctica abril-agosto 2019</i>	145
Tabla 13. <i>Beneficios para la Carrera de Enfermería abril-agosto 2019</i>	147
Tabla 14. <i>Beneficios dominio términos ante mala práctica abril-agosto 2019</i>	149

Índice de gráficos

Gráfico 1. <i>Distribución por sexo, E. E. UNADECA abril-agosto 2019</i>	114
Gráfico 2. <i>Distribución nivel cursado E. E. UNADECA abril- agosto 2019</i>	115
Gráfico 3. <i>Distribución según país E. E. de UNADECA abril-agosto 2019</i>	116
Gráfico 4. <i>Porcentaje principios bioética E. E. UNADECA abril-agosto 2019</i>	119
Gráfico 5. <i>Porcentaje bioética E. E. UNADECA abril-agosto 2019</i>	123
Gráfico 6. <i>Distribución respuestas concepto “bioética” abril-agosto 2019</i>	130
Gráfico 7. <i>Distribución porcentual respuestas “autonomía” abril-agosto 2019</i>	131
Gráfico 8. <i>Distribución porcentual “beneficencia” abril-agosto 2019</i>	132
Gráfico 9. <i>Distribución porcentual “no maleficencia” abril-agosto 2019</i>	133
Gráfico 10. <i>Distribución porcentual “justicia” abril-agosto 2019</i>	134
Gráfico 11. <i>Distribución porcentual “ET” abril-agosto 2019</i>	135
Gráfico 12. <i>Distribución porcentual “LET” abril-agosto 2019</i>	136
Gráfico 13. <i>Distribución porcentual “eutanasia” abril-agosto 2019</i>	137
Gráfico 14. <i>Importancia dominio principios y prácticas abril-agosto 2019</i>	139
Gráfico 15. <i>Educación paciente, familia, comunidad abril-agosto 2019</i>	142

ANEXOS

Anexos

Anexo n.º 1. Consentimiento informado

Consentimiento informado

Principios y términos asociados a bioética

Hellen Aguilar Sánchez

Cédula: 30463078

Contacto: teléfono 8591-68-34

Correo: francinyaguilar@gmail.com

Roxana Reyes

Pasaporte: P0174818

Contacto: teléfono 63375903

Correo: reyesroxy526@gmail.com

Como investigador reconozco la responsabilidad de asegurar la confidencialidad en el manejo de la información obtenida a través de este documento, me comprometo a asegurar el respeto, la dignidad, beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia de los sujetos participantes del estudio, así como transparencia en el tratamiento de la información para la investigación.

El objetivo principal de esta investigación es:

Dominio Conceptual de Términos Asociados a Dilemas Bioéticos al Final de la Vida, en estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Adventista de Centro América

El propósito del presente documento es: resguardar la privacidad de los participantes, el cual se construye como parte del requisito del proyecto final de graduación y con el fin de optar por el grado académico universitario de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Adventista de Centroamérica.

Consecuencias:

No existen consecuencias que atenten contra el derecho humano.

No existen beneficios de participación en el estudio.

No existen pagos: remuneración económica

En mi voluntad como sujeto de estudio, autorizo que la información brindada por mi persona, sea utilizada únicamente por el investigador de este estudio, siempre y cuando se me respete mi derecho de confidencialidad, respeto, integridad y justicia como persona.

Como sujeto de estudio manifiesto mi comprensión y entendimiento de participación en este estudio en donde serán utilizados datos personales aportados y en garantía de mi derecho a la privacidad y confidencialidad en la información brindada al investigador.

Acepto participación

No acepto participación

Firma

Identidad/Número residencia

Participante

Cédula

El investigador se compromete a presentar los resultados finales, hallazgos y conclusiones en la fecha establecida de presentación de proyecto de investigación siguiendo los requisitos según formato académico normado por el ente académico.

Es deber del investigador aportar los resultados y conclusiones del estudio a los sujetos participantes si estos así lo solicitan o requieren.

Anexo n.º 2. Guía de cuestionario

Cuestionario Principios y prácticas asociadas a bioética

N.º de Cuestionario:

Fecha:

Encargado de aplicar el instrumento:

Estimado estudiante:

Este cuestionario forma parte de una investigación para optar por el título de Licenciatura en enfermería. Tiene como finalidad determinar el **dominio conceptual de Términos Asociados a Dilemas Bioéticos al Final de la Vida de los estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Adventista de Centro América.**

Le solicitamos por favor su colaboración para responder este instrumento, el cual es de carácter anónimo, voluntario y confidencial. Los resultados obtenidos serán de uso exclusivo de las investigadoras. De antemano gracias por su colaboración.

Hellen Aguilar Sánchez, correo electrónico: francinyaguilar@gmail.com

Roxana Reyes, correo electrónico: reyesroxy526@gmail.com

Instrucciones: Lea atentamente las preguntas solicitadas y por favor sírvase responder cada una de ellas, para el éxito de esta investigación se solicita **no dejar preguntas sin responder.**

I. Parte: Datos generales

1. ¿Cuál es su sexo?
 - a. Femenino ()
 - b. Masculino ()

2. ¿Qué año de la carrera cursa?
 - a. Primero ()
 - b. Segundo ()
 - c. Tercero ()
 - d. Cuarto ()

3. ¿Cuál es su país de procedencia?
 - a. Costa Rica ()
 - b. Nicaragua ()
 - c. El Salvador ()
 - d. Honduras ()
 - e. Belice ()
 - f. Guatemala ()
 - g. Panamá ()
 - h. Otro especifique: _____

II Parte: Opción única. Instrucciones: Emplea un bolígrafo de tinta negra para responder el cuestionario. Al hacerlo piense en los principios y prácticas asociadas a la bioética y elige la que mejor describe cada una de las opciones.

Marca con X el cuadro correspondiente tomando en cuenta la siguiente escala.

Dominio conceptual de términos asociados a dilemas bioéticos

No	Pregunta	1 Sí	2 No
1	Entre los principios que conforman el concepto de bioética están: la autonomía, beneficencia, no maleficencia y la justicia.		
2	La autonomía es un principio bioético que se refiere a la capacidad del individuo para hacer elecciones, tomar decisiones y asumir las consecuencias de las mismas.		
3	La bioética se conceptualiza como el análisis de los problemas éticos del ser humano mediante el uso de las ciencias y la tecnología.		
4	La no maleficencia es un principio de la bioética que se refiere a no luchar por preservar la salud y regirse por los derechos que tiene el paciente.		
5	El principio de autonomía se refiere a la capacidad de decidir de manera propia, independiente, sin la coerción o la influencia de terceros.		
6	La beneficencia se refiere a un principio bioético que define el propósito de la acción profesional para mejorar las condiciones de vida del paciente.		
7	El principio ético de evitar el daño al paciente corresponde con la no maleficencia.		
8	El principio bioético de beneficencia es “La obligación de prevenir o aliviar el daño “hacer el bien”.		
9	El principio bioético de la justicia implica actuar con el mismo criterio independientemente de la persona afectada y su condición, donde no cabe la discriminación.		
10	El principio de no maleficencia es aquel que cuando el paciente no tiene posibilidad de recuperación se valora al igual que una persona sana.		
11	El principio bioético de la justicia es aquel que se pone en práctica cuando se trabaja con el binomio vida/muerte.		

Instrucciones: Siguiendo con la escala anterior, marque con una X el cuadro que contiene la opción Sí o No según corresponda en cada aspecto.

Prácticas asociadas a la bioética

No	Pregunta	1 Sí	2 No
12	El ensañamiento terapéutico se refiere a realizar prácticas de intervenciones desproporcionadas pese a un pronóstico médico no alentador.		
13	La limitación del esfuerzo terapéutico es un principio cuando se decide retirar intervenciones con el fin de no caer en la obstinación terapéutica.		
14	La eutanasia es una práctica de ayuda asistida mediante el uso de fármacos, en donde existe una intención deliberada por acabar con la vida del paciente.		
15	La eutanasia es una práctica que se realiza cuando la persona de forma inconsciente decide poner fin a su vida de manera asistida.		
16	La limitación del esfuerzo terapéutico es una práctica bioética que se presenta cuando el pronóstico médico es alentador y se dan intervenciones desproporcionadas.		
17	Restringir o cancelar tratamientos al establecer un balance inadecuado entre costos, cargas y beneficios se refiere a la práctica de ensañamiento terapéutico.		
18	El enseñamiento terapéutico es el intento por retardar la muerte aunque haya esperanza.		
19	El paciente cumple un papel importante en la toma de decisiones, de no emplear ciertos procedimientos o terapias, de acuerdo con su enfermedad. Esto se le conoce como ensañamiento terapéutico.		
20	La prolongación de la vida aunque signifique infligir sufrimientos añadidos a los que ya tiene la persona se refiere a la práctica bioética de ensañamiento terapéutico.		

Tercera parte: Por favor responder las siguientes preguntas.

1. ¿Considera usted que es importante el dominio de principios y prácticas asociadas a la bioética?

a. Sí b. No

¿Por qué? _____

2. A usted, ¿le parece importante el dominio de los principios y prácticas de la bioética para brindar educación al paciente, la familia, la comunidad que opta por estas prácticas al final de la vida?

a. Sí () b. No ()

¿Por qué? _____

3. ¿Cómo repercute el dominio de los principios y prácticas asociados a dilemas bioéticos al final de la vida en la forma de enfrentar situaciones donde se requiere dar cuenta ante una mala práctica asociada a la bioética? Explique brevemente.

a. _____

b. _____

4. ¿Cuáles materias del plan de estudios aportan conocimientos acerca de los principios y prácticas asociadas a la bioética?, y ¿qué beneficio aporta este tema para la carrera de enfermería y como futuros enfermeros en la práctica clínica?

a. _____

b. _____

5. Comente, ¿cuáles son los beneficios que otorga el dominio de los términos asociados a dilemas bioéticos al final de la vida ante una práctica ilegal en el país?

Anexo n.º 3. Lista de acrónimos

AMM	Asociación Médica Mundial
APA	American Psychological Association
ASD	Adventista del Séptimo Día
CCSS	Caja Costarricense del Seguro Social
CBC	Comité Bioética Clínica
CIE	Consejo Internacional de Enfermería
CP	Código Penal
CR	Costa Rica
CsPRO	Censo y Encuesta Sistema de Proceso
CTEE	Consejo Técnico de la Escuela de Enfermería
DEPTO	Departamento
E. E.	Estudiante de enfermería
EE. UU.	Estados Unidos de América
ET	Ensañamiento terapéutico
LET	Limitación del esfuerzo terapéutico
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
RAE	Real Academia Española
RCP	Resucitación cardiopulmonar
SCIJ	Sistema Costarricense de Información Jurídica
SMI	Servicios Medicina Intensiva
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UNADECA	Universidad Adventista de Centro América

Anexo n.º 4. Cronograma de actividades proceso tesis

Actividad	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
Preparación del anteproyecto			5 de junio					
Aceptación de propuesta por la Comisión de Tesis de la Escuela de Enfermería					13 agosto			
Inicio de la elaboración de primer capítulo			Inicio el 29 de junio	Termina 15 de julio				
Inicio de la elaboración del segundo capítulo				16 de julio al 30 de julio				
Inicio de la elaboración del tercer capítulo					Inicio el 3 de agosto	Termina el 3 de septiembre		
Implementación de cuestionarios a los estudiantes.						3 Septiembre		
Inicio de la elaboración del cuarto capítulo						Del 4 de septiembre al 14 de septiembre		
Inicio de la elaboración del quinto capítulo y anexos						Del 14 de 18 septiembre		
Entrega de dos copias de la Tesis a la Escuela de Enfermería, con la carta del tutor de que esta lista para ser revisada por los lectores						23 de septiembre		
Revisión del documento por parte de los lectores.						24 de septiembre	4 de octubre	
Entrega del documento revisado por los tutores							4 de octubre	
Realizar correcciones propuestas por los tutores							4 al 10 de octubre	
Carta de la tutora avalando la realización de correcciones propuesta por los lectores							11 de octubre	
Entrega del documento al filólogo para la primera revisión							14 al 28 de octubre	

Actividad	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
Trabajar en recomendaciones del filólogo								28 octubre al 1 de noviembre
Entrega de carta de la filóloga avalando que la tesis está lista para la defensa								1 al 4 de noviembre
Carta de la tutora a la dirección de la Escuela de Enfermería, expresando que el documento está listo para la defensa								7 de noviembre
Realizar solicitud al departamento de Registro para revisión de documentos de aceptación para la defensa de la tesis								8 de noviembre
Defensa de tesis								19, 20 y 21 de noviembre
Entrega de dos documentos empastado con las firmas respectivas y copia digital para la Biblioteca y otro para la Escuela de Enfermería								26 de noviembre

Anexo n.º 5. Plan de estudios de Enfermería en la UNADECA



UNADECA
UNIVERSIDAD ADVENTISTA DE CENTRO AMÉRICA

ENFERMERÍA

BACHILLERATO UNIVERSITARIO

I CUATRIMESTRE

- 3 Anatomía y Fisiología Humana I
- 2 Prinp. de Quím. Gen. y Org.
- 5 Fundamentos de Enfermería I
- 2 Fundamentos de Biología
- 3 Vida y Enseñanza de Jesús
- 2 Gramática y Composición

III CUATRIMESTRE

- 9 Enf. Méd. Quir. I y Primeros Auxilios
- 2 Farmacología I
- 2 Nutrición y Dietoterapia
- 2 Matemática Universitaria para Enfermería

V CUATRIMESTRE

- 2 Enf. Méd. Quir. III, S.M y Psiquiatría
- 3 Informática para Enfermería
- 3 Análisis Estadístico y Probabilidades
- 2 Ética Profesional

VII CUATRIMESTRE

- 3 Enfermería Pediátrica
- 2 Enfermería Geriátrica
- 2 Filosofía de la Educación
- 2 Creencias Cristianas
- 3 Inglés Básico II
- 1 Seminario de Realidad Nacional

IX CUATRIMESTRE

- 9 Gerencia de los Servicios de Enfermería
- 3 Introducción a la Sociología
- 2 Seminario de Técnicas Quirúrgicas

II CUATRIMESTRE

- 3 Anatomía y Fisiología Humana II
- 5 Fundamentos de Enfermería II
- 2 Psicología General
- 3 Bioquímica
- 3 Microbiología y Parasitología
- 2 Procesos de Atención de Enfermería

IV CUATRIMESTRE

- 9 Enf. Méd. Quir. II y Urg. de Enfermería
- 2 Técnicas de Investigación Bibliográfica
- 2 Farmacología II
- 3 Psicología del Crec. y Desarrollo Humano
- 2 Cuidado Espiritual

VI CUATRIMESTRE

- 9 Ginocología y Enfermería Materno Infantil
- 3 Epidemiología
- 3 Inglés Básico I
- 2 Métodos de Investigación en Enfermería

VIII CUATRIMESTRE

- 9 Gerencia de Serv. de Enf. Com.
- 2 Métodos de Educación en Salud
- 1 Seminario de Fundamentos Teóricos de Enf.
- 1 Seminario de Fisioterapia y Rehabilitación

LICENCIATURA

X CUATRIMESTRE

- 8 Enfermería Clínica Avanzada
- 4 Métodos de Invest. en Cienc. de la Salud
- 3 Electiva en Religión
- 3 Bioestadística
- 3 Administración de la Producción

OPCIÓN DE GRADUACIÓN

- Trabajo de Tesis sobre Tema Clínico o de Admón.

XI CUATRIMESTRE

- 6 Gerencia de Servicios de Salud
- 3 Inglés Técnico en Ciencias de la Salud
- 3 Computación en Servicios de Salud
- 0 Internado Clínico
- 3 Trabajo Final de Graduación

# Créditos	Bachillerato: 144
	Licenciatura: 33

www.unadeca.ac.cr

Central Telef.: (506) 2436-3300
 Esc. Enferm.: (506) 2436-3322

mercadeo@unadeca.net
enfermeria@unadeca.net

Anexo n.º 6. Cronograma general del proceso de tesis**UNIVERSIDAD ADVENTISTA DE CENTRO AMÉRICA****ESCUELA DE ENFERMERÍA****CRONOGRAMA GENERAL DEL PROCESO DE TESIS****JUNIO, 2019**

26 Y 27 DE AGOSTO: Matricular la materia Trabajo Final de Graduación.

18 DE SEPTIEMBRE DE 8:30 A 10:30 AM: Entrega de dos copias de la tesis en la dirección de la Escuela de Enfermería, con la carta del tutor de que está lista para ser revisada por los lectores.

20 DE SEPTIEMBRE AL 4 DE OCTUBRE: Revisión por parte de los lectores del documento.

4 DE OCTUBRE: Los lectores regresan los documentos ya revisados para realizar las respectivas correcciones.

4 AL 10 DE OCTUBRE: Realizar las correcciones y observaciones de los lectores. Debe ser elaborado en conjunto con el tutor.

11 DE OCTUBRE: El tutor elabora una carta avalando que se realizaron las correcciones y observaciones realizadas por parte de los lectores la cual debe estar firmada, el alumno debe entregarla en la Dirección de la Escuela de Enfermería.

14 AL 28 DE OCTUBRE: Entrega del documento al filólogo para la primera revisión. Debe tener código oficial de filólogo reconocido por la Asociación Costarricenses de Filólogos.

28 DE OCTUBRE AL 1 DE NOVIEMBRE: Trabajar en conjunto con el tutor las recomendaciones del filólogo.

1 DE NOVIEMBRE: Recoger en la Oficina de Registro la solicitud de estudio para revisión de documentos para autorizar la Defensa de Tesis.

1 AL 4 DE NOVIEMBRE: Segunda revisión del documento por parte del filólogo el cual elabora y entrega dos cartas de aceptación de revisión final.

7 DE NOVIEMBRE: Recoger las dos cartas del tutor avalando que el documento está listo para la defensa. Entregar una a la Dirección de la Escuela de Enfermería y la otra carta entregarla junto con la solicitud a la Oficina de Registro.

8 DE NOVIEMBRE: Llevar la solicitud a la Oficina de Registro con todo lo solicitado, para que se realice el estudio, para poder matricular la Defensa de Tesis.

12 DE NOVIEMBRE: Matricular la Defensa de Tesis.

DEFENSA DE TESIS 18, 19 Y 20 DE NOVIEMBRE DEL 2019

26 DE NOVIEMBRE DEL 2019: En horario de oficina, entregar en la Escuela de Enfermería el documento empastado, con sus respectivas firmas y anexar una copia digital para la biblioteca en el empastado y otro para la Escuela de Enfermería (traer ambos cd identificados) para poder pasar las notas a la Oficina de Registro, para el trámite de su título.

CARTAS

Cartas

Carta n.º 1. Carta de presentación de propuesta proyecto de investigación

Alajuela, Costa Rica

08 de Agosto de 2019

Señores

Comisión de Aval Proyectos de Investigación

Universidad Adventista de Centro América

ASUNTO: PRESENTACIÓN DE PROPUESTA PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Estimados Señores(as):

Cortésmente, nos dirigimos a ustedes, con el fin de someter a solicitud de aval nuestra propuesta de investigación final, con el objetivo de optar al grado académico de Licenciatura en la Carrera de Enfermería, que aborda la siguiente temática:

Dominio Conceptual de Términos Asociados a Dilemas Bioéticos al Final de la Vida, en los estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Adventista de Centro América.

Atentamente,

Hellen Aguilar Sánchez,

Cedula: 304630789

Roxana Reyes

Pasaporte: P0174818

Carta n.º 2. Carta de aceptación de la propuesta del tema



13 de Agosto del 2019

Saludos Cordiales:

Por éste medio queremos desearle las más ricas bendiciones de nuestro Dios.

Queremos comunicarle que la Comisión de Tesis de la Escuela de Enfermería, se reunió y revisó en conjunto, el anteproyecto de tesis de las BACHILLERES, HELLEN FRANCINI AGUILAR SÁNCHEZ, ROXANA ELIZABETH REYES y acordó aprobar el tema:

“DOMINIO CONCEPTUAL DE TÉRMINOS ASOCIADOS A DILEMAS BIOÉTICOS AL FINAL DE LA VIDA, EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD ADVENTISTA DE CENTRO AMÉRICA, ABRIL A AGOSTO 2019”

Debe incluir en el anteproyecto en conjunto con su tutora las correcciones anotadas en todo el documento si las hay.

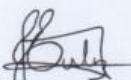
El tutor asignado por la Comisión de Tesis es la: Lic. Luz Marina López González, pueden comunicarse con ella al número Tel. 8853-8748 o correo electrónico lmlopez2312@gmail.com

Estamos adjuntando las fechas del cronograma que está establecido de acuerdo al reglamento de tesis institucional y a las fechas de la defensa. Es muy importante que se respeten al pie de la letra las fechas, sugerencias y recomendaciones del tutor, lectores y filólogo, con el objetivo de estar listo para la defensa.

Desde ya le deseamos éxito en el desarrollo de la tesis.

Agradecemos la atención a las pautas a seguir en el proceso.

Atentamente,


Dra. J. Elena Ortiz R.
Directora
Escuela de Enfermería



+ 506 2436-3300

www.unadeca.ac.cr

1.5 Km. Norte de los Tribunales de Justicia, Alajuela.

Carta n°. 3. Carta de aprobación de tesis lista para ser revisada por lectores

Alajuela, 23 de setiembre de 2019

Señora

Julia Elena Ortiz Rivera

Directora, Escuela de Enfermería

Universidad Adventista de Centroamérica

Estimada Señora Ortiz:

Por este medio me permito confirmar en calidad de tutora de la tesis ***“Dominio Conceptual de Términos Asociados a Dilemas Bioéticos al Final de la Vida, en Estudiantes de la Carrera de Enfermería de la UNADECA”***, a cargo de las estudiantes Hellen Francini Aguilar Sánchez carné universitario No. 140024 y Roxana Reyes, carné universitario No. 120082 , que la misma está lista para ser revisada por parte de los lectores.

Sin otro particular al cual hacer referencia se suscribe muy cordialmente,

Licda Luz Marina Lopez Gonzalez

Cedula No 2-341-195

Carta n°. 4. Carta aval correcciones de lectoras para filóloga

Ajajua, 14 de octubre de 2019

Señora

Julia Elena Ortiz Rivera

Directora, Escuela de Enfermería

Universidad Adventista de Centroamérica

Estimada Señora Ortiz:

Por este medio me permito avalar en calidad de tutora de la tesis titulada "*Dominio Conceptual de Términos Asociados a Dilemas Bioéticos al Final de la Vida, en Estudiantes de la Carrera de Enfermería de la UNADECA*" que se han realizado las observaciones y correcciones pertinentes, por lo que está lista para ser enviada a la filóloga

Este trabajo fue elaborado por parte de las estudiantes Hellen Francini Aguilar Sánchez carné universitario No 140024 y Roxana Elizabeth Reyes, carné universitario No 120082.

Sin otro particular al cual hacer referencia se suscribe muy cordialmente,



Licda Luz Marina Lopez Gonzalez

Cedula No 2-341-195

Carta n°. 5. Carta de filóloga

M. L. María Benavides González
Asesoría lingüística
Colypro cód. 68631 | ACFIL cód. 0064
miscorrecciones@gmail.com | (506) 8980-4039

Moravia, 7 de noviembre de 2019

A QUIEN INTERESE

En mi condición de profesional en el área de Filología y Lingüística, comunico que he leído, revisado y corregido los errores gramaticales, de puntuación, ortografía, construcción de párrafos, adecuación morfosintáctica, uso de conectores, cohesión y bibliografía, respetando el estilo de las autoras, del proyecto de graduación titulado *Dominio conceptual de términos asociados a dilemas bioéticos al final de la vida, por parte de los estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Adventista de Centro América en el periodo de abril-agosto (2019)*, elaborado por Hellen Francini Aguilar Sánchez, cédula 3-0463-0789, y Roxana Reyes, pasaporte P0174818, para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería en la Universidad Adventista de Centro América.

Atentamente,



M. L. María Benavides González
Carné 0064, Asociación Costarricense de Filólogos
Cód. 68631, Colegio de Licenciados y Profesores

Carta n°. 6. Carta de aprobación tutora tesis lista para defensa

Alajuela, 7 de noviembre de 2019

Señora

Julia Elena Ortiz Rivera

Directora, Escuela de Enfermería

Universidad Adventista de Centroamérica

Estimada Señora Ortiz:

Por este medio me permito comunicar en calidad de tutora de la Tesis Final de Graduación sometida a la Escuela de Enfermería de la Universidad Adventista de Centroamérica para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería denominada ***“Dominio Conceptual de Términos Asociados a Dilemas Bioéticos al Final de la Vida, en Estudiantes de la Carrera de Enfermería de la UNADECA abril-agosto 2019”***, elaborada por las estudiantes Hellen Francini Aguilar Sánchez carné universitario No 140024 y Roxana Reyes, carné universitario No. 120082, la misma ya fue revisada por la filóloga, se han realizado las correcciones indicadas por los lectores y está lista para ser defendida por parte de las investigadoras.

Sin otro particular al cual hacer referencia se suscribe muy cordialmente,

Licda Luz Marina López González

Cedula No 2-341-195

Carta n° 7. Carta aprobación correcciones de defensa

Alajuela, 26 de noviembre de 2019

Señora

Julia Elena Ortiz Rivera

Directora, Escuela de Enfermería

Universidad Adventista de Centroamérica

Estimada Señora Ortiz:

Por este medio me permito hacer de su conocimiento en calidad de tutora de la Tesis final de graduación sometido a la Escuela de Enfermería de la Universidad Adventista de Centroamérica para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería denominada ***“Dominio Conceptual de Términos Asociados a Dilemas Bioéticos al Final de la Vida, en Estudiantes de la Carrera de Enfermería de la UNADECA abril-agosto 2019”***, elaborada por las estudiantes Hellen Francini Aguilar Sánchez carné universitario No 140024 y Roxana Reyes, carné universitario No. 120082, que he revisado los últimos detalles y la misma está lista para ser impresa en empaste de lujo por parte de las investigadoras.

Sin otro particular al cual hacer referencia se suscribe muy cordialmente,

Licda Luz Marina López González
Cédula No 2-341-195