

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE CARACTERIZACIÓN DEL RAZONAMIENTO MORAL EN ESTUDIANTES DE MEDICINA

HUGO ESCOBAR MELO*; LAURA CAMILA PÁRAMO**; ELENA RIAÑO CARRASCAL***, EDUARDO DÍAZ AMADO****
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA, BOGOTÁ, COLOMBIA

Recibido: 12 de junio de 2009

Aceptado: 24 de junio de 2009

Resumen

Este artículo presenta la “Escala C de Razonamiento Moral” referida a la caracterización del razonamiento moral en estudiantes de Medicina, la cual fue validada mediante un modelo cuantitativo, que implicó inicialmente un análisis de medianas de ítems provenientes de dos escalas previas (“Escala A y B”), el cual estableció la distribución de las frecuencias y la inferencia acerca de la competencia de discriminación poblacional; posteriormente se realizó un procedimiento de consistencia ítem y muestra total, a través, del coeficiente de probabilidad, ji-cuadrado, con un valor igual o menor a 0.05, (H_1 de elección), el cual determinó si el ítem correspondiente era elegible para hacer parte estructural de la “Escala C”. El instrumento fue construido por los grupos de investigación, “Bioética Clínica y Filosofía de la Medicina”, y “Desarrollo Psicológico, Sociedad y Educación”, de la Universidad Javeriana, Bogotá-Colombia, en el contexto de la práctica médica clínica que exige no sólo el buen uso de los conocimientos y tecnologías disponibles, sino también la habilidad para el razonamiento práctico, es decir, la capacidad para llevar a cabo análisis de tipo ético-moral, político y jurídico. Los aspectos sobre cómo los médicos razonan en su trabajo clínico es un tema aún bastante inexplorado en Colombia; la buena medicina es no sólo efectividad sino prudencia y realización de valores humanos. En este contexto, la relación entre Psicología y Bioética ha permitido discutir diversos elementos en el proceso de toma de decisiones clínicas de una manera abierta e interdisciplinaria.

Palabras clave: Moralidad [SC 32010]; Ética [SC 18060], Bioética Clínica.

VALIDATION OF AN INSTRUMENT TO CHARACTERIZE THE MORAL REASONING IN MEDICAL STUDENTS

Abstract

This article shows the “C scale of moral reasoning” referred to “characterization of moral reasoning in Medicine Students, which was validated through a quantitative model, that at the beginning implied an analysis of medium about items from two previous scales (“Scale A and B”), which established the distribution of frequencies and the inference about the competence of population discrimination; Later, a procedure of item consistency and a total sample were done, through, the likelihood ratio, ji-square, with an amount equal or less than 0.05, (H_1 of choice), which established if the corresponding item was eligible to make structural of “C scale”. The instrument was built by the research groups, “Clinical Bioethics and Philosophy of Medicine” and “Psychological development, Society and Education”, in Universidad Javeriana, Bogotá-Colombia, in the context of medical clinic practice that requires not only the good use of knowledge and available technology, but also the ability for practical reasoning, that is to say, the ability to carry out ethical, moral, political and legal analysis. The aspect of how physicians reason in their clinical work is an unexplored topic in Colombia; the good medicine is not only effectiveness but prudence and execution of human values. In this context, the relation between Psychology and Bioethics has allowed to discuss various elements in the process of taking clinical decisions in an open and interdisciplinary way.

Keywords: Morality [SC 32010]; Ethics [SC 18060]; Clinical Bioethics.

* Psicólogo, Universidad del Valle. Magíster en Psicología Comunitaria, Pontificia Universidad Javeriana. Profesor, Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Javeriana. Edificio 95 – Manuel Briceño S. J. Carrera 5 N° 39 – 00. TEL. (57-1) 3208320 ext. 5757. Bogotá DC – Colombia. Correo electrónico: escobarh@javeriana.edu.co

** Psicóloga, Pontificia Universidad Javeriana. Edificio 95 – Manuel Briceño S. J. Carrera 5 N° 39 – 00. TEL. (57-1) 3208320 ext. 5757. Bogotá DC – Colombia. Correo electrónico: lparamo1985@yahoo.es

*** Psicóloga, Pontificia Universidad Javeriana. Edificio 95 – Manuel Briceño S. J. Carrera 5 N° 39 – 00. TEL. (57-1) 3208320 ext. 5757. Bogotá DC – Colombia. Correo electrónico: etroya@hotmail.com

**** Médico, Universidad Nacional de Colombia. Filósofo, Universidad de los Andes. Especialista en Bioética, Universidad El Bosque. Master of Arts y actualmente estudiante de doctorado, Universidad de Durham, Reino Unido. Profesor, Instituto de Bioética, Pontificia Universidad Javeriana. TEL: (57-1) 3208320 ext. 4537. Edificio 67 - José Rafael Arboleda S. J. Bogotá DC – Colombia. Correo electrónico: eduardo.diaz@javeriana.edu.co

INTRODUCCIÓN

El presente artículo tiene como propósito central presentar una investigación referida al ajuste y validación de un instrumento de caracterización del razonamiento moral, en estudiantes de Medicina en una universidad privada de la ciudad de Bogotá, Colombia; dicho instrumento se creó en la relación interdisciplinaria de la Bioética y la Psicología, campo de intersección que ha permitido discutir e indagar de forma abierta y empírica, acerca de los procesos de toma de decisiones, en términos de cómo los médicos elaboran bajo proposiciones o manifestaciones morales que poseen un contenido cognitivo, su trabajo clínico, tema aún bastante inexplorado en Colombia.

Desde la perspectiva de lo que es el razonamiento moral, el instrumento ajustado y validado, que de ahora en adelante se denominará “Escala C de Razonamiento Moral”, implica las categorías de “Altruismo”, “Contrato”, “Confianza y Justicia en el intercambio”, “Conciencia”, “Descentración del Interés Propio”, y “Adopción de Roles”. Desde la Bioética alude a las categorías “Respeto por la Dignidad”, “Beneficencia”, “Confidencialidad y Justicia”, y “Deber de Cuidado”. La “Escala C de Razonamiento Moral” tiene además un enfoque cuantitativo que complementa la versión de corte cualitativo de un anterior instrumento (Suárez, Giovanni & Escobar-Melo, 2007).

Para efectos del trabajo de campo en el proceso de ajuste y validación, se utilizó un muestreo no probabilístico de la clase “sujeto-tipo”, en los intervalos de los semestres 6° y 7° del primer período académico de 2008 y que correspondió a 53 estudiantes de medicina, distribuidos de esta forma: 31 de 6° semestre y 22 de 7° semestre. Los estudiantes que participaron en este estudio fueron informados sobre los objetivos, la metodología y los criterios éticos de responsabilidad de la investigación, de manera que se pudiera asegurar tanto su participación voluntaria, como el manejo confidencial de la información recogida.

Fundamentación teórica

La moralidad como proceso y como función psicológica implica el desarrollo de un sistema de razonamiento, de regulación emocional de creencias y de actuación; se refiere a los ejes de lo justo-injusto, bueno-malo, aprobado-desaprobado, correcto-incorrecto, igualdad-desigualdad; un poco menos los que hacen alusión a lo agradable-desagradable, verdade-

ro-falso, libertad-esclavitud (Kohlberg, 1989 & 1992; Villegas, 2008).

Mirada desde el campo cognitivo, la moral requiere de un sistema estructural de reglas o principios que permita evaluar los razonamientos para inferir si se adecuan o no a ellos. En esta perspectiva, la moral como razonamiento podría ser considerada como una deducción en sentido estricto, aunque por supuesto no se trata meramente de un sistema lógico-matemático (Modus ponens – Modus tollens) sino de un entramado de decisiones-con-sentido que se ocurren en un contexto socio-histórico determinado.

Tales inferencias y decisiones tienen que ver con la conciencia, que opera como un ámbito en el que el sentido de la acción es encontrado. Así, la conciencia actúa como un agente de diálogo social del sujeto consigo mismo, ya que allí se proveen las argumentaciones necesarias para la acción humana propiamente dicha: por esto, “(...) toda moral consiste en un sistema de reglas y la esencia de cualquier moralidad hay que buscarla en el respeto con que el individuo adhiere a estas reglas” (Piaget, 1983, p. 9).

Cuando se invoca un campo de reflexiones y ya no se hace referencia al sujeto aislado, sino al entramado social intersubjetivo, se habla de la moral en sentido amplio, en donde se comparten o no creencias, se cumplen o no reglas, bajo determinadas condiciones para evaluar lo que es verdad y, en consecuencia, en esta perspectiva “(...) hay un horizonte último de legitimidad política y jurídica, unas creencias morales compartidas de libertad, igualdad y solidaridad” (Cortina, 1990, p. 17). Es decir, la moralidad entendida en un sentido amplio, donde sus relaciones con lo político y lo jurídico determinan, en últimas, cómo el individuo actúa, o ha de actuar, en el contexto social en el que vive, pues en dicho contexto se es no sólo sujeto moral, sino político y jurídico al mismo tiempo.

Desde esta visión lo moral tiene como referencia directa el mundo social, lo cotidiano, la acción humana en contexto. En el mundo contemporáneo la moralidad ha pasado de ser casi exclusivamente una referencia religiosa y universal a constituirse también en una social y local instalada en la intersubjetividad.

Desde un punto de vista analítico, la moral incluye varios campos de referencia, tales como: el razonamiento, los sistemas de creencias y sentimientos emocionales, las teorías acerca de lo bueno y lo justo, la conciencia, y el orden de la acción en sentido estricto.

De esta manera el razonamiento moral en particular constituye la habilidad o competencia para discernir entre lo que es correcto o incorrecto, bueno o malo, en una situación dilemática, es decir, en aquellas ocasiones en que entran en conflicto valores apreciados por la persona o por la sociedad y que en principio son igualmente importantes y demandan deberes o compromisos equivalentes; este componente puede determinar la acción por la vía de los derechos y deberes que surgen a partir de una situación (Kohlberg, 1989). Resolver tales situaciones dilemáticas implica discernir bien cuáles son los valores, deberes, derechos o bienes en conflicto para luego realizar un juicioso análisis y ponderación que permitan encontrar una salida justificada, es decir, una que esté respaldada por el peso de los argumentos y no sólo por la intuición o la emoción (Beauchamp & Childress, 2001).

En el sistema teórico del desarrollo moral propuesto por Kohlberg (1989), se diferencian los estadios, las orientaciones morales o categorías básicas, las perspectivas sociales, y los contenidos acerca de los cuales se razona, también asimilados a los valores convencionales que se adoptan en una comunidad o sociedad particular. Dichos valores o contenidos referenciales juegan un papel fundamental en todo razonamiento moral, igual en los sistemas de creencias y sentimientos, y en las perspectivas de acción, ya que para razonar, creer, sentir y actuar, se requiere de un referente que es propio de tal o cual entramado social.

Así las cosas, el altruismo, el contrato social, la confianza en los demás, la justicia en el intercambio, la conciencia, la descentración del propio punto de vista y la posibilidad de asumir roles sociales distintos, son valores o campos temáticos referenciales absolutamente cruciales en nuestra sociedad; en otras palabras, representan los "objetos reales", las referencias más directas de nuestros pensamientos morales.

El altruismo se refiere a la búsqueda o fomento del beneficio del otro. Se podría hablar de altruismo extremo y altruismo individual aparente, porque al fin y al cabo, hacer bien a otra persona debe causar algún tipo de satisfacción en quien lo hace, obteniéndose así un beneficio personal. Pareciera así que la acción moralmente correcta, aunque en extremo, es aquella que tiene consecuencias favorables para todos, excepto para quien la ejecuta (Motuchi, 2001).

El contrato, la confianza y la justicia en el intercambio exigen acuerdos sociales fundantes de la sociedad; en el contexto de la presente investigación

corresponde al "actuar y responder de acuerdo al quehacer desde la práctica médica" (Suárez, Giovanni, & Escobar-Melo, 2007).

El contrato social corresponde al acuerdo que existe en una comunidad para obedecer las normas que protegen la vida o la libertad, donde se impone la obligación moral de no aceptar las violaciones de estas y de enfrentarse a ella (Kohlberg, 1992). Lo opuesto al contrato corresponde al tiempo inmemorial en que no existía el bien y el mal y los sujetos vivían en "estado de naturaleza", forzados a participar en la guerra de todos contra todos, donde seguramente la vida era solitaria, miserable, sórdida, bestial y corta (Rousseau, 1778/2000).

La justicia en esta línea de ideas corresponde a la distribución equitativa de los derechos, beneficios y responsabilidades o cargas en la sociedad, entre todos los miembros que componen una comunidad. El principio de justicia tiene que ver con lo que es debido a las personas, con aquello que de alguna manera les pertenece o les corresponde; cuando a una persona le corresponden beneficios o cargas en la comunidad, estamos sin duda ante una cuestión de justicia (Ferrer, 1998).

La conciencia refiere la capacidad del ser psicológico en la cual se descubre un doble saber acerca del propio pensamiento moral y de sus acciones, la que se levanta como la norma moral más importante para guiarse en la vida dado que facilita los procesos de reflexión y la razón que puede juzgar la bondad o la maldad de una acción desde una perspectiva constructiva, pero que depende de grandes procesos de auto comprensión y experiencia vivida, a través, del quehacer diario (Simón, 2001). La conciencia es así el máximo juez al que el individuo puede acudir para determinar lo que está bien o está mal. Por esta razón en la legislación se reconoce que en determinadas circunstancias los ciudadanos tienen el derecho de "objeción de conciencia", pues más allá del acuerdo social frente a una determinada materia, por ejemplo, el aborto, las creencias y valores profundamente anclados en la conciencia de un individuo han de ser respetados.

Al respetar al individuo y su conciencia se está respetando la autonomía y dignidad de las personas, a la vez que se están fortaleciendo las bases de una sociedad verdaderamente democrática: "el reconocimiento de la autonomía personal, la dignidad que, en consecuencia, a todo hombre compete, los derechos humanos, el derecho imparcial, la forma de vida de-

mocrática se ha incorporado a nuestro saber moral en un proceso que resulta ya irreversible, de modo que renunciar a todo ello significa ya renunciar a nuestra propia humanidad” (Cortina, 1990, p. 23).

En este sentido, el quehacer cotidiano nos puede o no conducir a la auto-descentración, donde la acción no está mediada por el interés y beneficio individual, sino el colectivo. La adopción de roles se presenta entonces como la capacidad de toma de perspectiva diferente a la propia. Ser capaz de contemplar la propia posición y la de los demás cuando de dilemas ético-morales se trata es una habilidad básica para poder analizar, debatir y solucionar dichos conflictos (Suárez, Giovanni & Escobar-Melo, 2007).

Así la ética como disciplina y su apelación a la conciencia se puede asumir como el conjunto de normas y conductas socialmente construidas que los individuos consideran para vivir en comunidad de forma a realizar quehaceres compartidos que puedan conducir al bienestar de todos (Garzón, 2000).

La ética constituye el canon teórico filosófico conceptual de las interacciones y comunicaciones sociales. Está en un nivel reflexivo, aunque de naturaleza teórico-práctica. Su referencia puede ser la moralidad como sistema de razonamiento y de contenido temático, es decir, de los valores o contenidos específicos. La ética ha de mostrar cómo “los principios pueden encarnarse en la vida social y personal” (Cortina, 1990, p. 41)

Desde la aparición de la bioética una gran parte de las reflexiones éticas ya no se refieren de manera exclusiva a la conciencia o a una determinada teoría del bien. La bioética se ha considerado como el estudio interdisciplinario del conjunto de condiciones que exige una gestión responsable de la vida humana (o de la persona humana), en el marco de los rápidos y complejos progresos del saber y de las tecnologías biomédicas (Roy, 1979, citado por Durand, 2007).

En el marco de la bioética es posible pensar en el diálogo como mecanismo de solución de problemas ético-morales propios de una sociedad del conocimiento. También ha sido un escenario de redefinición de valores fundamentales para la convivencia pacífica en una sociedad de grandes avances biotecnológicos y que es a la vez plural y multicultural.

La dignidad, por ejemplo, aparece como un criterio ético fundamental, que consiste en el respeto por el ser humano en cuanto tal, teniendo en cuenta sus derechos inalienables, reconociéndole su especial posición entre las diversas criaturas vivientes dado

que es un ser autónomo llamado a auto-gobernarse mediante reglas racionalmente establecidas.

De la dignidad humana y la autonomía es solidaria la beneficencia que constituye exigencias frente al respeto de la autonomía ajena. De esta manera la beneficencia exige actos positivos que promuevan el bien y la realización de los demás (Ferrer, 1998). Por tanto, en este caso el quehacer médico se inscribe bajo el principio de “no hacer daño” mecanismo regulador de las decisiones en la práctica clínica (Garzón, 2000).

En el mismo sentido, la no maleficencia establece obligaciones absolutas de no hacer daño y está muy cerca de lo que son las reglas jurídicas que establecen los mínimos que han de regir la vida en sociedad, mientras que la beneficencia lo que establece son máximos que han de ser justificados según determinados contextos, por ejemplo, en el caso de las particulares obligaciones de hacer el bien que tienen los profesionales de la salud.

En el marco de la relaciones entre profesionales de la salud y pacientes, la confidencialidad aparece como un valor fundamental y de gran relevancia en bioética clínica. Es un expresión de respeto a las personas, lo que implica a su vez el respeto a sus derechos y la no discriminación (Suárez, Giovanni & Escobar-Melo, 2007).

Estas obligaciones de respeto a las personas y sus derechos tienen un correlato en las normas jurídicas de reciprocidad e igualdad (Johnston, 1988, citado por Vasco, Bello, Ortiz & Zorro, 1994). Finalmente, el deber de cuidado como valor bioético y moral da prioridad a la salud, bienestar y calidad de vida del paciente respondiendo a sus necesidades en un marco institucionalmente determinado (Suárez, Giovanni & Escobar-Melo, 2007).

La reflexión anterior permite postular que el pensar, en el sentido del razonar moralmente en situaciones clínicas, implica diversos valores referenciales.

En esta perspectiva y para efectos analíticos y de construcción de la “Escala C de Razonamiento Moral”, se elaboró una matriz (Tabla N° 1) con dos ejes, el horizontal que contiene las categorías psicológicas (altruismo, contrato-confianza-justicia, conciencia, descentración interés propio, adopción de roles) y el vertical las bioéticas (dignidad, beneficencia, confidencialidad y cuidado), todas implicadas en el razonamiento moral; en el cruce de los dos ejes se redactaron los ítems objeto de validación.

En esta línea de ideas, la coalescencia de lo psicológico y lo bioético, permite un acercamiento al cómo comprenden y cómo construyen unos sujetos, para este caso estudiantes de medicina, un marco de ideas, inferencias y juicios en general que de una manera u otra orientan las decisiones frente a situaciones dilemáticas, que se instalan continuamente en una práctica profesional crucial para el bienestar como lo es el quehacer médico-clínico.

Tabla 1.

Cruce de variables entre razonamiento moral y bioética

CRUCE DE VARIABLES					
Razonamiento moral	Altruismo	Contrato, confianza, justicia intercambio	Conciencia	Descen-tración interés propio	Adopción roles
Bioética					
Respeto por la dignidad					
Beneficencia					
Confidencialidad					
Deber de cuidado					

Las razones de un cruce de doble entrada como la matriz anterior tiene como intencionalidad teórica y metodológica, crear ítems plausibles que permitan explorar la forma como un sujeto se enfrenta a un dilema clínico específico, donde dicho dilema pueda igualmente ser explorado y abordado desde unas determinadas temáticas o valores referenciales.

Objetivo General

Establecer la validez de la "Escala C de Razonamiento Moral" mediante un análisis de distribución de frecuencias e inferencia de la competencia de discriminación poblacional y un procedimiento de consistencia ítem y muestra total a partir de la prueba de ji-cuadrado.

Objetivos Específicos

Establecer la validez de contenido de los instrumentos a través del juicio de expertos.

Establecer la validez de constructo de los instrumentos a través del juicio de expertos.

Establecer la confiabilidad de los instrumentos, a través de la consistencia interna por medio de un análisis de medianas y la prueba ji-cuadrado.

Contribuir al conocimiento del razonamiento moral de los estudiantes de Medicina desde la validación de la prueba respectiva.

MÉTODO

Tipo de investigación

La investigación realizada es de tipo cuantitativo, de construcción de instrumentos de medición y evaluativa de corte psicométrico, en el sentido del cálculo de la validez y confiabilidad.

Cuantitativa en términos de haber utilizado un análisis de medianas de ítems provenientes de dos escalas previas ("Escalas A y B"), que estableció la distribución de las frecuencias y la inferencia acerca de la competencia de discriminación poblacional, además de un procedimiento de consistencia ítem y muestra total, que calculó el coeficiente de probabilidad, ji-cuadrado, con un valor igual o menor a 0.05, (H_1 de elección), el cual determinó si el ítem correspondiente era elegible para hacer parte estructural de la "Escala C", lo que está en el contexto de un "análisis estadístico que establece patrones de comportamiento" (Hernández, Fernández & Batista, 1988 - 2003).

De construcción de instrumentos de medición, en el sentido del planteamiento de ítems pertinentes que buscan la caracterización del razonamiento moral, propósito que se adhiere a los estudios de tipo descriptivo, que tienen la intencionalidad de especificar las propiedades, las características y los perfiles de una persona, grupo, comunidad o cualquier fenómeno que se someta a análisis, al medir, evaluar o recolectar datos sobre los componentes del fenómeno a investigar (Hernández, et al., 2003).

Evaluativa de corte psicométrico, en la perspectiva de investigación descrita por Polit & Hungler (2000, p. 196), como un "un estudio aplicado cuyo propósito es determinar la eficacia de un programa, práctica, procedimiento o política", ya que se valida una Escala específica por medio del cálculo de la validez y la confiabilidad.

Participantes

Una vez ajustados los ítems de las escalas mencionadas ("Escalas A y B"), éstas se aplicaron a una muestra conformada por los estudiantes que estaban en ese momento cursando los semestres 6° y 7° de la Carrera de Medicina de una universidad privada en la ciudad de Bogotá-Colombia, durante el primer período académico de 2008 y que correspondieron

a un total de 53 estudiantes. La elección de los participantes se realizó siguiendo un enfoque típico de una muestra intencional no probabilística de la clase "sujeto-tipo", ya que "el objetivo es la riqueza, profundidad y calidad de la información, no la cantidad ni la estandarización" (Hernández et al., 1998).

El empleo de este tipo de muestra constituyó una cuidadosa elección de los sujetos de forma que respondieran a unas características específicas en la perspectiva de que no fueran ni de los semestres avanzados ni de los iniciales, es decir, una población intermedia, que reuniera elementos ascendentes, de los primeros semestres, y descendentes de los últimos, respecto de la formación médica; como menciona Báez (2003), el interés en esta muestra se asienta generalmente sobre la base de un buen conocimiento de los estratos de la población y/o de los individuos más "adecuados" para los fines de la investigación.

Los participantes que se adscribieron al estudio, fueron repartidos así: en el semestre 6° participaron respondiendo la "Escala A" 15 y la "Escala B" 16 sujetos; en el semestre 7° la "Escala A" 12 y la "Escala B" 10 sujetos, para un total de 53 participantes. En la "Escala B" se anuló uno de los sujetos del 7° semestre pues no respondió a dos ítems y en uno en particular colocó dos respuestas. De esta población se encontró dos estudiantes entre los 18 – 19 años, 32 estudiantes entre los 20 – 21 años, 17 estudiantes entre los 22 – 23 años, y 2 estudiantes entre los 24 – 25 años, de los cuales 34 participantes eran mujeres y 19 participantes eran hombres.

Instrumento

La "Escala C de Razonamiento Moral" de acuerdo con el objetivo de la investigación de base, permite explorar las formas de razonamiento moral en situaciones clínicas de estudiantes de Medicina.

Fue construida en su primera versión ("Escalas A y B") a partir de un instrumento cualitativo (Suárez, Giovanni, & Escobar-Melo, 2007) con iguales intencionalidades; en su versión definitiva, "Escala C de Razonamiento Moral", y después de los procesos de validez y confiabilidad respectivos, quedó compuesta por 20 ítems de escala tipo Likert. (ver anexo).

Procedimiento

Fase 1. Con base en el instrumento cualitativo (Suárez, Giovanni, & Escobar-Melo, 2007) se construyeron dos Escalas tipo Likert, "A" y "B", las cuales fueron sometidas a juicio de expertos, tarea realizada por el Grupo de "Investigación Bioética Clínica y Filosofía

de la Medicina", del Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Javeriana, bajo los parámetros teórico-metodológicos de validez de constructo y criterio.

Cada escala implicó un caso hipotético sobre la práctica médica y cuarenta ítems que evaluaban el razonamiento moral de los estudiantes de medicina en dicha situación basándose en la valoración personal, que se adscribe a veinte cruces entre las categorías de análisis (ver Tabla N° 1). Este conjunto de ítems o reactivos, estaba expresado en términos de una serie de enunciados (de tipo positivo o negativo) para ser respondidos en forma escrita.

Fase 2. Para establecer la validez de los ítems y poder construir una nueva escala, que posteriormente se denominó como "Escala C", se procedió a realizar un análisis de medianas de cada ítem, de forma que se pudiera evidenciar la distribución de las calificaciones correspondientes dadas por todos los sujetos; una vez conseguidas las frecuencias de calificación para cada ítem (Totalmente de Acuerdo "TA" = 5; de Acuerdo "A" = 4; Indiferente "I" = 3; en Desacuerdo "D" = 2 " y Totalmente en Desacuerdo "TD" = 1 - puntaje inverso para las proposiciones negativas-) se determinó la distribución de las frecuencias, para inferir si el ítem discriminaba o no a la población, y en consecuencia eliminarlo o aceptarlo.

Fase 3. El análisis anterior permitió eliminar un conjunto significativo de ítems y la construcción de la "Escala C"; en este sentido la medición por medio de códigos numéricos (datos cuantificables), y estadísticos específicos, llevó a establecer la frecuencia de las tendencias de respuestas de los estudiantes y su relación con el instrumento en su totalidad, dando lugar a un "análisis estadístico que establece patrones de comportamiento" (Hernández, et al., 2003), lo cual, responde al objetivo de la investigación.

El grupo de investigación, tabuló en tablas de contingencia las respuestas directas de cada uno de los estudiantes, configurando un archivo para cada cuadernillo ("Escala A" y "Escala B"), y este se dividió dependiendo del tipo de los ítems (orientados positivamente o negativamente). Para luego introducir la fórmula "SI" de Excel, con la cual se daba una puntuación a las respuestas según el siguiente criterio: "TA": 5 – "A": 4 – "I": 3 – "D": 2 – "TD": 1, como lo recomienda Jiménez (2006), en su texto "Procedimiento estadístico de datos para establecer indicadores de validez de confiabilidad y escalas de actitudes".

Una vez completadas estas tablas de contingencias con las respuestas directas y los puntajes para cada una por sujeto, se procedió a establecer cuáles eran los

sujetos consistentes en sus respuestas; con los sujetos consistentes se determinó la mediana, lo que estipuló qué sujetos tenían puntajes inferiores o superiores a ésta, con lo que se logró crear una tabla de contingencia utilizando solo las puntuaciones de respuesta y ordenándolas del puntaje total menor al mayor (Jiménez, 2006), con el objetivo, de encontrar la frecuencia de repuesta en los puntajes bajos y los puntajes altos; de la misma forma se realizaron tablas de contingencia para los sujetos que puntuaron superiores a la media, según especificaciones de Jiménez (2006).

Los datos se procesaron bajo un modelo cuantitativo de consistencia entre el ítem y la muestra total, por medio del coeficiente de ji-cuadrado, basado en un valor de probabilidad p , dado que "... el estadístico χ^2 (ji-cuadrado) que mide la diferencia entre el valor que debiera resultar si las dos variables fuesen independientes y el que se ha observado en la realidad", entendiéndose que a mayor la diferencia mayor la relación entre variables, (Pita & Pértega, 2004); en este sentido el criterio definitorio fue que a mayor sea el valor de χ^2 , menos verosímil es que la hipótesis sea correcta. De la misma forma, cuanto más se aproxima a cero el valor de χ^2 , más ajustadas están ambas distribuciones; lo anterior permitió obtener para cada ítem el valor p correspondiente; para un valor mayor o igual a 0.05 (H_0 de rechazo del ítem) el ítem en cuestión se eliminaba; para un valor igual o menor a 0.05, (H_1 de elección) el ítem correspondiente fue considerado elegible para hacer parte estructural de la nueva "Escala C".

RESULTADOS

Las Tablas N° 2 y 3 que a continuación se pueden observar muestran los resultados del coeficiente de ji-cuadrado a partir de los cuales se escogieron los ítems para conformar la "Escala C" de Valoración del Razonamiento Moral en estudiantes de Medicina de una universidad privada en la ciudad de Bogotá-Colombia; la Tabla N° 1 se refiere a la "Escala A" con 40 ítems y la Tabla N° 2 a la "Escala B", respectivamente.

Los resultados anteriores, evidenciaron que el caso de la "Escala B" a diferencia del caso de la "Escala A", tenía una situación clínica más cotidiana en la práctica, los términos médicos utilizados tenían menor grado de dificultad lo que permitió elevar los procesos de reflexión y tener una mayor comprensión de dicho caso.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El razonamiento moral recurre a una estructura lógica apropiada para tomar decisiones en determinadas temáticas, usualmente llamadas valores, y a partir de dicha estructura, generar juicios morales que, por lo general, el sujeto pueda considerar válidos (Motuchi, 2001); los juicios orientan la acción y en la práctica de la medicina son cruciales, ya que tienen fuerte impacto en las vidas de sus pacientes y en las familias de estos.

Fundamentalmente la medicina clínica es el resultado de diversos juicios de carácter práctico, en los cuales las valoraciones de tipo técnico-científico van ligados íntimamente a valoraciones de tipo ético, político, jurídico y económico; la visión del ejercicio clínico como un mero cálculo matemático o estadístico es una deformación producida en el seno de una sociedad ha buscado normatizar, naturalizar y controlar todos los ámbitos de la vida.

Conscientes del valor crucial del razonamiento moral en situaciones clínicas se construyó el instrumento descrito de forma que permitiera explorar este proceso psicológico utilizado a la hora de tomar decisiones en casos dilemáticos y éticos reales.

En concordancia con lo anterior, el objetivo de investigación fue el de establecer la validez de contenido y constructo, así como la confiabilidad a partir de la consistencia interna de un instrumento de evaluación.

Este instrumento podrá ser empleado a futuro con fines de mejorar los procesos de formación en facultades de medicina, con base en ejercicios de reflexión permita visibilizar las características en el razonamiento moral de los estudiantes en diferentes semestres de la carrera.

En este sentido, un aspecto importante a destacar en cuanto a los resultados, es la validez de contenido, que fue establecida mediante un juicio de expertos, de forma a responder a la premisa de que cada uno de los ítems de los instrumentos (80 en total para las dos escalas precursoras) era pertinente al evaluar las características que cada una de las categorías definía sobre el actuar médico en un caso específico. Como lo define Cohen (2006) "un juicio de cuán adecuadamente una prueba es una muestra de la conducta representativa dentro del universo de conductas que la prueba fue diseñada para ejemplificar" (Cohen, 2006, p. 159).

Tabla 2

Escala A, análisis de la frecuencia observada y la frecuencia esperada por medio de ji-cuadrado, de los puntajes de la muestra en cada ítem

ítem	sentido	coeficiente χ^2	Resultado
1	Positivo	0,259656541	No Consistente
2	Positivo	0,589100043	No Consistente
3	Positivo	0,434464291	No Consistente
4	Negativo	Fuera de rango	No Consistente
5	Positivo	0,434464291	No Consistente
6	Positivo	0,693196202	No Consistente
7	Negativo	0,60333177	No Consistente
8	Negativo	0,75615833	No Consistente
9	Negativo	0,222994	No Consistente
10	Negativo	0,21419313	No Consistente
11	Negativo	0,03814188	Consistente
12	Positivo	0,589100043	No Consistente
13	Positivo	Fuera de rango	No Consistente
14	Positivo	0,589100043	No Consistente
15	Positivo	0,434464291	No Consistente
16	Positivo	0,952091791	No Consistente
17	Negativo	0,03997961	Consistente
18	Negativo	0,80856952	No Consistente
19	Negativo	0,1886666	No Consistente
20	Negativo	0,10034828	No Consistente
21	Negativo	0,00561323	Consistente
22	Negativo	0,39646499	Consistente
23	Positivo	Fuera de rango	No Consistente
24	Positivo	Fuera de rango	No Consistente
25	Positivo	Fuera de rango	No Consistente
26	Positivo	0,259656541	No Consistente
27	Positivo	0,004722884	Consistente
28	Positivo	0,434464291	No Consistente
29	Negativo	0,10034828	No Consistente
30	Negativo	0,00561323	Consistente
31	Negativo	Fuera de rango	No Consistente
32	Negativo	0,1886666	No Consistente
33	Positivo	0,259656541	No Consistente
34	Negativo	0,80856952	No Consistente
35	Negativo	0,79195909	No Consistente
36	Positivo	0,693196202	No Consistente
37	Positivo	0,007750071	Consistente
38	Negativo	0,25456495	No Consistente
39	Negativo	0,03997961	Consistente
40	Negativo	0,86948178	No Consistente

De la Escala A resultaron elegibles los ítems 11, 17, 21, 22, 27, 30, 37, 39.

Tabla 3

Escala B, análisis de la frecuencia observada y la frecuencia esperada por medio de ji-cuadrado, de los puntajes de la muestra en cada ítem.

ítem	sentido	coeficiente χ^2	Resultado
1	Positivo	0,026856698	Consistente
2	Positivo	Fuera de rango	No Consistente
3	Positivo	0,007981619	Consistente
4	Positivo	0,000165205	Consistente
5	Negativo	3,82E-28	Consistente
6	Positivo	0,520894821	No Consistente
7	Positivo	0,111283631	No Consistente
8	Negativo	1,37E-05	Consistente
9	Negativo	0,17971259	No Consistente
10	Negativo	0,00543311	Consistente
11	Negativo	2,59E-05	Consistente
12	Positivo	0,001496164	Consistente
13	Positivo	0,000854018	Consistente
14	Negativo	0,10331604	No Consistente
15	Positivo	0,001496164	Consistente
16	Positivo	0,001631543	Consistente
17	Positivo	0,001771195	Consistente
18	Positivo	Fuera de rango	No Consistente
19	Positivo	0,000472237	Consistente
20	Negativo	1,37E-05	Consistente
21	Positivo	0,026470804	Consistente
22	Negativo	0,10331604	No Consistente
23	Positivo	0,000252794	Consistente
24	Negativo	0,03176545	Consistente
25	Positivo	0,000304908	Consistente
26	Negativo	0,03445016	Consistente
27	Positivo	0,001631543	Consistente
28	Negativo	0,03176545	Consistente
29	Negativo	Fuera de rango	No Consistente
30	Negativo	Fuera de rango	No Consistente
31	Positivo	0,000252794	Consistente
32	Negativo	0,00299251	Consistente
33	Negativo	0,00073444	Consistente
34	Negativo	2,59E-05	Consistente
35	Negativo	5,32E-24	Consistente
36	Positivo	0,001631543	Consistente
37	Negativo	1,07E-59	Consistente
38	Negativo	0,10331604	No Consistente
39	Negativo	8,41E-18	Consistente
40	Positivo	0,001747872	Consistente

De la Escala B resultaron elegibles los ítems, 1, 3, 4, 5, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40.

Así las cuestiones pertinentes, la redacción de cada uno de los reactivos y del caso dilemático tienen un papel determinante a la hora de establecer la validez de contenido, pues es claro que los ítems sufrieron profundos cambios de manera que pudieran ser comprensibles, concisos, coherentes y oportunos, sin que se indujeran las respuestas con términos valorativos como “nunca”, “siempre”, “bueno”, “malo”, “sí” o “no”. Se cuidó que las palabras utilizadas no pudieran tener interpretación en cuanto a sus significados diferenciales, por lo que se evitó el lenguaje que tuviese doble interpretación por contexto de vida, enmarcados, por ejemplo, en la región de procedencia, el género, o la condición socio-económica.

Lo anterior, evidenció que el instrumento “Escala B”, a diferencia del instrumento “Escala A”, reflejaba una situación clínica más cotidiana en la práctica y los términos médicos utilizados tenían menor grado de dificultad, lo que permitió elevar los procesos de reflexión y tener una mayor comprensión.

Por otra parte, dentro del estudio resulta relevante hacer alusión a la muestra; en este caso es claro destacar que la población con la que se llevó a cabo el estudio fue bastante homogénea tomando en cuenta que presentaba características muy similares entre sí.

Se encontró por ejemplo que la mayor parte de la población que respondió el cuestionario fueron mujeres, ello indudablemente tiene cierta relevancia al hablar en términos de validez, particularmente validez de constructo, dado que está haciendo alusión al tipo de muestra con la cual se trabajó; de igual manera el instrumento cumplió cabalmente con el propósito de caracterizar ciertas conductas dirigidas al comportamiento médico en el marco del razonamiento moral de cada sujeto para intervenciones posteriores, dado que al entrar a indagar por la capacidad de reaccionar y tomar decisiones, estas decisiones fueron reflejándose en las tendencias de respuesta de la mayoría de los estudiantes que conservan y aplican en buena parte el principio de la práctica médica de “no hacer daño”.

Bajo estos presupuestos Cohen (2006) señala cómo la validez de constructo contiene diferentes clases de evidencia como la de homogeneidad, en la cual se evalúa cuán uniforme es cada uno de los reactivos para medir un solo concepto al mostrar correlación positiva significativa con la puntuación total, pues esto verificaría que cada reactivo tiene mayor probabilidad de estar midiendo el mismo constructo que la prueba en su conjunto lo que establece que todos los reactivos tienden a medir lo mismo.

En el caso de este trabajo al haber empleado el constructo de la ética profesional para explicar el comportamiento de los estudiantes de medicina en la práctica clínica ante los dilemas en el trato y/o tratamiento a un paciente, se tuvo en cuenta que las afirmaciones tuvieran un alto grado de uniformidad, logrando así medir un solo concepto y mostrar correlación positiva significativa con la puntuación total; todo ello se verificó indudablemente en la mayor consistencia de los ítems del instrumento B con respecto al instrumento A, lo que establece que todos los reactivos tienden a medir lo mismo.

En esta perspectiva la validez de constructo del presente estudio se reconoce como amplio pues maneja un enfoque de análisis general ya que evaluó en el instrumento la forma en que las puntuaciones de la prueba se relacionan con otras y si existen tendencias de respuesta claras; también evaluó la forma en que las puntuaciones de la prueba pueden ser entendidas dentro de un contexto teórico en este caso si se expresan de manera clara para el contexto médico y logran ser comprendidas y contextualizadas en un contexto real.

Los resultados obtenidos durante el proceso de validación demostraron un alto grado de consistencia en el instrumento “Escala B” dado que, la mayoría de los ítems consistentes están ubicados en éste, con una varianza de error de 0.05, por lo cual, se considera confiable. Es claro que la confiabilidad de una prueba está indicada por la medida en la que las diferencias individuales en los resultados pueden atribuirse a “verdaderas diferencias” en las características consideradas y el grado en el que pueden deberse a errores fortuitos; de igual forma la confiabilidad permite estimar las proporciones de la varianza total de las puntuaciones (Cohen, 2006).

Los ítems consistentes tuvieron una varianza menor a entre 1,0859 a 0,039979607 que es menor de 0.05, y demostró que el espectro en el que se mueven las variables (ítem y respuesta) está profundamente relacionados y son muy pequeños. Aunque es importante mencionar que en el cruce entre las categorías de “Descentración del interés propio” y “Respeto por la dignidad”, al hacer la depuración para construir el último instrumento, quedó sin ítems consistentes, por lo que se decidió ampliar el rango a 0.11 para aceptar el ítem que se inscribía a este cruce y que no estuviera tan lejano en la consistencia interna de los demás reactivos.

Es pertinente precisar que lo anteriormente dicho, puede atribuirse al número de la muestra, ya que este

es pequeño y permite que el dato para el análisis quede en un rango superior que los de los demás.

Teniendo en cuenta todo lo anterior se construyó la “Escala C de Razonamiento Moral”, con 20 ítems, a partir del análisis de ji-cuadrado, de los instrumentos “Escala A” y “Escala B”; dichos ítems se inscriben en el cruce de sub-categorías anteriormente presentada en la Tabla N° 1. A continuación se presenta la “Escala C de Razonamiento Moral” en su versión final, producto de la presente investigación.

A modo de conclusión, todo investigador precavido desea que sus instrumentos le generen suficiente confianza, en una especie de relación empática y simbiótica con ellos, de forma que pueda hablar con propiedad de sus hallazgos, aspecto al que se hace referencia en la presente investigación, al lograr tener un instrumento válido y confiable; en esta línea de ideas, se concluye, que la “Escala C” se construyó con los ítems más válidos y confiables de las “Escala A” y “Escala B”, lo que garantiza que al evaluar los procesos razonamiento moral de los estudiantes de una Carrera de Medicina, se pueda dar cuenta de sus cambios, transformaciones y trayectorias respectivas.

REFERENCIAS

- Baéz, B. (2003). *Metodología de la investigación Científica*. Colombia: Publicaciones de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.
- Beauchamp, T. & Childress, J. (2001). *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press.
- Cohen, R. (2006). *Pruebas y Evaluación Psicológicas: Introducción a las pruebas y a la medición*. México: McGraw- Hill.
- Cortina, A. (1990). *Ética sin moral*. Madrid: Editorial Ethos.
- Durand, G. (2007). Naturaleza de la Bioética. En: *Revista Selecciones de Bioética* No. 12. Bogotá D.C.: Instituto de Bioética-Cenalbe. Pontificia Universidad Javeriana. p. 7-15
- Ferrer, J. S.J. (1998). *Los principios de la bioética*. Cuadernos del Programa Regional de Bioética OPS/OMS, No. 7.
- Garzón, F. (2000). *Bioética: manual interactivo*. Bogotá: 3R.
- Hernández, R.; Fernández, C. & Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. México: McGraw – Hill. Tercera Edición
- Jiménez, M. (2006). *Guía de trabajo para la elaboración del trabajo final sobre medición de actitudes*. Bogotá: Universidad Javeriana.
- Kohlberg, L. (1989). Estudios morales y moralización: el enfoque cognitivo-evolutivo. En: *El mundo social en la mente Infantil*. Madrid: Alianza.
- Kohlberg, L. (1992). *Psicología del desarrollo moral*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Motuchi, L. (2001). *Ética y razonamiento moral. Dilemas morales y comportamiento ético en las organizaciones*. Recuperado el 29 de noviembre de <http://www.cema.edu.ar/publicaciones/download/documentos/219.pdf>
- Piaget, J. (1983). *El criterio moral en el niño*. Barcelona: Fontanella S. A.
- Pita Fernández, S. & Pértega Díaz, S. (2004). *Asociación de variables cualitativas: test de Ji-cuadrado*. Recuperado el 29 de noviembre de 2007 de <http://www.fisterra.com/mbe/investiga/chi/chi.asp>.
- Polit, DF.; Hungler, BP. *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. México: Interamericana-McGraw-Hill, 1991 (3ª ed.).
- Rousseau, J. J. (1778/2000). *El contrato social*. Barcelona: Edimat Libros.
- Simón, C. (2001). *Diccionario de Bioética*. Burgos: Montecarmelo.
- Suárez, D.; Giovanni, I. Escobar-Melo, H. (2007). *Construcción de un Instrumento de Evaluación Cualitativa del Razonamiento Moral de los Estudiantes de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana*. Bogotá D.C.: Facultad de Psicología – Universidad Javeriana. Microficha Biblioteca Alfonso Borrero.
- Vasco, E.; Bello, M.; Ortiz, M.; & Zorro, R. (1994). *Las orientaciones diferenciales en el criterio moral de los hombres y mujeres adolescentes de algunos colegios de Bogotá*. Tesis no publicada. Bogotá: Corporación Universitaria Iberoamericana. Facultad de Educación.
- Villegas, M. C. (2008). Desarrollo moral y predicción de la acción. En: Larreamendy-Joerns, J.; Puche-Navarro, R.; Restrepo, A. *Claves para pensar el cambio: Ensayos sobre psicología del desarrollo*. Bogotá: Uniandes – Ceso, Departamento de Psicología.

ANEXO

“Escala C de Razonamiento Moral”

Seudónimo:

Edad

Sexo:

Semestre:

A continuación encontrará un caso típico de la práctica médica clínica, este tiene cuarenta (40) afirmaciones, las cuales usted debe valorar de acuerdo con los siguientes criterios: 1 = Totalmente en desacuerdo con la afirmación; 2= En desacuerdo con la afirmación; 3= Indeciso con la afirmación; 4 = De acuerdo con la afirmación; 5 = Totalmente de acuerdo con la afirmación.

Por favor llenar el cuestionario con lápiz o bolígrafo negro, si tiene alguna duda consúltela con él o la encargada de suministrar la prueba.

CASO C

Un paciente masculino afro descendiente de 37 años es traído al servicio de urgencias porque, según los familiares, hace 40 minutos, mientras se encontraba viendo televisión, presentó un fuerte dolor en el pecho y se desmayó. La esposa es enfática en decir que 10 minutos después del desmayo el paciente dejó de respirar. Lo traen hasta ahora porque fue difícil encontrar transporte desde su casa.

Al ingreso, el paciente se encuentra con cianosis generalizada, presenta midriasis bilateral no reactiva a la luz. El médico de turno decide pasarlo a la sala de reanimación e iniciar las maniobras de reanimación cerebro-cardio-pulmonar. Pero en ese instante llega el médico coordinador del turno, quién le solicita al médico que se encuentra intentando reanimar al paciente, que por favor suspenda las maniobras, ya que el paciente estuvo más de 20 minutos sin recibir ningún tipo de atención (ni masaje torácico ni ventilación). Si se lograra sacar al paciente del paro, con toda seguridad tendría graves secuelas neurológicas. El médico que se encuentra reanimando le replica que, por el contrario, su deber máximo es el de hacerle un bien a todos los pacientes y que en este caso, hay que salvarle la vida a como dé lugar.

Afirmaciones

Valorar de acuerdo con los siguientes criterios: 1 = Totalmente en desacuerdo con la afirmación; 2 = En desacuerdo con la afirmación; 3 = Indeciso con la afirmación; 4 = De acuerdo con la afirmación; 5 = Totalmente de acuerdo con la afirmación.

1. El médico en su ejercicio profesional considera al paciente como un fin y busca su bienestar.

1 2 3 4 5
○ ○ ○ ○ ○

2. Las necesidades del paciente deben primar para el médico, sobre su interés profesional al realizar la reanimación.

1 2 3 4 5
○ ○ ○ ○ ○

3. El paciente es visto por el médico como un medio para mejorar su desempeño profesional, basándose solamente en el procedimiento establecido por el saber clínico.

1 2 3 4 5
○ ○ ○ ○ ○

4. El médico, al dar atención médica de calidad al paciente, no considera relevante el ámbito moral.

1 2 3 4 5
○ ○ ○ ○ ○

5. El médico reconoce que el paciente es el fin de su labor, por lo que su conocimiento debe estar orientado al bienestar de este.

1 2 3 4 5
○ ○ ○ ○ ○

6. Durante el proceso de reanimación el médico debe evaluar los riesgos y los beneficios, respondiendo a las necesidades del paciente.

1 2 3 4 5

7. Los intereses del médico al realizar la reanimación, se sobreponen a las consecuencias para el paciente.

1 2 3 4 5

8. La condición del paciente y el conocimiento del médico sobre esta, no son factores determinantes en el momento de la reanimación.

1 2 3 4 5

9. La perspectiva de la familia sobre las consecuencias colaterales para el paciente, deben ser tomadas en cuenta por el médico al realizar la reanimación.

1 2 3 4 5

10. Es obligación del médico velar por el bienestar del paciente, sin anteponer su interés personal y/o profesional.

1 2 3 4 5

11. El médico reconoce que, al no discriminar al paciente, está promoviendo su bienestar.

1 2 3 4 5

12. El ejercicio médico que resalta el hecho absoluto de salvar la vida del paciente, se antepone al bienestar de este.

1 2 3 4 5

13. El médico debe agotar todos los recursos, ya que el paciente tiene el derecho a recibir atención médica de urgencia, sin importar su etnia cultural.

1 2 3 4 5

14. Dar atención de calidad no implica necesariamente que el médico deba tomar una perspectiva diferente a la propia.

1 2 3 4 5

15. El médico no debe tener en cuenta la calidad de vida del paciente para promover su bienestar, al decidir si continua o no con la reanimación.

1 2 3 4 5

16. La atención del paciente esta mediada por el cumplimiento de los intereses del médico que lo atiende.

1 2 3 4 5

17. Prevalecen los conocimientos teóricos y prácticos del médico sobre la calidad de vida del paciente.

1 2 3 4 5

18.El médico es capaz de tener en cuenta los derechos del paciente, porque entiende la situación actual de la familia.

1 2 3 4 5

19.Para garantizar el bienestar del paciente, el médico no tiene porque considerar las secuelas neurológicas a largo plazo dado que su interés es salvarle la vida.

1 2 3 4 5

20.El médico tiene el deber de responder a todas las necesidades de salud del paciente con el fin de dar prioridad a su bienestar y calidad de vida.

1 2 3 4 5