X CONGRESO AEBI 2015

LIBRO DE COMUNICACIONES

Barcelona, 13-14 de noviembre de 2015

1. ESTUDIO SOCIODEMOGRAFICO PARA MEDIR LA VULNERABILIDAD. EJEMPLO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAN XXIII DE TARRAGONA

Margarita Gonzalvo-Cirac¹, Anna Ferré-Boronat², M. Dolores Herrero-Lahuerta³

1.-Universitat Rovira I Virgili (Tarragona)

2.-Hospital Joan XXIII (Tarragona)

3.-Hospital Joan XXIII (Tarragona)

Introduccion y objetivo

Analizar si el nivel sociocultural es un factor importante para conocer la vulnerabilidad de la población. Y si tiene influencia sobre las necesidades básicas del autocuidado, comunicación interpersonal y educación hacia la salud.

Material y Métodos

A través de una encuesta validada internacionalmente se medirá la parte cualitativa de la investigación. Realizada a personas enfermas hospitalizadas en Joan XXIII durante el periodo de agosto de 2014 a agosto de 2015. Los datos de estas personas se mantendrán en anonimato y se garantiza la máxima confidencialidad. A partir de estos datos se realizarán los criterios de inclusión y exclusión definitivos para la muestra de estudio. La parte cuantitativa se mide tras la revisión y análisis de datos objetivos del sistema SABE del Hospital.

Resultados

Esta investigación es de tipo observacional descriptivo transversal, por lo tanto pretende identificar y describir características, atributos y perfiles de la población y niveles socioculturales de las personas ingresadas que puedan servir para medir la vulnerabilidad. Se trata de una investigación cuantitativa y cualitativa, puesto que se ocupa principalmente de la descripción y la comprensión de la realidad y deja de lado la predicción y el control. Se construirá conocimiento a partir de la información proporcionada directamente por las personas enfermas. Las diferencias sociales y culturales indican una vulnerabilidad no prevista, ni sabida.

Discusion y Conclusiones

El hecho de poder investigar sobre el nivel demográfico y sociocultural de las personas enfermas es de gran interés para contribuir a mejorar la actitud ante la enfermedad y el bienestar de las personas que viven un procedimiento de hospitalización. Informa al paciente, al médico, a las enfermeras y a todo el personal sanitario y familiar.

Bibliografia

Gonzalvo-Cirac, M., Roqué, M. V., Fuertes, F., Pacheco, M., & Segarra, I. (2013). Is the precautionary principle adaptable to emergency scenarios to speed up research, risking the individual informed consent? *American Journal of Bioethics*, 13(9), 17-19.

Horwitz SM, Storfer-Isser A, Kerker BD, Lilo E, Leibovitz A, St John N, Shaw RJ. (2015). A Model for the Development of Mothers' Perceived Vulnerability of Preterm Infants. *J Dev Behav Pediatr*; 1 (8).

Pastor LM, García Cuadrado JÁ. (2014). Modernity and postmodernity in the genesis of transhumanism-posthumanism. *Cuad Bioet*. 2014 Sep-Dec;25(85):335-50.

Proyecto financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad español (2012-2016) con número de referencia CSO2012-31206: Relaciones dinámicas entre mortalidad y fecundidad en las primeras fases de la Transición Demográfica.

2. UN NUEVO CONTENIDO PARA EL ESTÁNDAR DEL MEJOR INTERÉS DEL PACIENTE

Fermin Jesus Gonzalez Melado¹

1.-Centro Superior De Estudios Teológicos

El estándar del mejor interés del paciente es el único estándar bioético utilizado en los procesos de decisión de tratamientos en enfermos no competentes (neonatología, pediatría y adultos no competentes). Este estándar ha sido ampliamente criticado por autodestructivo, individualista, vago, desconocido, peligroso y abierto a abusos. Para defender este estándar se han propuesto varias reformulaciones especialmente en el ámbito pediátrico. Nosotros proponemos una redefinición del estándar que responde a las preguntas ¿cuándo es necesario aplicar el estándar del mejor interés del paciente? ¿quién es el responsable de la aplicación del estándar? y ¿cómo aplicar el estándar del mejor interés del paciente? Para ello proponemos una redefinición del estándar a partir del principio de proporcionalidad terapéutica basado en dos conceptos: el de futilidad médica como criterio negativo y el principio de proporcionalidad como criterio positivo. Establecemos así un proceso de toma de decisiones en dos pasos: a) si el médico considera que un determinado tratamiento es fútil, dada la situación clínica del paciente, está éticamente justificado que no ofrezca este tratamiento a sus familiares; b) si el médico considera que el tratamiento no es fútil, dada la situación clínica del paciente, debe ofrecerlo a los familiares del paciente iniciando un diálogo en el que junto con los familiares debe valorar si el tratamiento es ordinario o extraordinario. Nuestro trabajo incluye una nueva relación entre los conceptos de la teología moral clásica (ordinario/extraordinario; proporcionado/desproporcionado) aplicados a la bioética de los tratamientos de soporte vital en pacientes no competentes.

3. CRIOCONSERVACIÓN EMBRIONARIA: CONTESTACIÓN A ELIZABETH FINO (UNIVERSIDAD DE NEW YORK)

Lidia Alcazar¹, Margarita Gonzalvo-Cirac²

1.-Hospital Virgen De La Arrixaca

2.-Universitat Rovira i Virgili

Introducción y objetivo

A raíz de la noticia publicada por Facebook y Apple, en la que ofrecían a sus empleadas la posibilidad de congelar sus óvulos. Elizabeth Fino, profesora asistente del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Centro Médico Langone de la Universidad de Nueva York y ginecóloga especialista en endocrinología reproductiva en el New York Fertility Center, aprueba el objetivo y aporta sus razones positivas. En este trabajo de investigación vamos a analizar el proceso que lleva a producir la congelación de estos embriones y las posibles soluciones éticas al problema.

Material y Métodos

Se realizó una búsqueda en internet y bases de datos biomédicas sobre documentos, artículos científicos, opiniones de bioéticas: en Diciembre de 2014 a través de las bases de datos PUBMED, MEDLINE, HEALTHSTAR, LILACS Y CUIDEN, utilizando los descriptores: embriones, crioconservación, cigoto, Fecundación in vitro, bioética y adopción. También se realizó una búsqueda en internet en el buscador "google académico" con los mismos términos.

Resultados

De los más de 50 trabajos científicos encontrados se centró la atención en 8 de ellos, que resumían de forma directa el problema actual de la crioconservación embrionaria, cuyo contenido estaba enfocado desde la resolución del problema ético que esta práctica conlleva. Se observa que falta información y conceptos claros sobre crioconservación.

Discusión y Conclusiones

Pese a las aparentes bondades de la adopción embrionaria, se trata de un acto moralmente inaceptable por diferentes motivos y reservas analizadas a lo largo del trabajo. La calidad de vida de los padres sugiere también calidad de vida para los niños y a los embriones. Y esa calidad, debe tener sobre todo fundamento y sentido, la técnica no puede ser perfecta, si no es adecuada bioéticamente.

Bibliografía

Gonzalvo-Cirac, M., Roqué, M. V., Fuertes, F., Pacheco, M., & Segarra, I. (2013). Is the precautionary principle adaptable to emergency scenarios to speed up research, risking the individual informed consent? *American Journal of Bioethics*, 13(9), 17-19.

Pastor, L. M. (1997). Bioética de la manipulación embrionaria humana. *Cuadernos de bioética*, 8(31), 30.

Spaemann, R. (1997). ¿Son todos los hombres personas? *Cuadernos de bioética*, 8(31), 1029-1031.

4. ÉTICA DEL CUIDADO EN ENFERMERÍA A TRAVÉS DEL CINE

Hermelinda Estévez Rial¹, Mireia López Cambeiro¹

1.-Complejo Hospitalario Universitario Ourense

Introducción

La enfermera además de conocimientos y habilidades técnicas necesita el desarrollo de muchas virtudes. El cine es óptimo por su capacidad de comunicación y por el impacto que producen las imágenes en las emociones; ya que existen cuestiones éticas difíciles de comprender y su carga curricular es escasa. Nuestro objetivo de demostrar la eficacia del cine en la enfermería para divulgar el conocimiento de la ética del cuidado.

Material y método

Se realizó un estudio descriptivo observacional y reflexivo sobre los cuidados de enfermería y su ética a través del visionado de películas. Se realizó una revisión bibliográfica en las principales bases de datos científicas (PubMed, EMBASE, CUIDEN) para actualizar el tema a tratar; con las palabras clave: "cinema"; "nursing"; "film". Se encontraron 336 resultados, entre ellos un total de 18 trabajos que utilizaban el cine como método de enseñanza de aspectos éticos en estudiantes de enfermería.

Resultados

Se analizaron un total de 10 películas para profundizar en un aspecto de la ética del cuidado con cada una de ellas.

- Vulnerabilidad: Fragilidad: "¿Y tú quién eres?"
- Dignidad: Amor y respeto: "Amar la vida".
- Autonomía: Madurez y plena libertad: "La habitación de Marvin"
- Alegría: Anhelo de vivir: "4ª Planta"
- Confidencialidad: Guardar la información revelada: "Las normas de la casa de la sidra"
- Empatía: Compartir el estado anímico del otro: "Patch Adams". "El paciente inglés"
- Humildad: Conocimiento de los propios límites: "Las alas de la vida"
- Veracidad: Comunicar la verdad: "El doctor".
- Prudencia: Intuición para actuar correctamente en situaciones difíciles: "Decálogo II"

Discusión y conclusiones

La ética del cuidado hace que la enfermera destaque en sus aptitudes profesionales. El cine es un método óptimo para la docencia, pero es necesaria más investigación para comprobar su validez externa.

Bibliografía

Sar Quavitae. Guía práctica 'Ética para profesionales de la salud'. [Internet] Barcelona: Sarquavitae; 2011. [actualizado 11 Nov 2014; citado 1 Jun 2015]. Disponible en: <http://www.sarquavitae.es>.

Torralba F. 'Constructos éticos del cuidar'. *Enferm Intensiva*. 2000; 11 (3): 136-141.

Pardo A. 'Cuestiones básicas de bioética'. Madrid: RIALP; 2010.

5. AXIOLOGÍA O REALISMO EN LA TOMA DE DECISIONES BIOMÉDICAS

Oscar Vergara Lacalle¹

1.-Universidad De La Coruña, Facultad De Derecho

Planteamiento

Aunque el principialismo de Beauchamp y Childress es la metodología dominante en materia de ética biomédica, ni está exento de importantes problemas, ni es concebible sin algún tipo de casuismo, como han mostrado Jonsen y Toulmin. Pero son Jonsen y Strong quienes han desarrollado sendos métodos concretos para la toma de decisiones. Por lo que se refiere a Jonsen, éste propone un método que gira en torno a tres elementos que él denomina morfología, taxonomía y cinética.

Discusión

El elemento cinético, según Jonsen, tiene carácter “prudencial”, en el sentido de la *phrónesis* aristotélica. En efecto, sin este concepto no se puede entender la toma de decisiones. Pero Jonsen maneja una interpretación muy menguada de éste, la cual obsta a una comprensión realista del mencionado proceso de toma de decisiones. Algo similar puede decirse con respecto a la ética deliberativa, desarrollada entre nosotros por D. Gracia, y frente al casuismo de Strong.

Enfoque

en esta comunicación se intenta poner el foco en las lagunas de las mencionadas metodologías, para lo que resulta imprescindible acudir al nervio de la ética aristotélica.

Conclusiones

De lo anterior resulta que ni la prudencia es una facultad, ni opera con valores, sino a través de las nociones centrales de bien y de virtud, sin las cuales es muy difícil entender realistamente el proceso de toma de decisiones. Asimismo, estas nociones ponen de manifiesto el papel troncal del Derecho en la ética biomédica, que es esbozado al final.

Bibliografía

- Aristóteles, *Ética Nicomáquea*, ed. de J. Pallí Bonet, Madrid, Gredos, 2010.
Jonsen, A. R. & Toulmin, S., *The Abuse of Casuistry. A History of Moral Reasoning*, Berkeley, University of California Press, 1988.
Jonsen, A. R., “Casuistry as Methodology in Clinical Ethics”, *Theoretical Medicine* 12 (1991),295-307.

6. PROGRAMAS DE MÁSTER EN BIOÉTICA EN AMERICA LATINA: ¿ESTAMOS RESPONDIENDO A LAS EXPECTATIVAS Y NECESIDADES QUE TIENEN LOS PROFESIONALES SANITARIOS LATINOAMERICANOS?

Pedro Jesús Toranzos Carazo¹, Montserrat San-Martin², Luis Vivanco³

- 1.-FUNIBER - Fundación Universitaria Iberoamericana
- 2.-Grupo de Cálculo Científico. Universidad de La Rioja (GRUCACI). España.
- 3.-Plataforma de Bioética y Educación Médica. Centro de Investigación Biomédica de La Rioja (CIBIR). España.

Introducción

La formación en áreas de interés para la bioética es una preocupación cada vez más creciente entre los profesionales sanitarios de América Latina. Este interés se da, en gran parte, como respuesta a la necesidad de afrontar los retos profesionales que ahora se abordan desde la bioética, pero también como consecuencia por un deseo constante por mantener un alto nivel de competitividad dentro de un mercado laboral poco estable y muy competitivo. Las grandes diferencias existentes en la calidad de las ofertas académicas que ofertan las instituciones educativas latinoamericanas lleva a dos opciones posibles: migrar a países que ofrecen programas de alta calidad o aventurarse a programas de educación a distancia. Sin embargo, sigue latente la pregunta si la enseñanza en bioética responde a las principales necesidades formativas de estos profesionales. El objetivo de este estudio es explorar dichas áreas de interés.

Metodología

Se recogió información de 24.339 profesionales latinoamericanos inscritos en programas de Máster a distancia entre el 2012 y el 2014.

Resultados

3.716 de estos alumnos (5.3%) fueron profesionales del área de salud. 1761 (48%) fueron médicos, 410 (11%) fueron de enfermería, los otros 1.545 (42%) fueron de otras áreas sanitarias. Las áreas elegidas al momento de optar por un programa de Máster entre estos profesionales fueron: Salud (54%), Administración y desarrollo directivo (18%), Docencia y ciencias de la educación (12%), Ingenierías, proyectos, industria y áreas afines (9%), y Servicios y recursos humanos (6%), y bioética (2%).

Discusión y conclusiones

Los resultados observados dan una idea de tres áreas de principal interés que no corresponden con conocimientos directamente asociados con el ámbito de conocimiento de estos profesionales y en las que la bioética puede tener un papel transversal: administración y gestión directiva en instituciones sanitarias, docencia e investigación docente, recursos humanos.

7. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN ASOCIADOS AL PROFESIONALISMO MÉDICO FRENTE AL DESGASTE LABORAL EN PROFESIONALES SANITARIOS QUE LABORAN EN EL SISTEMA DE SALUD DEL PARAGUAY

Silvia Vaccari¹, Montserrat San-Martin², Pedro Jesús Toranzos³, Luis Vivanco⁴

1.-1º Región Sanitaria. Ministerio de Salud Pública y Bienestar. Paraguay

2.-Grupo de Cálculo Científico. Universidad de La Rioja (GRUCACI). España.

3.-Fundación Universitaria Iberoamericana. Universidad Europea del Atlántico. (FUNIBER) España.

4.-Plataforma de Bioética y Educación Médica. Centro de Investigación Biomédica de La Rioja (CIBIR). España.

Introducción

La empatía y las habilidades de aprendizaje permanente son dos elementos esenciales del profesionalismo médico. En Paraguay, donde los recursos existentes son insuficientes, los profesionales sanitarios tienen riesgo de sufrir deterioro de su salud y bienestar en el trabajo. En este estudio se buscó determinar la existencia de asociación entre el desarrollo del profesionalismo médico y el manejo de la carga laboral en una muestra de profesionales sanitarios, médicos y enfermeras, que trabajan en el Sistema de Salud de Paraguay.

Material y métodos

La muestra se compuso por 80 profesionales (31 varones y 49 mujeres) que en el 2014 trabajaban en la Región Sanitaria de Concepción. La empatía se midió mediante la Escala Jefferson de Empatía Médica (JSE), el aprendizaje con la Escala Jefferson de Aprendizaje médico permanente (JeffSPLL), el desgaste laboral se midió con el cuestionario de salud y bienestar laboral (EC-qBLG). Se realizaron análisis estadísticos para determinar las propiedades psicométricas de los instrumentos, y para determinar la existencia de asociación entre las variables analizadas.

Resultados

Los tres instrumentos mostraron propiedades psicométricas adecuadas, con coeficientes Alfa de Cronbach superiores a 0.70. Se encontró asociación inversa entre las puntuaciones del JSE y el JeffSPLL ($p < 0.05$), y entre el JeffSPLL y el desgaste ($p < 0.05$), y asociación directa entre el desgaste y el JSE ($p < 0.01$). El análisis evidenció diferencias entre el grupo de médicos y el de enfermeras.

Discusión y conclusiones

Los resultados confirman estadísticamente la asociación entre los dos elementos medidos del profesionalismo médico, y la asociación entre ellos y el manejo de la carga laboral. En el caso de la empatía, su desarrollo en médicos actúa como factor de protección frente al desgaste; por el contrario, un alto sentido de responsabilidad, medido a través del aprendizaje, actúa como factor de riesgo frente al desgaste laboral.

8. EL PAPEL POSITIVO DEL PROFESIONALISMO MÉDICO PARA LA SALUD Y EL BIENESTAR DE LOS EQUIPOS SANITARIOS ARGENTINOS QUE GESTIONAN PROBLEMAS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN PROFESIONAL CON PACIENTES

Andrea Imsen¹, Montserrat San-Martin², Pedro Jesús Toranzos³, Luis Vivanco⁴

- 1.-Promoción De La Salud. Tierra De Fuego. Ministerio de Salud. Argentina
- 2.-Grupo de Cálculo Científico. Universidad de La Rioja (GRUCACI). España.
- 3.-Fundación Universitaria Iberoamericana. Universidad Europea del Atlántico. (FUNIBER) España.
- 4.-Plataforma de Bioética y Educación Médica. Centro de Investigación Biomédica de La Rioja (CIBIR). España.

Introducción

La resolución adecuada de los problemas éticos que se dan en la atención del paciente es tarea de la bioética clínica. Esta tarea requiere en el profesional sanitario una formación médica permanente (aprendizaje), una adecuada colaboración interprofesional (trabajo en equipo), y una buena relación personal con el paciente (empatía). Estos tres elementos son constitutivos del profesionalismo. En el caso de la enfermera, que suele ser el vehículo entre el médico y el paciente, es de esperar que estos elementos ayuden a prevenir el desgaste laboral (burnout). El objetivo de este estudio es explorar el papel de estos elementos en el desempeño profesional de una muestra de médicos y enfermeras argentinas.

Metodología

El estudio incluyó 70 profesionales (36 varones y 34 mujeres) que trabajan en el Hospital General de Río Grande, en Argentina. Se midió, mediante el uso de cuestionarios, la empatía médica (jse), el trabajo en equipo (jsapnc), el aprendizaje permanente (jeffspil), y el desgaste laboral (burnout) (ec-qblg). Los resultados de estos cuestionarios fueron analizados estadísticamente con el objeto de determinar sus propiedades psicométricas, así como la existencia de correlación entre las variables estudiadas.

Resultados

Todos los cuestionarios mostraron una adecuada fiabilidad psicométrica, con coeficientes Alfa de Cronbach entre 0.77 y 0.91. El análisis de correlación confirmó la existencia de una asociación inversa entre el desarrollo de aptitudes positivas hacia el trabajo profesional colaborativo y el desgaste laboral (burnout) tanto en la muestra completa ($r=-0.31$; $p=0.008$) como en el grupo de enfermeras ($r=-0.35$; $p=0.04$). En este grupo también se confirmó la asociación positiva entre la empatía y el trabajo en equipo ($r=+0.56$; $p<0.001$).

Discusión y conclusiones

Estos resultados demuestran la fiabilidad de estos instrumentos con profesionales sanitarios argentinos. También confirman el importante papel que el profesionalismo tiene para el desempeño y en la salud del personal de enfermería.

9. EFECTOS COLATERALES DERIVADOS DE UNA MALA DISTRIBUCIÓN EN LA GESTIÓN DE LA CARGA LABORAL: ESTUDIO CON MÉDICOS Y ENFERMERAS MEXICANOS QUE TRABAJAN EN ENTORNOS HOSPITALARIOS

María Martínez¹, Montserrat San-Martin², Pedro Jesús Toranzos³, Luis Vivanco⁴

1.-Instituto Mexicano de Seguridad Social. Delegación Estatal de Yucatán. México

2.-Grupo de Cálculo Científico. Universidad de La Rioja (GRUCACI). España.

3.-Fundación Universitaria Iberoamericana. Universidad Europea del Atlántico. (FUNIBER) España.

4.-Plataforma de Bioética y Educación Médica. Centro de Investigación Biomédica de La Rioja (CIBIR). España.

Introducción

El hospital se puede convertir en un entorno adverso para la salud y el bienestar del trabajador cuando en él existe una inadecuada gestión de la carga laboral. Este estudio analizó tres competencias asociadas al profesionalismo médico, cuyo desarrollo en este tipo de entornos, puede agravar el riesgo de sufrir efectos colaterales derivados del trabajo.

Metodología

En el estudio participaron 69 profesionales (38 médicos y 31 enfermeras) que trabajan en el Hospital General de la Sub-Zona 46 de Umán, México. Mediante un instrumento psicométrico (EC-qBLG) se midió el desgaste, la somatización, y la alienación a causa del trabajo. Otros tres instrumentos psicométricos se usaron para medir la empatía médica (JSE), la aptitud positiva hacia el trabajo colaborativo interprofesional entre medicina y enfermería (JSAPNC), y las habilidades de aprendizaje médico permanente (JeffSPLL). Se realizaron análisis estadísticos para determinar las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados así como para estudiar la correlación entre las variables estudiadas.

Resultados

Los instrumentos mostraron propiedades psicométricas adecuadas, con coeficientes Alfa de Cronbach superiores a 0.70. En médicos se encontró correlación entre el JeffSPLL y la alienación laboral ($r=0.43$; $p=0.007$). En enfermeras se encontró correlación entre el JSANPC y la percepción global de efectos colaterales ($r=0.39$; $p=0.03$). El estudio también confirmó la asociación estadística entre el JSAPNC y el JSE en médicos ($r=0.43$; $p<0.008$), y entre el JSAPNC y el JeffSPLL en enfermeras ($r=0.52$; $p<0.003$).

Discusión y conclusiones

Los resultados confirman la hipótesis de que los profesionales sanitarios mexicanos con un mayor desarrollo de competencias profesionales, asociadas al aprendizaje para el caso de médicos y asociadas al trabajo colaborativo para el caso de enfermeras, tienen más riesgo de sufrir efectos colaterales en entornos hospitalarios, posiblemente, como consecuencia de un mayor sentido de responsabilidad y una distribución inequitativa de la carga laboral.

10. EL RECIÉN NACIDO PREMATURO: VULNERABILIDAD Y CALIDAD DE VIDA

Sònia Marcos Ruiz¹, Bernat-Carles Serdà Ferrer², Gloria M^a Tomás Garrido³

1.-Profesora asociada EUSES-UdG (Escola Universitària de la Salut i de l'Esport-Universitat de Girona)

2.-Profesor lector UdG (Universidad de Girona)

3.-Catedrática Honoraria de Bioética. UCAM (Murcia)

Introducción

Anualmente nacen en el mundo unos 15 millones de bebés prematuros gracias a los avances tecnológicos neonatales (WHO, 2012). España, el año 2008, finalizó con un 8'2 % de partos pretérmino (Zeitlin et al, 2013). Los recién nacidos prematuros (RNP), por su inmadurez, presentan vulnerabilidad fundamentalmente en el plano físico, relacional y social y poseen una elevada tasa de morbimortalidad en relación con los RN a término (Billiards et al., 2006; Haynes et al., 2013). Multitud de estudios avalan la diversidad de disyuntivas bioéticas en referencia a la supervivencia de estos pequeños, sus secuelas y la repercusión emocional en los padres. A tenor de ello, las medidas de calidad de vida (CdV) están demostrando ser útiles para valorar el impacto que genera la prematuridad en las dimensiones físicas, psicológicas, sociales y ecológicas de la vida diaria del niño y su familia (Badia, Benavides & Rajmil, 2001).

Objetivo

El objetivo de este trabajo es evaluar la eficacia de un programa de tratamiento sobre el neurodesarrollo del RNP y sus efectos sobre su CdV y la de sus familias. En concreto, pretende recoger y reflexionar sobre las cuestiones bioéticas que surgen en el transcurso del programa de atención precoz propuesto, preservando, la dignidad del RNP como persona y como sujeto.

Método

Se está realizando un estudio cuantitativo de diseño retrospectivo en referencia a los datos recogidos de las historias clínicas, y prospectivo en cuanto al seguimiento neuromadurativo del RNP y los cambios producidos en su CdV y la de sus padres. Se está reclutando una muestra de 20 RNP de edad gestacional entre 34-36 semanas. Se está analizando el neurodesarrollo con la escala Alberta Infant Motor (AIMS), la CdV de RNP con la versión española validada del cuestionario TAPQoL y con la encuesta SF-12v2 modificada, la CdV de los padres.

Resultados y Conclusiones

Los resultados y conclusiones del estudio sugieren que la implementación del programa de tratamiento mejora el desarrollo psicomotor y CdV del RNP. Y la transferencia del programa a los padres, les capacita mejorando su autonomía y convirtiéndose en expertos de sus hijos dentro de un entorno favorecedor, su domicilio.

Bibliografía.

Badia, LL.X, Benavides,R.A. & Rajmil, R.L. (2001) .Instrumentos de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes. *Anales Españoles Pediatría*; 51: 213-221.

Billiards, S. S., Pierson, C. R., Haynes, R. L., Folkerth, R. D., & Kinney, H. C. (2006). Is the late preterm infant more vulnerable to gray matter injury than the term infant? *Clin Perinatol*, 33(4), 915-933; abstract x-xi. doi: 10.1016/j.clp.2006.10.003.

Haynes, R. L., Sleeper, L. A., Volpe, J. J., & Kinney, H. C. (2013). Neuropathologic studies of the encephalopathy of prematurity in the late preterm infant. *Clin Perinatol*, 40(4), 707-722. doi: 10.1016/j.clp.2013.07.003

World Health Organization (2012). Born Too Soon. The Global Action Report on Preterm Birth. Disponible en: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204born_toosoonreport.pdf Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Zeitlin, J., Szamotulska, K., Drewniak, N., Mohangoo, A.D., Chalmers, J., Sakkeus, L., & Euro Peristat Preterm Study Program. (2013). Preterm birth time trends in Europe: a study of 19 countries. *BJOG; An International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 120, 1356-1365. Doi:10.1111/1471-0528.12281.

11. EL INTERÉS SUPERIOR DEL MENOR EN SUPUESTOS DE GESTACIÓN SUBROGADA

Beatriz Hermida Bellot¹

1.-Universidad CEU-Cardenal Herrera

Resumen

La aparición de numerosas técnicas de reproducción asistida ha dado lugar a no pocos problemas éticos y también jurídicos. Una de las técnicas que más problemas está generando es la gestación subrogada (GS). La prohibición de esta práctica en nuestro Derecho; el elevado número de parejas que recurren a la GS en el extranjero; el hecho de que de esta práctica surja una vida cuya vulnerabilidad es indudable; los problemas jurídicos que plantea la inscripción de nacimiento de estos menores; así como los problemas éticos y jurídicos que se derivan de su filiación (ya que quedan en una situación jurídica del todo indeterminada), justifican sin duda el estudio y profundización en esta materia. Nuestro trabajo se basará en el estudio, desde un punto de vista jurídico, de la normativa actual aplicada a la realidad social así como en el análisis del tratamiento del interés superior del menor (ISM) en la jurisprudencia española, resoluciones de la Dirección General de los Registros y del Notariado y jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos. Con todo ello pondremos de manifiesto la inseguridad jurídica que genera para el menor la situación legislativa y jurisprudencial actual; así como la necesidad de tomar decisiones acerca de si sería conveniente, o no, una modificación normativa sobre la cuestión y la necesidad indudable de llegar a un acuerdo sobre cuál es el ISM en esta materia.

Bibliografía

Lamm, E., "Gestación por sustitución. La importancia de las sentencias del Tribunal Europeo de derechos humanos y su impacto" en *Ars Iuris Salmanticensis*, Vol. 2, diciembre 2014, pp. 43-50.

Aparisi Miralles, A., "Bioética, bioderecho y biojurídica (Reflexiones desde la filosofía del derecho)" en *Anuario de filosofía del derecho*, nº 24, 2007, pp. 63-84.

Nota: este trabajo se ha redactado en el marco del proyecto de investigación del MINECO DER2013-47866-C3-2-P.

12. CÉLULAS MADRES EMBRIONARIAS, DEL MITO A LA REALIDAD. ESTUDIO DE LA EVOLUCIÓN DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS CON CÉLULAS MADRES EN EUROPA ENTRE EL 2008 Y EL 2012

Dana Carolina Soler Ferrería¹, Monserrat San Martín Perez², Luis Vivanco Sierralta³

1.-Departamento de Ciencias Humanas y Religiosas. Título Oficial de Máster Universitario en Bioética. Universidad Católica San Antonio De Murcia

2.-Grupo de Cálculo Científico. Universidad de La Rioja (GRUCACI)

3.-Plataforma de Bioética y Educación Médica. Centro de Investigación Biomédica de La Rioja (CIBIR)

Introducción

En el 2000, las células embrionarias se presentaron como una gran promesa terapéutica en un entorno no libre de polémica. Varios países se embarcaron en el desafío de hacer realidad tal promesa facilitando herramientas necesarias para su investigación y posterior uso clínico. Quince años después, los resultados clínicos aún siguen sin verse. La crisis financiera resulta insuficiente para explicar este fracaso. Este estudio hace un análisis evolutivo de los ensayos clínicos europeos con células madre en los primeros cinco años de la crisis financiera internacional.

Metodología

Se creó una base de datos de ensayos con células madre a partir de la Base Europea de Ensayos Clínicos para el periodo 2008-2012, con la siguiente información: células utilizadas, país de realización, país de financiación, y estado de ejecución al término del periodo estudiado. Mediante contraste de hipótesis usando pruebas de Chi-cuadrado se determinaron diferencias estadísticas.

Resultados

Se realizaron 274 ensayos en 19 países europeos. 252 (92%) recibieron subvenciones desde 13 países europeos, 164 subvenciones fueron públicas. Los cinco países con mayor participación en número de ensayos (179) y con mayor número de subvenciones (209) fueron: Alemania, Italia, Reino Unido, España y los Países Bajos. Sólo España siguió una política de financiación pública distinta a los demás países europeos ($p < 0.05$). 264 ensayos utilizaron siete tipos distintos de células madre adultas, los restantes 10 usaron células de cordón umbilical.

Discusión y conclusiones

Cuatro de los cinco países europeos con la mayor participación en la investigación clínica con células madre tienen marcos legales que permiten el uso de células embrionarias. Sin embargo, ninguno de ellos registró un solo estudio con este tipo de células. Salvo España, todos los países europeos mostraron ajustes similares en las políticas de financiación pública, posiblemente como consecuencia de la crisis financiera. España mostró este ajuste recién en el 2012.

13. DIAGNÓSTICO DE CARIES DENTAL, NOTIFÍQUESE VULNERADO!

Sandra Lucia Patiño Niño¹

1.-Universidad Nacional De Colombia-Facultad De Odontología

Introducción

Caries dental , enfermedad compleja de origen multifactorial prevenible en alto grado fue identificada en los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia. A partir de conceptos de vulnerabilidad, vulnerable y vulnerado se analizaron las interacciones entre diferentes componentes demográficos, biológicos, económicos, sociales y culturales que fueron predisponentes o protectores.

Metodología

Cualitativa, descriptiva. Se aplicó instrumento a 187 estudiantes, que informó sobre las características demográficas y biológicas, capital cultural, social y económico. Se identificaron factores predisponentes y protectores. Se categorizaron interacciones entre los factores y se clasificaron en no vulnerables, vulnerables sintomático y vulnerables asintomáticos.

Resultados

45 % fueron no vulnerables, 37.3 % vulnerables no sintomáticos y 17.7% vulnerable sintomático. Factores predisponentes permanentes que fueron difícilmente modificables son: Baja destinación de ingresos a salud y educación, dificultades de acceso oportuno a servicios de salud oral. Factores predisponentes medianamente modificables: Mala Higiene Oral y Dieta.

Discusión-Conclusión

Jóvenes con daño real en su cuerpo producto de la interacción de condiciones biológicas, socio- económicas y culturales en las que crecieron están vulnerados. A pesar de la experiencia de daño previa no tienen en su capital social y cultural herramientas para prevenir y/o construir resiliencia ante la posibilidad futura de daño. En nuestro contexto, agentes sociales en salud, son los diseñadores y ejecutores de políticas públicas, quienes orientan la labor de profesionales de salud y educación en salud, e impactan la actitud de cuidadores. No tener acceso a educación en salud y servicios oportunos implica que la actuación social de dichos agentes esta fuera de consideraciones ético políticas orientadas al cuidado y la protección. Existe una obligación vinculante originada en el respeto y derechos que tienen los otros, especialmente si están vulnerables a sufrir daños prevenibles como la caries dental, que genera altos costos biológicos, emocionales y económicos.

14. ESTUDIO DE LOS CONFLICTOS ÉTICOS EN INSTITUCIONES ABIERTAS VS CERRADAS DE PSIQUIATRÍA

Maria Soto López¹, Antonio López López¹, Francisco Carrillo Navarro¹, Efraim Carrillo Cañaveras², Aurelio Luna Maldonado³

1.-Área de Medicina Legal.Universidad Murcia y Servicio Murciano Salud

2.-Facultad de Informática.Universidad Murcia

3.-Área de Medicina Legal.Universidad Murcia.

Introducción

El aumento de la prevalencia e incidencia de la enfermedad mental supone un reto para la sanidad, siendo determinados procesos especialmente vulnerables al tener disminuida su capacidad de decisión y autonomía. Para ayudar a dar respuesta a esta situación estudiamos el nivel de conocimiento sobre ética y legislación así como los dilemas éticos que sufren los psiquiatras al ingresar pacientes en Unidades de Corta estancia (UCE) de la Región de Murcia.

Metodología

Estudio descriptivo observacional con cuestionario de 36 ítems autoadministrado a través de una plataforma web. Para obtener información en el diseño de la encuesta se hizo análisis bibliográfico y entrevista a 5 psiquiatras de Unidad Abierta (UA) y Unidad Cerrada (UC). El comité de ética de la Universidad de Murcia comprobó la fiabilidad del cuestionario y se hizo la validación por pares de expertos, mediante el análisis de su consistencia interna calculando el coeficiente alpha de Cronbach (fiable = $\alpha > 0.7$). En nuestro estudio piloto obtenemos 0.82.

Resultados

Los 28 encuestados valoran la importancia de la bioética en sus decisiones con 7,6 puntos sobre 10. Respecto a la comparación entre UA y UC; - Un 64,28% opina que se da mayor nº de contenciones mecánicas en las UA. - Un 71,14% que hay mayor necesidad de contención farmacológica en una UA. - Un 85,71% que en la UC se da un mayor nº de días de ingreso.

Discusión

Los profesionales no consideran ético que un paciente ingrese en UA o UC siguiendo solo criterios demográficos, sino que el criterio debería ser “el estado mental del paciente”.

Conclusión

Se subraya la relevancia de la Bioética como garante de la dignidad de la persona. Llegamos a la conclusión de que una Unidad Mixta (Abierta y Cerrada) respondería mejor a las necesidades del paciente.

Bibliografía

Carrillo Navarro, Francisco; Luna Maldonado A. Universidad de Murcia. 2014;329–33. Available from: http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/134962/TFCN.pdf_seque_nce=1

Mu T, Andr B, Mondaca L. Aspectos legales y bioéticos de intervenciones e investigaciones en personas con discapacidad intelectual en Chile. 2014;20(1):61–70.

Evaristo P. La reforma psiquiátrica hoy día en Trieste e Italia. Rev la Asoc. Española Neuropsiquiatría. 2011;31(110):345–51.

15. TRATAMIENTOS FORZADOS EN LA ANOREXIA NERVIOSA. UN ACERCAMIENTO DESDE LAS DISTINTAS CORRIENTES BIOÉTICAS

Antonio López López¹, Maria Soto López¹, Francisco Carrillo Navarro¹, Efraim Carrillo Cañaveras², Aurelio Luna Maldonado³

1.-Área de Medicina Legal.Universidad Murcia y Servicio Murciano Salud

2.-Facultad de Informática.Universidad Murcia

3.-Área de Medicina Legal.Universidad Murcia

Introducción

La anorexia nerviosa (AN) es una enfermedad que distorsiona la percepción de la imagen corporal que el enfermo tiene de sí mismo, llevándolo a cambiar su forma de alimentarse para perder peso de forma obsesiva, pudiéndole conducir a la muerte por inanición. Si el paciente se pone en riesgo vital es necesario ingresarlo en contra de su voluntad para alimentarlo, salvar su vida y curarlo de su enfermedad. La aplicación forzada de estos cuidados plantea un dilema de gran actualidad en el tratamiento de estas personas.

Metodología

Hemos estudiado este conflicto desde las distintas corrientes bioéticas, haciendo una revisión bibliográfica y recopilando información sobre el tema para llegar a conclusiones fiables en el debate sobre la moralidad, licitud y capacitación de los pacientes de AN para la toma de decisiones respecto a su vida.

Resultados

Varias concepciones bioéticas no contemplan que la AN afecta a la voluntad del paciente, incapacitándola para tomar decisiones en su beneficio. La postura bioética personalista es la única que justifica la incapacidad del paciente de AN, el tratamiento coercitivo e ingreso involuntario.

Discusión

La anorexia nerviosa afecta a la toma de decisiones de la persona que la padece, limitando la capacidad que tiene esta para alimentarse con lo cual pone en riesgo su vida. Concederle autonomía sólo le perjudica pues no es capaz de actuar en su propio beneficio. Sin embargo declarar su incapacidad defiende su vida y le otorga la oportunidad de ser tratado para curarse y vivir libre de esta enfermedad.

Conclusión

De entre las distintas corrientes bioéticas solo el personalismo es capaz de dar una respuesta eficaz a la falta de competencia del enfermo, ayudándole a salvar su vida y llegar a su curación total.

Bibliografía

Carrillo Navarro, Francisco; Luna Maldonado A. Universidad de Murcia. 2014;329–33. Available from: http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/134962/TFCN.pdf_seque_nce=1 . Un juez británico obliga a alimentar a una mujer anoréxica. 15/7/2014. Artículos breves julio 2012. Asociación Española de Bioética y medicina. Autonomía y testamento vital. A. B. Lanzarot, J. C. A. Salort. Ed. Dykinson. Madrid 2008.

16. AUTOAPRENDIZAJE SOBRE VALORES DE ÉTICA CLÍNICA COMO PEDAGOGÍA DIDÁCTICA EN HISTORIA DE LA MEDICINA

José Jara Rascon¹, Ricardo Abengoza Muela¹, Javier Ruiz Hornillos¹, Pedro Gargantilla Madera¹

1.-Universidad Francisco De Vitoria

Introducción

La transmisión de conocimientos de Historia de la Medicina en los estudios de pregrado puede ser conseguida implicando a los estudiantes en una estrategia didáctica de autoaprendizaje. En dicha estrategia se puede incluir también el estudio de los valores éticos de los personajes que hicieron avanzar esta área del conocimiento científico.

Material y método

A partir del concepto de Medicina basada en la persona y teniendo en cuenta las orientaciones del Espacio Europeo de Estudios Superiores (EEES), desde el equipo docente de pregrado de la asignatura de Historia de la Medicina de la Universidad Francisco de Vitoria, se decidió involucrar al alumnado confrontándole con los protagonistas y las acciones que dieron lugar al progreso del conocimiento aplicable a las Ciencias de la Salud Para ello, a cada estudiante se le asignó un personaje y se le pidió que hiciera una exposición oral junto con un trabajo escrito en el que, adicionalmente, figurara una reflexión personal sobre el mismo

Resultados

Las exposiciones y trabajos realizados mostraron cómo el alumnado fue mayoritariamente sensible a hacer por sí mismo un balance de valores y actitudes éticas, lo que se reflejó en un 77 % de los casos. Respecto a los personajes estudiados, se resaltaron la perseverancia en el estudio, la dedicación abnegada hacia los pacientes y la pasión por el aprendizaje. La autoexperimentación y las conductas de plagio también recibieron especial atención. El análisis de valores se sistematizó posteriormente mediante el cuestionario VIA del Values in Action Institute.

Conclusiones

La formación de pregrado en Historia de la Medicina puede incorporar la reflexión sobre valores éticos a través del autoaprendizaje. La autorreflexión generada permite afianzar conocimientos, posibilita el entrenamiento en ser capaz de transmitirlos en público y facilita la receptividad del alumnado al compartir entre los propios alumnos hallazgos de investigación personal.

17. CUIDADO DE ENFERMERÍA Y VULNERABILIDAD

María Luisa Martín Ferreres¹, María Victoria Roqué Sánchez², María Dolores Bardallo Porras³

1.-Universitat Internacional de Catalunya/ Idcsalud Cataluña

2.-Universitat Internacional de Catalunya

3.-Escola Superior d'Infermeria del Mar

Introducción

La mayor parte de autores coinciden en que la vulnerabilidad radica en la finitud y la fragilidad del ser humano y que además le es inherente. La situación de vulnerabilidad se ve incrementada en situaciones de enfermedad y concretamente en contextos como el de la hospitalización. Está relacionada al acto de cuidar, a través del cual los profesionales de la salud tienen la posibilidad de mantener la autonomía, acompañar al paciente en su vulnerabilidad y proteger su dignidad. El cuidado conlleva, además de la aplicación de una serie de técnicas que favorezcan la cura del paciente, una serie de valores que se manifiestan a través del comportamiento y las actitudes del profesional de enfermería. El objetivo de este estudio es conocer la percepción que tienen los pacientes acerca del cuidado recibido y profundizar en el cuidado proporcionado por enfermería.

Metodología

Estudio etnográfico en tres hospitales privados. Se ha realizado observación participante y entrevistas a 10 profesionales y entrevistas en profundidad a 10 pacientes ingresados y que se encuentran a su cargo.

Resultados

Los resultados preliminares, ponen de manifiesto:

1. Reconocimiento del respeto tanto por enfermería como por los pacientes.
2. La necesidad de educación sanitaria para la preservación de la autonomía del paciente tanto en su estancia hospitalaria como en su domicilio.
3. La importancia de la preservación de la intimidad en el entorno hospitalario

Discusión

Enfermería es consciente de la situación de vulnerabilidad de los pacientes durante su ingreso hospitalario, por este motivo tratan de ofrecer un cuidado humanizado centrado en la dignidad del hombre.

Conclusiones

Los valores profesionales que enmarcan la profesión enfermera están encaminados en sí mismos a proteger la vulnerabilidad de los pacientes.

18. DESARROLLO DE UN MODELO DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN INTEGRAL BASADO EN LA COGESTIÓN COMUNITARIA, PARA POBLACIÓN VULNERABLE EN COLOMBIA

William Villamil-Villar¹, Edward Silva-Giraldo², Lina Vera-Cala³

1.-Salud Mental Integral Y Preventiva (SMIP)-Universidad Nacional De Colombia

2.-Salud Mental Integral Y Preventiva (SMIP)

3.-Universidad Industrial de Santander

Introducción

La OMS desde 2008 insiste en modelos de atención integral e integrada. Sobre los conceptos de salud mental positiva, rehabilitación integral, enfoque de derechos y paradigma de la complejidad, desarrollamos un modelo de promoción de salud, atención en salud mental y prevención de la enfermedad, centrado en cogestión comunitaria, trabajo en red, en acciones transectoriales y en perspectiva ecosistémica. Con el restablecimiento de derechos, el reconocimiento de recursos individuales y colectivos, la inserción en el medio familiar y social, como objetivos, para mejorar la calidad de vida de poblaciones vulnerables.

Metodología

Identificamos fortalezas y debilidades de varios modelos. Como marco conceptual asumimos principios de transdisciplinariedad; transectorialidad; accesibilidad y atención integral; orientación familiar y comunitaria; co-gestión comunitaria y participación ciudadana; desestigmatización e inserción social, familiar e individual; y sostenibilidad. Construimos un modelo que integra investigación, diagnóstico y empoderamiento comunitario, el diseño y la ruta de atención; así como capacitación, planeación y ejecución.

Resultados

El modelo CEDECO “Centro de Gestión, Trabajo en Red y Desarrollo Comunitario” aporta la co-construcción de sistemas comunitarios en red y desarrolla procesos conjuntos de manera transectorial y transdisciplinaria para fomentar:

- 1) Construcción conjunta de estilos de vida saludables e identificación temprana de factores de riesgo;
- 2) Inclusión para fortalecer convivencia y responsabilidad social;
- 3) Fortalecimiento de redes familiares y comunitarias y salud integral;
- 4) Colaboración, participación, empoderamiento, resiliencia y oportunidades de desarrollo familiar y comunitario;
- 5) Autocuidado y cuidado social para prevenir las violencias, el abuso sexual, consumo de sustancias psicoactivas y suicidio;
- 6) Sistemas de información en red. Se identificaron potenciales escenarios de intervención psicosocial en red; las poblaciones a intervenir y los programas a ejecutar.

Conclusiones

CEDECO propone establecer un plan obligatorio de promoción de salud donde las aseguradoras ofrezcan beneficios demandados por la comunidad. Estas acciones alimentarán y fortalecerán las redes de apoyo, en conjunto con las comunidades.

19. MEDICINA ESTÉTICA ¿SEDUCCIÓN O NECESIDAD? CONTROVERSIAS BIOÉTICAS

Emilio García-Sánchez¹

1.-Universidad Ceu Cardenal Herrera

La nueva área de la medicina estética lleva desde hace años atendiendo de modo profesional una necesidad humana que atraviesa la historia: la belleza corporal. En una sociedad como la nuestra altamente estetizada, aumenta el número de personas insatisfechas corporalmente que están acudiendo en masa a la medicina estética y a sus procedimientos como tabla de salvación. Muchos desean ajustarse a determinados iconos de belleza que son publicitados en los mass media. Otros simplemente quieren una mejora estética de su imagen pero low cost. En cualquier caso, empiezan a aparecer cada vez más personas dependientes de lo estético. Y aunque la dependencia o vulnerabilidad estética siempre ha estado presente en el corazón del hombre, nunca como ahora había alcanzado un nivel tan exagerado, extendido, e incluso llegando a ser causa de trastornos conductuales. El interrogante que me planteo es si la medicina estética está abordando adecuadamente este tipo de manifestación postmoderna de la vulnerabilidad que ha venido a generar un nuevo paciente: el paciente estético. O si por el contrario, puede estar convirtiéndose en cómplice de la difusión de estándares de belleza que no son del todo saludables, fomentando tal vulnerabilidad. ¿Hasta qué punto los médicos de esta área informan con precisión de los riesgos y beneficios que conllevan los tratamientos estéticos, especialmente los quirúrgicos? ¿Son realmente autónomos los pacientes estéticos o acuden a las clínicas estéticas coaccionados y manipulados por las exageradas expectativas de mejora y por una difundida banalización de los riesgos? En definitiva el propósito central de este trabajo consiste en determinar si en la práctica de la medicina estética están siendo incorporados correctamente los principios de la bioética, en especial el respeto por la dignidad humana.

Bibliografía

Little M.O. (2000). Cosmetic surgery, suspect norms, and the ethics of complicity. In: Parens E, Ed. Enhancing Human Traits: Ethical and Social Implications. Washington, DC: Georgetown University Press.

Seme (2013). Sociedad Española de Medicina Estética. http://www.seme.org/area_soc/boletin-especial/seme2013_09.php

Wiesing, U (2011). Ethical Aspects of Aesthetic Medicine., en Prendergast and M.A. Shiffman (eds), Aesthetic Medicine, Springer- Verlag Berlin Heidelberg.

20. VULNERABILIDAD COMO CUESTIÓN DE HECHO Y DE DERECHO

Jaime Vilarroig Martín¹

1.-Universidad CEU Cardenal Herrera

El trabajo establece la imposibilidad de una invulnerabilidad física y la indeseabilidad de una invulnerabilidad de tipo personal. Para ello se deslindan cuestiones que no están suficientemente claras en las argumentaciones que apelan a la vulnerabilidad del ser humano. Ante el acusado aumento de las argumentaciones catastrofistas en torno al progreso científico, se impone una consideración de tipo esencial. Vulnerabilidad es capacidad de ser herido, y esto únicamente afecta a los seres vivos; y si se trata de personas hablaremos de un fenómeno no reductible a lo biológico, como con el resto de hechos personales. Ahora se trata de deslindar las cuestiones de hecho de las cuestiones de derecho. Constatada la cuestión de facto (no somos invulnerables), dentro de la cuestión “de iure” se distinguen aún dos cuestiones, relacionadas respectivamente con el poder y con el deber: ¿podemos ser invulnerables? ¿debemos serlo? Y aún habría que distinguir las dimensiones físicas y las dimensiones personales del problema. La invulnerabilidad física parece imposible siempre que el ser vivo esté circunscrito a un sistema de fuerzas físicas de carácter finito: o bien podrá encontrarse con sistemas de energía que ejerzan una fuerza disruptiva en el sistema de fuerzas físicas en que consiste el propio ser vivo, o bien la energía se irá consumiendo y la entropía del sistema total aumentará de modo irremediable. Ergo, la invulnerabilidad física es imposible en el actual Universo. La invulnerabilidad personal conllevaría necesariamente la imposibilidad de amar, puesto que el amor en cualquiera de sus significaciones implica la posibilidad de sufrir con el otro (que es lo que precisamente niega la invulnerabilidad). Pero una vida sin amor es indeseable. Ergo, la invulnerabilidad personal nos aboca a una situación indeseable para el ser humano (una vida sin amor), y el hombre de ahí resultante no es ni admirable ni envidiado por el ser humano en la mayoría de los casos.

21. ADOLESCENCIA UN INTERVALO DE VULNERABILIDAD Y POSIBILIDAD

José Víctor Orón Semper¹, Luis Enrique Echarte Alonso^{1,2}

1.-Grupo Mente - Cerebro (ICS) Universidad De Navarra

2.-Unit of Medical Education and Bioethics, School of Medicine, University of Navarra, Pamplona, Navarra, SPAIN.

Resumen

Exploramos la hipótesis de que si bien, la maduración relacionada con habilidades cognitivas alcanza su madurez entorno a la quincena, la maduración relacionada con habilidades sociales se retrasa hasta bien entrado los veinte. Tras una revisión bibliográfica ofrecemos criterios educativos que sirven de orientación para la implementación tanto de políticas sociales como de programas educativos. Nuestro objetivo es tratar de definir cual es esa ventana de posibilidad/vulnerabilidad y cuál es la situación madurativa del joven en ese intervalo.

Introducción

La investigación neuropsicológica muestra que oportunidad y vulnerabilidad son dos caras de la misma moneda. En ese tiempo se espera que la persona madure a la vez que traiga novedad a la sociedad que lo acoge. Ambas expectativas van ligadas, sin embargo, a riesgos tanto a nivel personal como social. Por ello, aunque el joven se muestra con altos recursos de autonomía y expresa valores intrínsecos, necesita también del acompañamiento del adulto. A nivel social el debate es de gran actualidad pues se discute si los jóvenes pueden tomar o no ciertas decisiones sin consultar a los padres.

Material y métodos

Se realiza una revisión no sistemática de las combinaciones de voces 'adolescence', 'vulnerability', 'adolescence', 'possibility' y 'young' en Pubmed en los cinco últimos años y en humanos. Seleccionamos los artículos que hacen referencia a la toma de decisiones y comportamientos de riesgo (conducción temeraria, consumo de drogas, tabaco y alcohol, y relación sexual sin protección). Así se obtiene unos intervalos de edades en aspectos comportamentales en acciones de riesgo. Esta revisión no sistemática es contrastada con lo que investigaciones neuropsicológicas muestran sobre los procesos de desarrollo y maduración del adolescente tanto a nivel estructural y funcional. Así tratamos de delimitar intervalos de edades en función de sus criterios neuropsicológicos. Finalmente, entre la comparación entre intervalos sacamos conclusiones sobre las posibilidades y riesgos asociados a la adolescencia.

Resultados

Acerca de los intervalos madurativos, neuropsicológicos, la literatura sitúa el logro de la madurez, bajo criterios puramente cognitivos, en torno a los 15-16. No obstante, en lo que respecta a habilidades sociales, la madurez parece retrasarse hasta bien entrado los veinte. Precisamente, los resultados muestran un pico de acciones de riesgo entorno a los 15-16 años.

Discusión

La maduración cognitiva y social suelen estudiarse separadamente en el laboratorio. Sin embargo, dicho abordaje puede artefactar los resultados obtenidos dado que en la vida real ambas capacidades suelen funcionar unitariamente. Esta situación podría explicar las diferencias entre los diversos procesos madurativos.

Conclusiones

El acompañamiento adulto que el joven necesita facilita el desarrollo de los procesos madurativos sociales y, con ello, la adquisición de un locus de control interior

Bibliografía

Sebastian, C., Burnett, S., & Blakemore, S.-J. (2008). Development of the self-concept during adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 12(11), 441–6.

Crone, E. A., & Dahl, R. E. (2012). Understanding adolescence as a period of social-affective engagement and goal flexibility. *Nat Rev Neurosci*, 13(9), 636–650.

Steinberg, L. (2010). A dual systems model of adolescent risk-taking. *Developmental Psychobiology*, 52(3), 216–24.

22. VULNERABILIDAD Y CUIDADO INTERGENERACIONAL EN LA FAMILIA RETOS DE LA LEGISLACIÓN EN MATERIA DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA

Remei Agulles Simó¹, Montserrat Gas Aixendri¹, Belén Zárata Rivero¹

1.-Universitat Internacional De Catalunya

La comunicación aborda el tema de la vulnerabilidad y del cuidado de las personas en la familia, con particular referencia a las relaciones de dependencia y a la legislación española en esta materia. El punto de partida del tema que nos proponemos tratar es el siguiente: ser vulnerable significa estar necesitado de cuidado y a la vez el ámbito donde el ser humano necesita ser cuidado es la familia. La familia es el lugar donde se cuida de todos y por consiguiente las normas que regulan las situaciones de vulnerabilidad y dependencia deben tener en cuenta su papel esencial. El trabajo se estructura en dos partes, una primera parte de contenido principalmente filosófico, en el que primero se estudiará la vulnerabilidad humana y el cuidado y se mostrará cómo la familia es la instancia social primariamente llamada a desempeñar esta tarea. La segunda parte estudia algunos aspectos de la Ley de dependencia actualmente vigente en España, del año 2006 y de la que en 2015 se concluye el período de implantación. Esta Ley ha olvidado el papel de las familias en la atención de los dependientes, como principal proveedor de cuidados y atención a las personas en esta situación. La familia no es sujeto de ninguna prestación, y en esta norma legal no se da cauce a la tutela de la familia que cuida de las personas en situación de dependencia. El trabajo analiza la situación actual y concluye con algunas propuestas de iure condendo para que en esta etapa que se abre tras la plena implantación de la ley, puedan realizarse mejoras, incorporando a la familia en el sistema de protección de la dependencia.

23. ASPECTOS ÉTICOS EN LA TOMA DE DECISIONES DEL MENOR DE EDAD

Almudena Gallegos Tabares, M^a Dolores Espejo Arias¹

1.-Universidad de Córdoba

Introducción

La adolescencia está planteando difíciles conflictos entre el personal sanitario, menores de edad y padres en temas relacionados con la salud del menor. En España, la mayoría de edad sanitaria se alcanza a los 16 años. Entre los 12 y 16 años el menor puede tomar decisiones si reúne las condiciones de madurez necesarias. Sin embargo, esta capacidad del menor es difícilmente evaluada debido a la falta de herramientas lo que provoca incertidumbre sobre si el menor es maduro para tomar una decisión y por otro lado, hasta qué punto los padres deben participar en la toma de decisiones de sus hijos. Objetivos: Conocer si el menor de edad tiene capacidad suficiente para tomar decisiones que afectan a su salud. Conocer la decisión que va a prevalecer: profesional sanitario, paciente menor o padres y Conocer quién es la persona encargada de valorar la capacidad del menor para tomar una decisión sanitaria.

Metodología

Revisión Bibliográfica. Estudios publicados del año 2000-2015. Inglés y castellano. Bases de datos: SciELO, Google Académico, Pubmed. Palabras Clave: Menor maduro, Toma de decisiones, Capacidad del menor.

Resultados

23 artículos cumplían criterios para incluir en este estudio, 19 españoles y 4 publicaciones extranjeras, 2 Guías de Práctica Clínica, 1 Protocolo, 2 Páginas Web. Resultados confusos sobre a qué edad el menor adquiere capacidad de madurez para tomar una decisión sanitaria. Numerosos artículos afirman que deberían de ser las capacidades y no las edades las que determinen esta madurez. Si el menor es suficientemente maduro deberá prevalecer la decisión tomada por el, sin embargo, en muchas ocasiones los padres son los que deciden por el menor. Si el menor no es informado de todo el proceso de su enfermedad, no será posible su participación en la decisión.

Conclusión

Necesidad de crear unas escalas o herramientas que permitan valorar la madurez del menor. Involucrar tanto a los niños como a los padres en la toma de decisiones es muy importante, esto permitirá llegar a un mejor acuerdo entre familiares, equipo de salud y menor. La persona encargada de valorar la madurez del menor es el médico, sin embargo, esta decisión debería ser tomada por el equipo sanitario más que por una persona en particular, Enfermería juega un papel muy importante aquí.

Bibliografía

- Ogando Díaz B, García Pérez C. Consentimiento informado y capacidad de decidir en el menor maduro. *Pediatría Integral* [Revista on-line] 2007 [Consultado 15 enero 2015]; 11(10) [877-883]. Disponible en: http://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/3_Consentimiento_informado_capacidad_decidir_nino_maduro.pdf
- Martín González C. Aspectos éticos en la adolescencia: del menor maduro al adulto autónomo. *ADOLESCERE Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de la Adolescencia*. [Revista on-line] 2013 [Consultado 8 enero 2015]; 1(2) [22-26]. Disponible en: <http://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/22-26%281%29.pdf>

- Esquerda Aresté M, Pifarré Paradero J, Miguel Fernández E. La capacidad de decisión del menor. Aspectos particulares de la información en el niño y en el joven. Anales de Pediatría Continuada. [Revista on-line] 2013 [Consultado 4 febrero] 11(4) [214-211]. Disponible en: http://www.seep.es/privado/gbioetica/M_Esquerdo_PAC_2013_capac_decision_menor.pdf

24. LA INCORPORACIÓN DEL PRINCIPIO DE LA “RAZONABLE ACOMODACIÓN” A LA JURISPRUDENCIA EUROPEA SOBRE DISCRIMINACIÓN LABORAL POR MOTIVOS RELIGIOSOS O DE CONCIENCIA

José Antonio Díez Fernández¹

1.-Universidad Internacional De La Rioja

Introducción

La doctrina de la “acomodación razonable” aparece en la jurisprudencia norteamericana, como una regla interpretativa de la Primera Enmienda constitucional, destinada a resolver demandas en que esté en juego el derecho a la libertad religiosa en el ámbito laboral. Se define como “la obligación jurídica que deriva del derecho a la no discriminación, consistente en tomar medidas razonables para armonizar una acción o inacción con una determinada demanda de ejercer un derecho, a menos que ello cause una carga excesiva”. En la jurisprudencia del TEDH no ha terminado de ser acogida. En demandas presentadas por supuesto discriminación laboral por portar símbolos religiosos o adoptar actitudes contrarias a la línea empresarial o derechos de terceros, la Corte –salvo en un caso- ha primado el principio del margen de apreciación de los Estados sobre el derecho a la libertad religiosa y de conciencia. Sin embargo, recientemente ha irrumpido a través de varias resoluciones del Consejo de Europa dictadas con motivo de situaciones de discriminación tanto contra minorías religiosas, como contra profesionales que, por razones de conciencia, rechazaban determinadas prestaciones sanitarias legales.

Material

1.- Resoluciones del Consejo de Europa la 1763/2010, de 7 de octubre, sobre la objeción de conciencia en la atención médica; 1928/2013, de 24 de abril “sobre la salvaguarda de los derechos humanos en relación con la religión y las creencias”; 2016/2015 de 29 de enero, “sobre la lucha contra la intolerancia y la discriminación con especial atención a los cristianos”; 1846 (2011) de 25 de noviembre, sobre la lucha contra cualquier forma de discriminación basada en la religión.

2.- Jurisprudencia de la Corte Suprema de EE.UU: caso Sherbert v. Verner, 1963.y Hobby Lobby Inc., v. Burwell, 2014

Método

Análisis comparativo de las Resoluciones del Consejo de Europa y la Directiva 2000/78 con la postura de la jurisprudencia europea y norteamericana sobre el criterio de proporcionalidad y la razonable acomodación en caso de conflictos laborales por razones religiosas y de conciencia.

Discusión

Las 4 resoluciones del Consejo de Europa, introducen como clave interpretativa en conflictos de conciencia en el ámbito laboral, la “acomodación razonable” y especifican los límites al derecho a la libertad religiosa, del artículo 9.2 de la Convención, junto con la neutralidad estatal respecto a la regulación legal ese derecho. La doctrina norteamericana, encarnada por las dos sentencias mencionadas, identifica los elementos claves que han de tener en cuenta los Tribunales en estos casos: a) Examen ponderado del asunto debatido: “scrutiny strict”. b) “razonable acomodación entre pretensión del empleador y la del trabajador afectado en su libertad religiosa por una ley imperativa o una orden superior; c) Determinación de si el cumplimiento del mandato legal impone una carga excesiva (“Undue hardsiph”) al trabajador. d) Al Estado incumbe la prueba de demostrar que del incumplimiento de la ley se derivaría la vulneración de un interés de la máxima importancia.

Resultados

Conveniencia de que esta doctrina, se incorpore como regla inspiradora de las resoluciones del TEDH en recursos sobre discriminación laboral por motivos religiosos y de conciencia.

Bibliografía

1. Fernández López, M.F. y Calvo Gallego J. "La Directiva 78/2000/CE y la prohibición de discriminación por razones religiosas". Sevilla, 2005.
2. Vives, Juan M. La "acomodación razonable" de las prácticas religiosas en el ámbito laboral. Su posible aplicación al Derecho Argentino Sup. Const. 2012 (junio), 28/06/2012.
3. Roca Trías, E. Ahumada Ruiz, MA. "Los principios de razonabilidad y proporcionalidad en la jurisprudencia constitucional española. Tribunal Constitucional. Conferencia Trilateral Italia/Portugal /España Roma, 2013.50.

25. EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS PROFESIONALES PERMITE MEJORAR LA PERCEPCIÓN Y EL APROVECHAMIENTO DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL. ESTUDIO LONGITUDINAL CON MÉDICOS QUE REALIZAN SU FORMACIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA EN ESPAÑA

Roberto Delgado-Bolton¹, Helena Roig², Rosa María Villalonga-Vadell³, Carmen Benito³, Miquel Torres-Salinas⁴, Gemma Claret-Teruel⁵, Bernabé Robles⁶, Antonia Sans-Boix⁷, Montserrat San Martín⁸, Luis Vivanco⁹

1.-Hospital San Pedro Y Centro De Investigación Biomédica De La Rioja (CIBIR), Logroño (La Rioja), España

2.-Institut Borja de Bioètica (IBB)

3.-Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona

4.-Fundació Hospital de L'Esperit Sant

5.-Hospital Sant Joan de Deu, Barcelona, España

6.-Parc Sanitari Sant Joan De Deu, España

7.-Althaia-Xarxa Assistencial Universitària De Manresa, España

8.-Grupo De Cálculo Científico. Universidad De La Rioja (GRUCACI), España

9.-Plataforma De Bioética Y Educación Médica. Centro De Investigación Biomédica De La Rioja (CIBIR), España

Introducción

La empatía en el trato con el paciente, la colaboración interprofesional, y las habilidades de autoaprendizaje son tres competencias esenciales del buen ejercicio profesional, siendo de interés para la bioética clínica. En entornos clínicos es de esperar que el desarrollo de estos elementos permita aprovechar las oportunidades de aprendizaje que ofrece el hospital. Este estudio analiza la asociación entre estos elementos y su efecto en la percepción del clima profesional hospitalario durante el primer año de la formación médica especializada (FME).

Material y métodos

En el estudio participaron 64 médicos que iniciaron su FME en seis hospitales españoles en Mayo-2013. Al inicio y al final del año se midió la empatía (Jefferson scale of physician empathy, JSE), el trabajo en equipo (Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaboration, JSAPNC), y el aprendizaje permanente (Jefferson scale of physician lifelong learning, JeffSPLL). Al final del año se aplicó la escala PHEEM (postgraduate hospital educational environment measure) para medir la percepción del clima profesional. La existencia de asociación entre las variables se aceptó con $p < 0.05$.

Resultados

Los cuatros instrumentos mostraron una buena consistencia interna. El análisis de correlación confirmó la existencia de una asociación positiva entre JSE y JSAPNC, y entre JSAPNC y JeffSPLL ($p < 0.01$). También se confirmó la existencia de asociación entre una percepción positiva del clima profesional y el desarrollo del JSAPNC ($r = +0.37$; $p = 0.007$) y del JeffSPLL ($r = +0.48$; $p < 0.001$). En la muestra estudiada no se pudo confirmar una variación significativa en la puntuación de los elementos medidos a lo largo del tiempo.

Discusión y conclusiones

Se demuestra la utilidad de los instrumentos utilizados. Los resultados confirman la importancia de los elementos estudiados en el aprovechamiento que hace el médico del entorno formativo del hospital. Para determinar el desarrollo temporal de estos elementos hace falta un estudio más amplio y a más largo plazo.

Financiación

El estudio contó con la financiación de la Fundación Rioja Salud, España.

26. ÉTICA Y VULNERABILIDAD EN PROFESIONALES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Juan Martínez Hernández¹²³, Flori Vera Escolar¹², María del Carmen Ballester Zapata³,
María del Carmen Vázquez Guerrero³

- 1.-Servicio Medicina Intensiva Hospital General Universitario Santa Lucía Cartagena
- 2.-Comité de Ética Asistencial Área de Salud II Cartagena
- 3.-Universidad Católica de Murcia (UCAM)

Introducción.

La asistencia al paciente crítico requiere una atención fundamental y altamente tecnológica a la dimensión física de la persona e igualmente imprescindible, a las dimensiones psíquica y espiritual de la persona y familiares. Conocer las percepciones éticas de Enfermería y auxiliares de enfermería aporta una aproximación a la atención integral al paciente crítico y a la vulnerabilidad de estos profesionales. Objetivo. Conocer la opinión sobre valores y actitudes éticos en personal no facultativo en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Material y métodos

Estudio descriptivo prospectivo sobre opiniones y actitudes (emociones-sentimientos-valores) en enfermería y auxiliares de enfermería en la UCI del Hospital General Universitario Santa Lucía (Cartagena). Periodo de estudio: diciembre-enero/2015. Criterios de inclusión: voluntariedad-tiempo de trabajo en una UCI >tres meses; exclusión, trabajo en UCI <tres meses. Confidencialidad y anonimato. Análisis descriptivo de medias/porcentajes.

Resultados

Participan 55 profesionales, 32 enfermeras/os-23 auxiliares, media de antigüedad laboral/UCI 7 años. Emociones tras trabajar con pacientes con mala evolución: nunca indiferencia/72%, frustración/93%, ira/40%, angustia/54%, tristeza/81%, nunca satisfacción/61%; fallecimiento: nunca indiferencia/72%, frustración/70%, ira/49%, angustia/54%, tristeza/79%, nunca satisfacción/60%; valores afectados: dignidad/79%, vida/39%, libertad/39%, información/31%, autonomía/26%, justicia/19%; toma de decisiones éticas: de acuerdo/85%; compartidas auxiliares-enfermería/22%, entre enfermería/89%; contemplar objeción de conciencia: no/54%, sí/24%; apoyo espiritual al enfermo: 53%/adecuadamente.

Discusión

El trabajo en UCI puede generar frustración, tristeza, angustia e incluso ira pero nunca indiferencia ante mala evolución/fallecimiento, afectando la dignidad de la persona y el apoyo espiritual.

Conclusiones

La asistencia a pacientes en cuidados intensivos implica un compromiso con la vulnerabilidad de los profesionales. Valores y actitudes éticas de los profesionales del paciente crítico discurren paralelamente a la atención tecnológica. Sentimientos y emociones como frustración, tristeza y nunca indiferencia se evidencian junto al valor vida y respeto a la dignidad de la persona. Objeción de conciencia y apoyo espiritual comparten camino de mejora.

Bibliografía

- Gómez Rubí, J.A., Ética en la medicina crítica. Ed. Triacastela. 2002. Madrid.

- Pascual Fdez. M. C., Ansiedad del personal de enfermería ante la muerte en las unidades de críticos en relación con la edad de los pacientes. Revista enfermería intensiva. 2011.

27. CONSIDERACIONES BIOÉTICAS ANTE UN NUEVO ENTE (LO QUE ES, EXISTE O PUEDE EXISTIR): EL CYBORG

Félix José Martín Gallardo¹, Cristina López Heras

1.-Hospital De La Serranía

2.-Actividad privada en Medicina Familiar y Comunitaria

Introducción

Cyborg es acrónimo de cibernetic y organism. Incluye a seres con restricciones que usan la tecnología para equipararse a sus homólogos, puesto que restaura sus capacidades humanas y podría mejorarlas. Los medios técnicos empleados constituyen objetos tecnosociales: permiten relacionarse con el entorno, nos convierten en cyborgs metafóricos. La clave del debate sobre el mejoramiento humano es cuestionar si las personas mejoradas siguen manteniendo su identidad humana con la creación de nuevas capacidades humanas. Objetivos. Reflexionar sobre el concepto de objeto tecnosocial; valorar tecnologías que permiten comportamientos nuevos; delimitar el principio de mejora y proponer una estrategia que garantice la identidad humana.

Metodología

Con el fin de llevar a cabo una evaluación lo más próxima posible a la situación real se hace una evaluación ética de las tecnologías constructiva o en tiempo real, un control permanente de las trayectorias biotecnológicas y evaluaciones éticas preactivas y a demanda.

Discusión

Se hace referencia a los modelos conceptuales de mejoras humanas, al debate sobre el principio de mejora, corrientes de pensamiento y según estas, análisis del grado de responsabilidad en la conformación de la identidad humana ante la aparición del cyborg. Se añaden breves referencias a la perspectiva antropológica que se plantea y a las investigaciones nanotecnológicas, con la aparición de la nanobioética.

Conclusiones

Concluir sobre el futuro es temerario. La aplicación de los principios de la bioética tradicional en estos asuntos nos garantiza, al menos, el refrendo moral e imprescindible para el respeto a los valores que conforman nuestra identidad humana.

28. VULNERABILIDAD EN LA TOMA DE DECISIONES

Javier García Pont^{1,2}, Helena Camell¹, Adalberto Marques⁴, Fernando García Faria², Javier Sanz^{3,2}, Cristina Canet², R. Avilés²

- 1.- Consorci Sanitari Garraf
- 2.- Metges Cristians de Catalunya
- 3.- Hospital Iniversitari Vall d´ Hebrón
- 4.- Hospital de l´ Esperanza

Caso 1

Mujer, 83 años, autónoma, sin deterioro cognitivo. Antecedentes: Colectomía, hipoacusia, AC x FA permanente, 2 neumonías. Ingresada por mal estado general e ictericia c-m. Destacan glucemia de 1459 mg/dl y una vía biliar dilatada por una tumoración de cabeza de páncreas. Se normaliza la glucemia, con mejoría de la sintomatología relacionada. Valorado por Cirugía, se indica intervención. La familia solicita tratamiento estrictamente paliativo / control de síntomas. Se traslada a CP.

Caso 2

Mujer, 81 años, autónoma, sin deterioro cognitivo. Antecedentes: Colectomía, LLC, divertículo esfágico, artrosis, paquipleuritis derecha. Ingresada en Oncohematología por neumonía, adjudicándosele un nivel terapéutico 4. A las 12 horas presenta AC x FA rápida, aumento de la disnea por IC asociada. En tratamiento médico, incluyendo cloruro mórfico, revierte la arritmia; persiste disnea relacionada con la neumonía. En valoraciones posteriores durante la guardia, se intenta disminuir la morfina, que la mantiene estupefactiva, negándose la familia repetidamente "para que no sufra". Fallece a las 24 horas.

Discusion

España presenta índices altos de envejecimiento. Los cambios fisiológicos relacionados, asociados o no a enfermedades crónicas, favorecen la aparición temporal de dependencia en el contexto de procesos intercurrentes; en personas que gozan previamente de autonomía y capacidad de decisión. En estas situaciones se hace difícil la adecuación del esfuerzo terapéutico; tomando con frecuencia, decisiones sin contar con la voluntad del paciente; por parte de la familia, o del propio médico. Hablamos de vulnerabilidad en los procesos de decisión, en el paciente mayor competente; situación particular que merece especial atención en el campo de la ética asistencial.

29. LA LIBERTAD CUESTIONADA DESDE LAS CIENCIAS Y LA FILOSOFÍA

Isabel Morales Benito¹

1.-Universitat Internacional De Catalunya

La libertad del hombre y la naturaleza del yo son cuestiones abordadas hoy en día no sólo desde la filosofía sino también desde la neurociencia. El empirismo metodológico y la búsqueda de resultados experimentales mueven a menudo a esta nueva ciencia a poner en duda la existencia de dichas realidades. Sin embargo, como muestra P. Ricoeur (1913-2005), esta conclusión no es exclusiva ni de esta ciencia ni tan siquiera de las ciencias empíricas. Los “maestros de la sospecha” -Marx, Nietzsche y Freud- afirmaron ya que la conciencia no es más que una ilusión, postulando que el yo es el producto de la economía, de una construcción lingüística y de los fenómenos psíquicos inconscientes, respectivamente. Ricoeur reconoce en esta denuncia una parte de acierto, por cuanto señala una crisis en la auto-posición del sujeto que formula el idealismo, pero no comparte la radical destrucción del yo a la que abocan tales planteamientos. Frente al desafío que suponen estas sospechas científicas y filosóficas, Ricoeur elabora una filosofía de la voluntad que contiene los gérmenes de una comprensión del sí mismo y que se mantiene equidistante con el Cogito de Descartes y con el desprecio o minimización del sujeto de los empíricos. Dos son los objetivos de este estudio: por un lado, constatar el origen común de la denuncia de un yo apodíctico y la defensa del determinismo, que se da paralelamente en la filosofía de la sospecha y la ciencia empírica y, por otro lado, restaurar un yo original a partir de un ejercicio fenomenológico-existencial de la voluntad que dé acogida al discurso científico. Para ello se subrayan algunas de las conclusiones del análisis de la voluntad elaborado por el filósofo francés, que realiza una eidética del querer a partir de las estructuras intencionales de la decisión, del acto y del consentimiento.

30. PERCEPCIONES ACERCA DE LA VULNERABILIDAD EN EL DOPAJE GENÉTICO

María Del Carmen Ballester Zapata¹, Juan Martínez Hernández⁰, María Del Carmen Vázquez Guerrero¹, Flori Vera Escolar²

1.-Universidad Católica De Murcia

2.-Servicio Medicina Intensiva Hospital General Universitario Santa Lucía

Introducción

La influencia en el deporte del conocimiento acerca del genoma y su manipulación es cada vez mayor. Asociadas al dopaje genético (DG) surgen nuevas cuestiones bioéticas e interpretaciones filosóficas. Basándose en la autonomía del deportista, algunas abogan por la permisividad fraccionada o total, como solución a la vulnerabilidad del atleta frente al dopaje. Planteamos conocer la percepción de alumnos de Grado sobre cuestiones bioéticas relacionadas con la vulnerabilidad del atleta ante el DG.

Material y métodos

Estudio descriptivo prospectivo mediante cuestionario con variables (percepción, opinión, conocimiento) y cuestiones bioéticas (seguridad, autonomía, coacción, privacidad) en seminario de alumnos de Grado en CAFD, Enfermería, Medicina e Ingeniería Civil. Criterio inclusión: voluntad de participación. Análisis de porcentajes/medias.

Resultados y Discusión

Muestra: 41. Edad media: 22,7 años; 56% varones, 44% mujeres. Conocimiento previo del DG: 56%. DG riesgo para la salud: Sí/73%. Prohibición del DG por dañar la salud: Sí/61%. Comparación de riesgo entre deporte y DG: No/49%, Ns/Nc/27%, Sí/24%, es la cuestión más polémica. Los controles anti-DG afectarán la privacidad del atleta: Sí/12%, No/71%. Aceptación selección de niños en función de su predisposición genética para logros deportivos: No/42%, Ns/Nc/34%, Sí/24%. Aceptación manipulación genética de embriones: No/68%, Ns/Nc/22%, Sí/10%. Derecho a nacer con los genes inalterados: No/10%, Ns/Nc/32%, Sí/58%. Manipulación genética (MG): no defensa 68%, prohibición 71%, resultado congruente. Coacción para aceptar el DG: entorno/75%, oportunidades de la carrera deportiva/56%. El menor conocimiento del DG podría deberse a asimilación de los criterios del dopaje tradicional para el DG.

Conclusiones

Percepción del DG como riesgo para la salud que justificaría su prohibición y los controles antidopaje frente a la privacidad del atleta. Mayor permisividad para la selección genética de niños nacidos que para la manipulación de embriones. Se prevé mayor coacción frente al DG por el entorno que por alcanzar metas profesionales.

31. ÉTICA E INVESTIGACIÓN ANIMAL. ENCUENTROS Y DESENCUENTROS ENTRE LAS DISTINTAS CORRIENTES BIOÉTICAS

Juan María Martínez Otero¹

1.-Universidad CEU Cardenal Herrera - Comité De Bioética del Hospital Doctor Moliner (Valencia)

Introducción

El empleo de animales al servicio de la investigación es una práctica común en el ámbito investigador. Dicha práctica, que ya fue ampliamente debatida durante el siglo XIX, sigue siendo controvertida hoy. En este 2015, la Unión Europea ha discutido una iniciativa legislativa popular que proponía su completa abolición en Europa. La presente comunicación pretende exponer los argumentos esgrimidos en este debate, tanto por quienes sugieren su abolición, como por quienes defienden su admisibilidad ética. Finalmente, se subrayarán aquellos puntos relacionados con la protección de la naturaleza y los animales donde las principales corrientes bioéticas coinciden.

Material y método

Para la comunicación se analizarán las principales posiciones existentes en el debate, tomando como base las publicaciones más relevantes de los filósofos que mejor las representan: Peter Singer, Jesús Mosterín, en las posiciones más animalistas, y Elio Sgreccia, Alfredo Marcos y Adela Cortina, en las posiciones más personalistas.

Resultados

Como resultados, se expondrán los principales argumentos sostenidos por animalistas y personalistas.

Discusión

En la discusión, se contrapondrán las argumentaciones de las dos partes del debate.

Conclusiones

Finalmente, se expondrán los argumentos a favor y en contra de la investigación animal, así como los puntos en común que las posiciones animalista y personalista sostienen en relación con el respeto debido a animales y otros seres.

32. EL DESARROLLO INTELECTIVO SEGÚN ADOLF PORTMANN: IMPLICACIONES ÉTICAS Y ANTROPOLÓGICAS

Jose Jara Rascon¹, Daniel Jara Alonso¹, Ricardo Abengoza Muela¹, Esmeralda Alonso Sandoica², Javier Ruiz Hornillos¹

1.-Universidad Francisco De Vitoria

2.-Centro de Salud García Noblejas

Introducción

Partiendo de estudios estrictamente biológicos, los intentos de explicación de las peculiaridades del ser humano suelen ceñirse a sus características morfológicas y funcionales. Adolf Portmann supo unir la discusión antropológica con la biológica en dichos estudios, destacando los rasgos diferenciales del comportamiento humano a través de objetivaciones neurológicas y de la observación del desarrollo intelectual en las primeras fases de vida extrauterina.

Material y método

Revisión de diferentes conceptos aportados este investigador a partir de artículos sobre su figura y aportaciones científicas, analizando el proceso de evolución de su pensamiento y su trayectoria biográfica

Resultados

Entre las diferentes aportaciones de Portmann destacan sus estudios sobre el sistema nervioso central y los comportamientos instintivos. La objetivación de que, en el ser humano y los antropoides, los centros de la región hipotalámica del diencefalo están menos estructurados que en otros mamíferos parece asociarse a una disminución del poder de los instintos. Este hallazgo sugiere la posibilidad de mayores grados de libertad y, éticamente, una explicación para la exigencia de responsabilidad. Sus estudios sobre el gradual desarrollo intelectual en el primer año de vida extrauterina (diferente al resto de mamíferos) también ofrecen una buena base para interpretar la gran apertura intelectual del ser humano hacia el mundo exterior y, a nivel psicológico, este hecho se ve ampliado por la facultad desde fases tempranas de otorgar significado a los objetos, más allá de las individuales percepciones sensoriales. La posibilidad de introspección psicológica y de representación de situaciones no vividas se presentan también como objetos de estudio de la especificidad humana.

Conclusiones

El estudio de la obra de Adolf Portmann permite una reflexión desde la biología para intentar explicar parte de nuestro comportamiento y actitudes intelectuales, mostrando simultáneamente las limitaciones del método científico, que el autor no sobrepasa, para extraer conclusiones antropológicas.

33. ASPECTOS ÉTICOS DEL PATROCINIO DE LA INDUSTRIA EN LOS ENSAYOS CLÍNICOS DE CIRUGÍA DE COLUMNA Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Modesto Ferrer Colomer¹

1.-Unidad De Espalda Kovacs. Hospital Mesa Del Castillo

Introducción

Los ensayos clínicos randomizados, prospectivos y multicéntricos representan la mejor evidencia sobre la seguridad y efectividad de los dispositivos médicos. El patrocinio de la industria de los ensayos multicéntricos podría facilitar la posibilidad de sesgo en los mismos. En el trabajo se pretende determinar la proporción de ensayos clínicos relacionados con dispositivos empleados en la cirugía de espalda que son patrocinados por la industria y el efecto que tiene en el diseño de los mismos.

Material y métodos

Se realiza un análisis de una base de datos de ensayos clínicos públicamente disponibles sobre dispositivos médicos usados en columna registrados en ClinicalTrials.gov.

Resultados

Se encontraron 1638 estudios usando el término 'spine'. Del total solo 367 ensayos estaban relacionados con la cirugía de columna, 200 (54,5%) específicamente estudiaban dispositivos empleados en la cirugía de columna y 167 (45,5%) ponían la atención en otras cuestiones relacionadas con la cirugía de columna. Del total 12 (3,3%) estaban patrocinados por el gobierno federal, 170 (46,3%) primariamente por academias y 185 (50,4%) por la industria. Comparados con los ensayos que no trataban de dispositivos, los ensayos sobre dispositivos era más probable que estuvieran esponsorizados por la industria (74% vs 22,2%). Así mismo era más probable que fueran multicéntricos (80% vs 29%) y tenían 4 veces más centros participantes y un mayor número de pacientes incluidos en ellos. La mayoría evaluaron la seguridad y la efectividad del dispositivo patrocinado.

Discusión

El hecho de estar incluido en este registro no es requerido para todos los estudios pues existen otras bases de datos. La posibilidad de demostrar una posible parcialidad o sesgo de estudios patrocinados por la industria es difícil de conseguir porque replicar fuera de la industria un ensayo clínico sobre dispositivos de columna es muy raro y casi imposible de conseguir. Conclusiones La mayoría de la investigación sobre dispositivos para cirugía de columna es patrocinada por la industria. La mayoría son ensayos multicéntricos. Tienen marcadas diferencias en diseño y propósito: abordar nuevas tecnologías con indicaciones específicas o para confirmar la seguridad y efectividad en ensayos previos o para evaluar una nueva indicación con el fin de obtener una aprobación de la FDA o de otro cuerpo regulatorio.

Bibliografía

Lundh A, Sismondo S, Lexchin J, Busuioc OA, Bero L. The Cochrame Collaboration. Industry sponsorship and research outcome. ES de 2014.
Shah RV, Albert TJ, Bruegel-Sánchez V, Vaccaro AR, Hilibrand AS, Grauer JN. Industry support and correlation to study outcome for papers published in Spine. Spine 2005; 30: 1099-104; discussion 1105.
Daniel J, Cher MD, Robyn A, Capobianco MA. Spine device clinical trials: design and sponsorship. The Spine Journal 15 (2015): 1133-1140.

34. ALIANZA TERAPÉUTICA vs TRATAMIENTOS OBLIGATORIOS

Begoña Gonzalvo Cirac¹, Alfredo Felices de la Fuente¹, Jordi Bordas García¹, M^a Jesús Sotelo Borjas¹, Silvia Serrano Pérez¹, Lidia Salvador Juni¹, Laura Galán Corvillo¹, María Álvarez-Riedweg¹, Josep Solé Puig^{1,2}, Roberto Sánchez Flores³

- 1.-CAS Sant Boi Llobregat. Benito Menni CASM
- 2.-Unitat Patología Dual. Benito Menni CASM
- 3.-Bufete Sánchez Trujillo & Asociados, S.L.P. Barcelona

Introducción

La “alianza terapéutica” es fundamental en el tratamiento de las personas drogodependientes. En el caso de los pacientes derivados por orden de instituciones judiciales, conseguir el equilibrio entre mantener este vínculo con los profesionales del centro y al mismo tiempo informar de la evolución del tratamiento al sistema judicial, resulta a veces una empresa titánica. Objetivo Estudio observacional, descriptivo, del perfil de pacientes que acuden a un centro ambulatorio de drogodependencias, 'obligados' por una medida alternativa, por una sanción administrativa por delito contra la salud pública o por los servicios especializados de la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia (DGAIA).

Material y Métodos

Se recogen datos de N=74 pacientes, que están en tratamiento en un centro especializado de drogodependencias (CAS), adscrito a un Hospital Psiquiátrico. Se realiza el registro de los pacientes que están por orden judicial durante seis meses seguidos, en 2014.

Resultados

De los pacientes derivados para tratamiento 'obligado' por cualquiera de estas tres instituciones, el 81 % son varones. Destacando que todas las mujeres (19%) estaban en tratamiento por supervisión de la DGAIA. El 47 % de los pacientes estaban incluidos en programa de mantenimiento con metadona. Los delitos contra la salud pública, estaban relacionados con pacientes fumadores de cannabis en su totalidad. La sustancia principal de detección y control fue la cocaína, seguido del alcohol.

Conclusión

El diferente perfil de los pacientes derivados a un centro de tratamiento de drogodependencias, por algún organismo judicial, supone un reto para los profesionales que los atienden. Son necesarias intervenciones más continuadas para conseguir la “alianza terapéutica” y la implicación de mayor número de profesionales del centro.

Bibliografía

- Ferreirós Marcos, Carlos-Eloy. El tratamiento ambulatorio: cuestiones legales y prácticas. CERMI. Marzo, 2006. ISBN: 84-611-0271-1. Gráficas Alvani.
- J.L. de la Cuesta, I. Muñagorri. El cumplimiento de las medidas alternativas a la pena privativa de libertad en personas drogodependientes. Observatorio Vasco de Drogodependencias. 2009.
- NIDA: Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. Institutos Nacionales de la Salud. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Principios de Tratamiento para la Drogadicción: Una Guía basada en las Investigaciones. 2ª Edición. 2010.

35. DOCENCIA EN BIOÉTICA, DEONTOLOGÍA Y ÉTICA MÉDICA: ¿ESTÁ INTEGRADA EN LAS FACULTADES DE MEDICINA ESPAÑOLAS?

Guillermo Ferreira Padilla¹, Teresa Ferrández Antón¹, Fernando Lolas Stepke², Rut Almeida Cabrera¹, Joan Brunet^{3,4,5}, Joaquim Bosch-Barrera^{3,4,5}

- 1.-Facultad de Ciencias de La Salud. Grupo de investigación e innovación en cuidados y recursos de salud. Universidad de Alicante, Alicante, España
- 2.-Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile, Chile.
- 3.-Departamento de Oncología Médica. Instituto Catalán de Oncología. Hospital Universitario Doctor Josep Trueta, Girona, España
- 4.-Instituto de Investigación Biomédica de Girona (IDIBGi), Girona, España.
- 5.-Departamento de Ciencias Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Girona, Girona, España

Introducción

Si bien la medicina ha estado relacionada con la ética desde sus inicios, la formación en bioética, deontología y ética (BDE) no ha sido un requisito formal en las Facultades de Medicina (FM) hasta hace unas décadas. Los cambios curriculares promovidos por el Modelo Bolonia hacen pertinente analizar el panorama de la docencia en BDE en las FM españolas, así como valorar cómo se están integrando las recomendaciones nacionales (ANECA) e internacionales (UNESCO).

Material y métodos

Estudio descriptivo-comparativo, transversal y cuantitativo-cualitativo. • Población: FM españolas que imparten el Grado de Medicina (GM) en el curso 2014-2015. Recogida de información: Acceso a las guías docentes de las FM. Variables: 1) Existencia de asignaturas sobre BDE; 2) Tipo de docencia; 3) Metodología; 4) Formato de asignatura; 5) Curso; 6) Duración; 7) Créditos; 8) Horas. Análisis: Estadísticos descriptivos y coeficiente de Cohen.

Resultados

44 FM: 10 privadas y 34 públicas; 7 religiosas y 37 laicas. Se analizaron en total 2569 asignaturas: 56 dedicadas a BDE. • Todas las FM albergaron en su estructura curricular al menos una asignatura sobre BDE. 21 FM docencia exclusiva, 20 FM combinada y 3 FM contemplaron ambos tipos. 32 FM emplearon una metodología mixta, siendo los seminarios (22/56) y la discusión de casos (19/56) las herramientas docentes más empleadas. Media de créditos (MdC) nacional: 3,640 (±2,241). MdC según la titularidad: 1) Privada: 6,512 (±2,917); 2) Pública: 2,880 (±1,220). Según el carácter: 1) Religioso: 7,558 (±2,978) y 2) Laico: 3,004 (±1,286). Media de horas (MdH) nacional: 36,748 (±23,188).

Discusión

El bloque “valores profesionales y ética” (7,0 créditos) de la ANECA no especifica cuántos créditos deben destinarse a la BDE.

Conclusiones

La MdH nacional fue superior al total de 30 horas propuesto por la UNESCO. Existen diferencias significativas a favor de las FM privadas con respecto a las públicas y de las FM religiosas en comparación con las laicas.

36. DEFINICIÓN DE LA COMPASIÓN EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA CIENTÍFICA

Encarnación Pérez Bret¹, Javier Rocafort Gil¹,

1.-Fundación Vianorte-Laguna

Justificación

La relación paciente-profesional ha sufrido cambios notables en las últimas décadas. En la actualidad es frecuente que los sanitarios den prioridad a la eficacia del tratamiento y dejen en segundo término la calidad de las relaciones humanas. Por esto, la vulnerabilidad del enfermo y lo que está suponiendo su enfermedad, requiere de la actitud compasiva de los profesionales.

Metodología

Se realizó una revisión sistemática de la literatura biomédica sobre el término COMPASIÓN. Los términos clave utilizados son Compassion, y Empathy, término MeSH de la compasión. Se combinaron los operadores booleanos "AND" y "OR" realizando la búsqueda tanto en el título (TI) como descriptor (SU). También se consultó a expertos sobre las características definitorias del término compasión en la práctica asistencial.

Resultados

Tras la eliminación de duplicados y aplicados los criterios de inclusión, se encontraron 10 artículos.

Discusión

El término compasión tiene diversas conceptualizaciones y matizaciones en la literatura sanitaria. Los aspectos encontrados podrían agruparse en las siguientes categorías: 1. Etimología; 2. Origen y exigencia de la compasión; 3. Proceso de la compasión; 4. Compasión como sentimiento (emoción vicaria); 5. Compasión como actitud; 6. Compasión como constructo, concepto, definición; 7. Compasión, búsqueda del bien ético; 8. Antagonistas de la compasión; 9. Conceptos diferentes a compasión con similitudes: empatía, simpatía, lástima.

Conclusiones

El uso de la compasión recomendado en la práctica asistencial, requiere de su concreción terminológica, para conocer en profundidad sus acepciones, y poder realizar posteriores estudios basados en un mismo concepto.

Bibliografía

Chochinov, H. Dignidad y la esencia de la medicina: el A, B, C y D del cuidado centrado en la dignidad. Medicina paliativa, 2009, vol. 16, no 2.
Halifax, J. (2012). A heuristic model of enactive compassion. Current opinion in supportive and palliative care, 6(2), 228-235.
Pellegrino, E. D. (1993). The Virtues in Medical Practice. Oxford University Press.

37. EL CONCEPTO DE VULNERABILIDAD EN EL BARROCO: JUAN EUSEBIO NIEREMBERG (1595-1658) Y BLAISE PASCAL (1623-1662)

Xavier Baró Queralt¹

1.-Universitat Internacional De Catalunya

El concepto de vulnerabilidad es, también, un concepto histórico. Ninguna sociedad ha sido ajena a la idea del ser humano como ser vulnerable. Los periodos históricos vinculados a las crisis son, probablemente, los más proclives a reflexionar sobre la innata vulnerabilidad ligada al ser humano. En este sentido, el siglo XVII puede ofrecer motivos de reflexión válidos aún hoy en día. Para realizar nuestro estudio nos hemos basado en dos autores que a menudo reflexionaron sobre el tema, si bien desde puntos de vista diferentes: el francés Blaise Pascal (1623-1662) y el español Juan Eusebio Nieremberg (1595-1658), aunque hemos tenido presentes a otros pensadores, filósofos y moralistas del momento. Tras realizar las pertinentes lecturas de fuentes primarias y de otras obras que ayudan a contextualizar el momento histórico, hemos llegado a dos conclusiones: la idea de vulnerabilidad está ampliamente tratada en la literatura moral del momento (expresada, eso sí, en otros conceptos, como “fragilidad” o “desengaño”), lo que constituye una clara prueba de una sociedad consciente de las limitaciones humanas y, en segundo término, una concepción de la vulnerabilidad plenamente vinculada a la idea de trascendencia religiosa. Si esta no es tomada en cuenta, el valor de estos textos (y de las reflexiones que aportan) se reduce notablemente. Con esta comunicación pretendemos poner de relieve hasta qué punto unos textos escritos hace cuatro siglos pueden seguir siendo útiles hoy en día en la reflexión y acompañamiento del ser humano. Sin duda, las circunstancias históricas han cambiado mucho. Pero el ser humano sigue teniendo temores, ambiciones y sentimientos parecidos.

Bibliografía

- Hugues Didier. Vida y pensamiento de Juan E. Nieremberg. Madrid: Universidad Pontificia de Salamanca-Fundación Universitaria Española, 1976.
- Juan Eusebio Nieremberg. Partida a la eternidad. Madrid: Imprenta de Agustín Fernández, 1714.
- Blaise Pascal. Pensamientos. Madrid: Prisa 2009.

38. PRIMUM NON NOCERE: ¿SE PUEDE HACER ALGO ANTES?

Begoña Gonzalvo Cirac¹, Fina Puig Campaña², Mireia Laporte Puig³, Imma Ribé Ramos³, Marga Gonzalvo Cirac⁴

- 1.-CAS Sant Boi Llobregat. Benito Menni CASM
- 2.-C&C. Centre de tractament d'addiccions. Mataró (Barcelona)
- 3.-Can Calau, Centre de tractament d'addiccions. Argentona (Barcelona)
- 4.-Departament Humanitats. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona

Introducción

El cannabis es la droga ilegal más consumida en el mundo. En los últimos años, se ha producido un aumento del consumo experimental, sobre todo en la población adolescente, así como una disminución de la percepción de riesgo y un aumento de las demandas de tratamiento por adicción al cannabis.

Objetivo

Describir una muestra de pacientes que realizan seguimiento en tres centros de adicciones, para tratar un trastorno por dependencia de cannabis, y estudiar la interrelación entre el consumo de cannabis y los problemas psicosociales existentes.

Material y Métodos

Estudio observacional y retrospectivo a partir de los pacientes que acudieron a estos tres centros, por una dependencia de cannabis (Criterios DSM-IV_TR). Se obtuvo una muestra de 112 pacientes.

Resultados

78% eran hombres. La edad media fue de 27,5 (S.D.=9.3). El 10% de la muestra tenía estudios universitarios y el 75% habían realizado estudios básicos. El 33% de los pacientes estaban trabajando. El 70% vivía con la familia de origen. El 100% de los pacientes eran fumadores de tabaco, el 53% no consumían otra sustancia de abuso, excepto nicotina. La edad media de inicio del consumo de cannabis era 15 años. El 93,2% de los pacientes presentaba otro diagnóstico psiquiátrico, además de la dependencia de cannabis. Se preguntó por el contacto previo con algún centro de salud mental; de todos los pacientes incluidos en el estudio, el 62% no habían solicitado nunca visita por síntomas psiquiátricos.

Conclusiones

Se sabe que uno de los principales factores que influyen en la asociación de problemas psicosociales de los consumidores de cannabis es la edad de inicio del consumo. Aunque existe consumo continuado de cannabis desde la adolescencia en la muestra estudiada, aparecen alteraciones psicopatológicas y problemas psicosociales desde esa misma época de la vida, en el 62% de los casos nunca se había realizado una consulta previa a un equipo de salud mental. Posiblemente, haber realizado intervenciones previas de prevención del consumo de cannabis en personas vulnerables, y haber seguido a los adolescentes que consumen cannabis de forma continuada, podría disminuir las consecuencias psicosociales asociadas.

Referencias

- Guillem E, Pelissolo A, Vorspan F, Bouchez-Arbabzadeh S, Lépine JP. Sociodemographic profiles, addictive and mental comorbidity in cannabis users in an outpatient specific setting. *Encephale*. 2009 Jun;35(3):226-33.
- Gonzalvo, B., Barral, C., Grau-López, L., Esteve, O., y Roncero, C. (2011). Comorbilidad psiquiátrica en adolescentes consumidores de cannabis. *Trastornos Adictivos*, 13(3), 109-112. doi:10.1016/S1575-0973(11)70023-X

LaTrice Montgomery. Marijuana and tobacco use and co-use among African Americans: Results from the 2013, National Survey on Drug Use and Health. *Addictive Behaviors*. Volume 51, December 2015, Pages 18–23.

39. ¿ES LA INCAPACITACIÓN GARANTIA REAL PARA LA ATENCIÓN Y LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS?

Anna Maria Altadill Ardit¹, Maria de la O Dominguez Lopez¹, Maria Teresa Cubí Guillén²

- 1.-Hospital Santa Creu
- 2.-URV- Hospital De La Santa Creu

Introducción

La Residencia Hospital i Llars de la Santa Creu, centro concertado con 105 plazas para personas mayores de 65 años, por circunstancias sociales o familiares no pueden continuar en el domicilio. Presentación caso que hace evidente que la tutoría no ha garantizado los derechos al tutorizado, y hace reflexionar sobre la gestión de la incapacitación de las personas.

Material y Métodos

Sr. de 62 años, ingresado en Residencia 15.04.2008. Desde el 26/04/2004 Unidad de Psicogeriatría, por trastorno bipolar depresivo. No alta a domicilio por negativa de la esposa, tutora legal desde abril 2004. Durante la estancia en Residencia el paciente manifiesta : 1- Voluntad de retorno tornar al domicilio. Tiene recursos económicos. No admiten la propuesta ni la tutora ni los hijos. Nueve años institucionalizado. 2- Considera que la situación de enfermedad ha mejorado, (dado alta salud mental julio2010) tener derecho a la revisión de incapacidad total. 3- Desacuerdo en la tutela de la esposa. Se siente abandonado por esta . Transmite a todos los familiares intención de hacer comunicado judicial. No es tenido en cuenta. Demanda judicial octubre 2011.

Resolución

- Remoción tutor - Reintegración capacidad o moderación .
Situación actual: 1- En domicilio conyugal. Soporte de un cuidador (junio 2013). 2- Incapacidad parcial. 3- Curatela Fundación Tutelar. 4- Inicio proceso judicial, fiscalía, por administración bienes tutelados.

Discusión y Conclusiones

- Revisar periódicamente estado persona incapacitada, para detectar cambios en circunstancias del hecho inicial, pudiendo modificar o rehabilitar la capacidad.
- No se revisa nunca la capacidad del tutor.
- El ejercicio de la tutela puede comportar la privación de libertad al ingresar en un centro residencial.
- En residencias se utiliza muy a menudo, como medida de protección legal, la incapacitación y no se plantea la revisión en el proceso.

Bibliografía

Código civil: Ley 25/2010, de 29 de julio, del Libro Segundo del Código Civil de Cataluña; Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad, y de modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la Normativa Tributaria.

40. EL PAPEL POSITIVO DE LA EMPATÍA Y DE LA COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL EN LA PREVENCIÓN DEL DESGASTE LABORAL DE MÉDICOS QUE SE DESEMPEÑAN EN ENTORNOS INTERCULTURALES

Helena Roig Carrera¹, Rosa Maria Villalonga-Vadell², Carmen Benito Sevillano², Miquel Torres-Salinas², Gemma Claret-Teruel², Bernabé Robles², Antonia Sans-Boix², Montserrat San-Martín², Luis Vivanco²

- 1.-Institut Borja De Bioètica
- 2.-Consorcio de Investigació IBB-FRS

Introducció

La empatía y el trabajo en equipo son dos elementos esenciales en la relación médico-paciente y en el trabajo interprofesional que son de gran interés para la bioética clínica. En entornos interculturales y multilingües, el desarrollo de estas habilidades es fundamental. Anualmente España recibe un importante número de profesionales extranjeros en calidad de médicos internos residentes (MIR), para quienes el desafío intercultural es aún mayor. Este estudio analiza el desarrollo de la empatía, el trabajo en equipo y el desgaste laboral, desde un enfoque intercultural en médicos españoles y latinoamericanos que inician el MIR en cinco hospitales docentes de Cataluña.

Material y métodos

En el estudio participaron 156 médicos residentes (110 fueron españoles y 46 latinoamericanos) en el primer mes como MIR. La empatía se midió con la Escala Jefferson de empatía médica (JSE), el trabajo en equipo con la Escala Jefferson de trabajo colaborativo interprofesional (JSAPNC) y el desgaste laboral mediante la escala de efectos colaterales de bienestar laboral general (EC-qBLG). El análisis estadístico permitió determinar las propiedades psicométricas de los cuestionarios, el desarrollo de los elementos medidos, y la existencia de correlación entre las variables estudiadas.

Resultados

Todos los instrumentos mostraron propiedades psicométricas adecuadas. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación de los médicos españoles y latinoamericanos para ninguno de los elementos estudiados. Se confirmó la existencia de asociación entre el JSE y el JSANPC ($r=+0.47$, $p<0.001$); entre el desgaste y el JSE ($r=-0.35$, $p<0.001$); y entre el JSAPNC y el desgaste ($r=-0.21$, $p=0.01$). Estas asociaciones también aparecieron al estudiar los grupos de forma independiente.

Discusión y conclusiones

Los resultados demuestran la importancia del desarrollo de la empatía y la colaboración interprofesional en la prevención del desgaste laboral del médico. A la vez ponen de relieve su importancia en el desempeño médico profesional.

41. DILEMAS Y PROBLEMAS ÉTICOS EN LA GESTIÓN DEL CUIDADO EN UN SERVICIO DE URGENCIA PEDIÁTRICO

Alejandrina Arratia¹, Catherine Almarza G², Mariela Zúñiga², Ingrid Toro

1.-Universidad San Sebastián, Chile

2.-Hospital Clínico Félix Bulnes Cerda

Introducción

La atención en salud en servicios de urgencia pediátrica presenta características que la diferencian de otros servicios. Requieren dar respuesta en forma impostergable, en forma oportuna, resolutive y de calidad, a variadas alteraciones físicas, funcionales y/o psíquicas, con diversos grados de severidad las que precisan ser tratadas en forma inmediata, con el fin de conservar la vida y prevenir consecuencias. El cuidado de Enfermería es fundamental, dado que, permite entre otros, una manifestación ética de respeto, empatía y comunicación con la familia y niños; favoreciendo una entrega de cuidados humanizados.

Método

Cualitativo descriptivo, la información se recogió a través de entrevistas semiestructuradas y fue categorizada y analizada utilizando la técnica de análisis de contenido. Participaron profesionales de Enfermería de un servicio de urgencia pediátrica pertenecientes a un hospital público en Santiago de Chile.

Resultados: Señalan un déficit tanto en la identificación de dilemas y problemas, como en la actualización y discusión de situaciones que involucran aspectos en la práctica clínica, en servicios de urgencia pediátricos. Faltan espacios de reflexión y existe un predominio de la técnica en el quehacer profesional.

Discusión:

Los servicios de urgencia, determinan una especial atención a problemas y dilemas éticos, planteando retos que deben ser abordados en pro de fortalecer un cuidado respetuoso, digno y humanizado. Enfermería, requiere identificarlos, para reconocer principios en conflicto, considerar cursos de acción, evaluar opiniones, crear planes de acción, y llevarlos cabo.

Conclusiones

La identificación de dilemas y problemas éticos, permiten un compromiso frente al cuidado en situaciones de urgencia en pediatría. Esto implica considerar diferentes cursos de acción desde el ámbito de la ética; incluyendo la necesidad de actualización, educación continua y discusión de vivencias de la práctica clínica; impulsando la reflexión multidisciplinaria.

42. ANÁLISIS DE LA FORMACIÓN EN ÉTICA PROFESIONAL (EP) Y BIOÉTICA (BE) DE LOS RESIDENTES DE UNA UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA

Ana-María Manzaneque Angulo¹, Ricardo Abengózar Muela², Ana Abengózar Manzaneque³

- 1.-Centro de Salud Santa Bárbara Toledo. Máster en Bioética
- 2.-Instituto de Bioética Universidad Francisco de Vitoria

Introducción

La formación en EP /BE de médicos (MIR) y enfermeras (EIR) residentes cuando inician su formación es muy variable. Nuestro objetivo es conocer cuál es su formación al comenzar su especialización en Atención Familiar y Comunitaria.

Material y métodos

Población de estudio: 39 MIR y 7 EIR de la unidad docente multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Toledo. Encuesta anónima y voluntaria con respuesta si/no más apartado de escritura libre para priorizar tres ideas referidas a EP/BE.

Resultados

Respuestas 74%. 60% de los médicos son extranjeros. Las enfermeras son españolas. Destacamos:

35% nunca han estudiado EP/BE; del resto el 24% optativa; 90% cuatrimestral.

67% consideran insuficientes sus conocimientos de EP/BE; 97% creen que EP/BE es muy importante en su profesión; el 82% como algo cotidiano; el 18% sólo en casos difíciles.

35% desconocen la existencia del código deontológico

85% conocen el principialismo; 80% desconocen la bioética personalista, la ética de cuidados y la ética de virtudes.

25% considera al consentimiento informado como un trámite administrativo.

67% consideran inadecuada la información dada a pacientes; 1/3 justifica mentir por el bien del paciente; 67% cree ético informar a familiares en ausencia del paciente.

80% desconoce el Comité de Ética Asistencial.

26% desconoce que tienen derecho a la objeción de conciencia.

90% manifiestan la necesidad de formación en EP/BE.

Discusión

Tanto la Organización Médica Colegial como el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina son conscientes de la importancia en la formación en EP/BE y han manifestado su preocupación aún sin disponer de datos objetivos.

Conclusiones

Estos resultados confirman un déficit formativo en EP/BE de los recién graduados que acceden a la formación especializada y el fracaso de los actuales programas educativos durante el grado. Proponemos revisar los estudios de EP/BE en medicina y enfermería en la universidad y fomentar la formación postgraduada de MIR y EIR.

43. ITINERARIO FORMATIVO EN ÉTICA MÉDICA Y BIOÉTICA (EM/BE) PARA ESTUDIANTES DE MEDICINA

Ricardo Abengózar Muela¹, Fernando Caballero Martínez²

1.- Instituto De Bioética Francisco De Vitoria

2.- Universidad Francisco De Vitoria

Introducción

Hay una opinión creciente, tanto de asociaciones profesionales (OMC) como de estudiantes de medicina (CEEM), de que la formación en EM/BE debe mejorar. En la mayoría de las facultades se estudia como asignatura cuatrimestral, a veces optativa, y generalmente como una "maría". Es conocida la progresiva disminución de la sensibilidad ética durante estudios de grado y de especialización. Pretendemos dar a conocer nuestro itinerario formativo EM/BE en el grado de medicina abriéndonos a colaborar con otras universidades interesadas.

Material y métodos

Revisión de los planes formativos en EM/BE en universidades españolas y extranjeras. Reflexión de nuestra experiencia propia. Análisis de la formación de los egresados en unidades docentes. Monitorización de la sensibilidad ética de nuestros alumnos con nuestra propuesta formativa. Justificación de nuestro itinerario. Dar respuesta al déficit formativo. Que los alumnos incorporen de forma natural (como lluvia fina) el aspecto humanístico y ético de la medicina como una profesión de entrega, de compromiso personal, que busca el bien integral de cada paciente.

Nuestro modelo

Modelo de malla curricular, con múltiples impactos docentes, longitudinal y transversalmente. Busca un aprendizaje experiencial por descubrimiento. Establecemos tres fases: Sensibilización y cimentación humanística: 1º-2º cursos. Asignaturas: Gestión del conocimiento y Antropología. Actividades: inmersión clínica precoz, ciclo cine y medicina, estancia en el leprosario de Fontilles, seminario itinerante por lugares de memoria de la medicina nazi, actividades de voluntariado. Formación teórico-práctica: 3º-4º cursos. Clases teóricas de Ética, Deontología profesional y Bioética, y aprendizaje basado en problemas. Utilización de videos docentes de elaboración propia y de nuestro centro de simulación clínica integrada. Seminarios de bioética aplicada: 4º-5º-6º cursos. Análisis de problemas ético-clínicos frecuentes o paradigmáticos de cada asignatura, simulando un comité de ética asistencial.

Resultados preliminares

Hemos comprobado el incremento de la sensibilidad ética de nuestros alumnos. Parecen especialmente potentes la inmersión clínica precoz y el seminario itinerante. Estamos pendientes de medir el impacto de otras intervenciones.

44. LA ATENCIÓN AL ENFERMO CRÓNICO UN RETO CLÍNICO Y ÉTICO

Jesús Vaquero Cruzado¹, Adalbert Marques Vilallonga², Nuria Gutiérrez¹, Angel Jover¹, Francesca Muñoz¹, Isabel García Mercader¹

1.-Medicina de Familia, SAP Baix Llobregat Centre, c/ Bellaterra 41 (Cornellà de Llobregat) javaquero@ambitcp.catsalut.net

2.-Hospital Universitari Vall d'Hebron.

Introducción

El modelo de actuación en casos de cronicidad identifica a las personas que padecen esta situación, con el objetivo de ofrecerles una asistencia centrada en sus necesidades y conocer de forma anticipada sus decisiones. Para ello el PIIC (Plan de Intervención Individualizado y Compartido) es un elemento clave que, desde 2014, permite a todos los facultativos que intervienen en un proceso de enfermedad crónica y/o avanzada, ser partícipes del estado del paciente, y cumplir el objetivo antes citado.

Material y métodos

El PIIC queda vertebrado en un documento con los datos de filiación y clínicos del enfermo, personas de contacto, médico y enfermero de referencia, tratamiento en caso de descompensaciones habituales por fiebre, dolor, disnea, y preguntas específicas sobre el lugar donde prefiere ser atendido, propuestas de adecuación terapéutica, consideraciones sobre técnicas agresivas y en caso de situación de últimos días. Todo ello implica unas connotaciones éticas muy importantes. La elaboración de este documento, así como la identificación del paciente, cuenta con la participación y consentimiento informado expreso del mismo. En 2014 se ha implantado el modelo PIIC en el SAP (Servicio de Atención Primaria) Baix Llobregat Centre, con una población de referencia de 355.000 personas.

Resultados

Durante este periodo (2014-2015) se han identificado 4.590 (1,29%) pacientes crónicos complejos y 953 (0,3%) pacientes con necesidades paliativas, de los cuales se ha completado el PIIC en 2.486 (54,16%) de los primeros y en 707 (74,19%) de los segundos.

Discusión

El PIIC supone un gran avance para mejorar la relación con los pacientes que tienen unas necesidades específicas, en muchos casos paliativas, que hasta el momento no se abordaban de forma sistemática. Respetar la voluntad del paciente, siempre bien informado, es respetar el principio de libertad y responsabilidad, buscando el bien del mismo (defensa de la vida física). De acuerdo con el principio de socialidad y subsidiaridad, los modelos sanitarios deben adaptar la organización para proveer a este tipo de enfermos una atención más centrada en sus necesidades reales, más humanizada y no restringida al modelo clásico de medicina ambulatoria versus hospitalaria.

Conclusiones

Compartir información con todos los profesionales que puedan atender a un paciente crónico complejo y/o con necesidades paliativas, mejora la atención, la confianza y, como consecuencia, la calidad de vida de estos enfermos. La bioética siempre debe iluminar las actuaciones clínicas en todos estos casos, para evitar tanto el encarnizamiento terapéutico como actitudes nihilistas.