



UNIVERSIDAD DEL ISTMO
FACULTAD DE EDUCACIÓN
MAESTRÍA EN BIOÉTICA

ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL CONOCIMIENTO DE BIOÉTICA EN LOS
PROFESIONALES MÉDICOS QUE TRABAJAN CON PACIENTES ONCOLÓGICOS

SONIA REGINA CARRERA HERNÁNDEZ

Guatemala, 30 de abril de 2012



UNIVERSIDAD DEL ISTMO
FACULTAD DE EDUCACIÓN
Maestría en Bioética

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL CONOCIMIENTO DE BIOÉTICA EN LOS
PROFESIONALES MÉDICOS QUE TRABAJAN CON PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Trabajo de Graduación
presentado al Honorable Consejo Directivo de la
Facultad de Educación

Por

SONIA REGINA CARRERA HERNÁNDEZ

Al conferírsele el título de

MÁSTER EN BIOÉTICA

Guatemala, 30 de abril de 2012



UNIVERSIDAD
DEL ISTMO

FACULTAD DE
EDUCACIÓN

Guatemala, 11 de mayo de 2012.

**EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE EDUCACIÓN DE LA
UNIVERSIDAD DEL ISTMO**

Tomando en cuenta la opinión vertida por los asesores de Trabajo Final, y considerando que el mismo satisface los requisitos establecidos, **AUTORIZA** a la Doctora **SONIA REGINA CARRERA HERNÁNDEZ**, la impresión de su Trabajo Final titulado:

"ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL CONOCIMIENTO DE BIOÉTICA EN LOS PROFESIONALES MÉDICOS QUE TRABAJAN CON PACIENTES ONCOLÓGICOS"

Previo a optar el título de

MÁSTER EN BIOÉTICA


Licda. Mirna Rubí Cardona de González
Decana

CC: Ar/3476
Bm/25/12
BA/HJG

7a. Avenida 3-67 zona 13
PBX (502) 2429-1400
Directo (502) 2429 - 1431
Fax: (502) 2475 - 2192
E-mail: fedu@unis.edu.gt
www.unis.edu.gt
Guatemala, Centroamérica



UNIVERSIDAD
DEL ISTMO

FACULTAD DE
EDUCACIÓN

Guatemala, 11 de mayo de 2012.

Señores
Consejo de Facultad
Facultad de Educación
Presente.

Estimados Señores:

Por este medio informo que he asesorado y revisado a fondo el trabajo de graduación que presenta la **DOCTORA SONIA REGINA CARRERA HERNÁNDEZ**, carné **2010-507**, de la carrera de Maestría en Bioética, el cual se titula **"ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL CONOCIMIENTO DE BIOÉTICA EN LOS PROFESIONALES MÉDICOS QUE TRABAJAN CON PACIENTES ONCOLÓGICOS"**.

Luego de la revisión, hago constar que la Dra. Carrera, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el *dictamen positivo* sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de estilo.

Atentamente,

Dr. Roberto David
Revisor de Fondo

CC: Archivo
B#: 16712
R2/BA

7a. Avenida 3-67 zona 13
PBX (502) 2429-1400
Directo (502) 2429 - 1431
Fax: (502) 2475 - 2192
E-mail: fedu@unis.edu.gt
www.unis.edu.gt
Guatemala, Centroamérica

Guatemala, 11 de mayo de 2,012

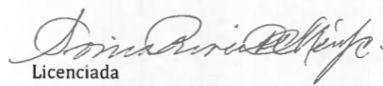
Doctor
Roberto David
Director de Bioética
Facultad de Educación

Estimado Dr. David:

Por este medio informo que he concluido la revisión de estilo del Trabajo Final que presenta la Doctora **SONIA REGINA CARRERA HERNÁNDEZ**, carné **2010-507**, de la carrera de Maestría en Bioética, el cual se titula "**ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL CONOCIMIENTO DE BIOÉTICA EN LOS PROFESIONALES MÉDICOS QUE TRABAJAN CON PACIENTES ONCOLÓGICOS**".

Luego de la revisión, hago constar que la Doctora SONIA REGINA CARRERA HERNÁNDEZ, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el *dictamen positivo* sobre dicho trabajo y confirmo que está listo para imprimir.

Atentamente,



Licenciada
Sonia Lucrecia Rivera de Méndez
Revisor de Estilo

ÍNDICE

I.RESUMEN	1
II.INTRODUCCIÓN	2
III.MARCO CONCEPTUAL	3
III.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
III.2. DELIMITANCÓN DEL PROBLEMA	4
III.3. JUSTIFICACIÓN	4
III.4. OBJETIVO GENERAL	6
III.5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
IV.MARCO TEÓRICO	8
IV.1. BIOÉTICA	8
IV.1.1. ANTECEDENTES	8
IV.1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA BIOÉTICA	10
IV.1.3. PRINCIPIOS BÁSICOS DE BIOÉTICA	12
IV.2. CONOCIMIENTO	14
IV.2.1. ANTECEDENTES	14
IV.2.2. CONOCIMIENTO Y BIOÉTICA	16
IV.3. ONCOLOGÍA	17
IV.3.1. DEFINICIÓN	17
IV.3.2. ANTECEDENTES	18
IV.3.3. EPIDEMIOLOGÍA	19
IV.4. BIOÉTICA EN ONCOLOGÍA	21
IV.4.1. ENFOQUE HACIA EL PACIENTE ONCOLÓGICO	21
IV.4.2. TRATAMIENTO PALIATIVO	22
IV.4.3. ¿POR QUÉ BIOÉTICA EN ONCOLOGÍA?	23
V.MARCO METODOLÓGICO	25
V.1. BOSQUEJO	25
V.2. ENCUESTA	26

IV.3. MÉTODO PARA TRATAMIENTO DE DATOS	30
VI.INFORME FINAL	32
VI.1.PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	32
VI.2.DISCUSIÓN DE RESULTADOS	51
VII. CONCLUSIONES	56
VIII. RECOMENDACIONES	58
IX.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	I
X.APÉNDICE	V

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

TABLAS

	Página
1 Principales tasas de incidencia de cáncer en el año 2000	20
2 Causas más frecuentes de muerte secundarias por cáncer	20

GRÁFICAS

	Página
1 Frecuencia de edad, según grupo etéreo	32
2 Frecuencia según años de experiencia trabajando con pacientes oncológicos	33
3 ¿Ha recibido algún tipo de formación en Bioética?	34
4 Comparación de resultados entre profesionales sin y con formación en Bioética	35
5 ¿Cree que es importante poseer conocimientos en Bioética para desarrollarse plenamente en su campo profesional?	36
6 Respuestas sobre el concepto de Bioética	37
7 ¿De la Ética Principalista, conoce los cuatro principios éticos?	38
8 Respuestas sobre el concepto del principio de "Autonomía"	38
9 ¿Alguna vez, le ha ocultado el diagnóstico real a su paciente, a petición de los familiares?	39
10 ¿Cree usted que el paciente tiene derecho a rehusar tratamiento, aunque esto pueda llevar a su muerte?	40
11 ¿Cree usted que el paciente terminal tiene derecho a decidir cómo y cuándo morir?	41
12 Respuestas sobre el concepto del principio de "Justicia"	42
13 Respuestas sobre el concepto del principio de "Beneficencia"	43
14 Respuestas sobre el concepto de "Beneficencia"	44
15 ¿Cree usted que está justificado utilizar todo tipo de medidas existentes para prolongar la vida de un paciente?	45
16 Respuestas sobre el concepto del principio de "No Maleficencia"	46
17 Comparación del conocimiento de los cuatro Principios Éticos	47
18 ¿Está usted de acuerdo con practicar la eutanasia?	48

19	¿Cree usted que debe ayudar a sus pacientes a morir con dignidad?	49
20	Porcentaje de profesionales que cambiaron su respuesta según el planteamiento de la pregunta	50
21	Respuestas sobre el concepto de "Consentimiento Informado"	50

I. RESUMEN

OBJETIVO: Determinar si los médicos que trabajan con pacientes oncológicos, poseen conocimiento sobre Bioética. **METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo realizado utilizando el Método DELPHI. Se realizó una encuesta estructurada a veinticinco médicos que tratan con pacientes oncológicos. **RESULTADOS:** El 100% consideró importante poseer conocimientos Bioética, sin embargo sólo 56% había recibido alguna instrucción. El 68% pudo identificar el concepto de Bioética. Ninguno fue capaz de nombrarlos cuatro principios de la ética principalista. El principio sobre el cual se posee mayor conocimiento es el de Justicia (68%), seguido No Maleficencia (60%). Los menos conocidos son Beneficencia (32%) y Autonomía (52). El 64% afirmó que el paciente podía decidir como y cuando morir. El 92% estuvo en contra de la eutanasia pero el 88% estuvo a favor de ayudar a morir con dignidad. **CONCLUSIONES:** No hay una buena base teórica respecto a los principios evaluados, lo que dificulta su puesta en práctica. **PALABRAS CLAVE:** Bioética, Conocimiento, Principios Éticos, Paciente Oncológico, Práctica Médica.

II. INTRODUCCIÓN

La Bioética se desarrolla a través del pensamiento de V. Potter (1970) quien acuñó el vocablo como: "...el mejor vivir en un medio natural." La "Enciclopedia de Bioética" escrita por Reich en 1978 definía la ciencia como: "...el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de la ciencia de la vida y la salud, analizada a la luz de los principios y valores morales."

En 1978, por primera vez se mencionan tres principios éticos básicos: autonomía, beneficencia y justicia. En 1979 se introdujo un cuarto principio: la no maleficencia. Estos principios han sido los criterios generales sobre los cuales se basan muchos de los preceptos éticos y valoraciones particulares de las acciones humanas. Además, estos cuatro principios son los pilares sobre los cuales se fundamenta no sólo la ética, sino también la práctica médica.

En la práctica profesional, el médico enfrenta dilemas Bioéticos constantemente, especialmente quien trata con pacientes oncológicos. El médico debe estar preparado para guiar adecuadamente a su paciente y ofrecerle la mejor opción disponible, respetando estos cuatro principios.

La presente investigación pretende determinar el conocimiento de Bioética en los profesionales médicos guatemaltecos que atienden a pacientes oncológicos. Únicamente identificando el nivel de conocimiento se pueden tomar medidas para reforzarlo y elaborar recomendaciones para una mejor práctica médica.

III. MARCO CONCEPTUAL

III.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El paciente oncológico, independientemente de la naturaleza de su enfermedad es un paciente diferente. Él enfrenta miedo a su presente -lo que va a sentir, qué dirán y sobretodo miedo a vivir-. Por otro lado, también surgen preocupaciones como la familia, el trabajo, la economía y el bienestar. El paciente oncológico se enfrenta directamente al hecho de que su vida es finita y que debe decidir que hacer con lo que le quede de ella. El apoyo familiar, cariño, compasión y entendimiento se vuelven indispensables para poder enfrentar todos los sentimientos e inquietudes abrumadoras que surgen.¹

El médico tratante es quien debe saber orientar al paciente sobre el camino por el cual la experiencia científica ha demostrado mejores resultados, teniendo en cuenta los cuatro principios de la ética principalista. Esta orientación es indispensable desde el momento del diagnóstico, pero se va haciendo más importante mientras los pacientes se acercan a la etapa final de la enfermedad.

Lamentablemente, a pesar de los esfuerzos realizados por distintas entidades, como la Asociación Guatemalteca de Bioética, la Bioética no es un tema que se conozca a profundidad y existen ciertos campos en los que puede ser difícil aplicar los principios fundamentales de dicha ciencia, si no se tiene un buen conocimiento de base. Uno de los campos, en los que se muestra mayor necesidad es el campo oncológico, donde constantemente se afrontan dilemas bioéticos.

Actualmente el cáncer es la segunda causa de muerte en Estados Unidos, y en Guatemala se presentan aproximadamente de dieciocho a veinte mil casos al

año.^{2,3}Desafortunadamente, según la Asociación Americana de Cáncer, se espera una elevación en la incidencia de los casos oncológicos. Es por esto que el conocimiento de los conceptos de autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia, cobran cada vez más importancia, para poder guiar de la forma más humana y correcta al paciente oncológico.

III.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

La investigación pretende identificar si los especialistas que se desarrollan en el campo oncológico poseen o no conocimiento sobre Bioética, aunque se reconoce que es difícil su medición de manera cuantitativa. Es por ello que la mejor manera de proceder es a través del método DELPHI* el cual busca, a través de un círculo de expertos, y bajo las mismas preguntas el determinar el problema.

Esta investigación se centra en evaluarla comprensión y aplicación de los principios éticos básicos en médicos expertos que se desarrollan en el campo oncológico. Con esto, se pretende tener una idea general acerca del nivel de conocimiento o desconocimiento de los mismos.

III.3. JUSTIFICACIÓN

La sociedad siempre ha mostrado preocupación acerca de los aspectos morales y filosóficos en la práctica médica. Hace más de 4000 años, en el código de Hammurabi, ya se tomaban en cuenta leyes especiales para quienes practicaban la medicina. Además,

*El Método DELPHI inició en Santa Mónica, California alrededor de los años 60's. El método nació de la necesidad de contar con la opinión de los expertos, evitando las complicaciones que surgen al tenerlos a todos en una misma habitación (pérdida de tiempo, diferencia de personalidades, poca flexibilidad en las opiniones emitidas). Con este método se pretende obtener conocimiento sobre la forma de pensar de un grupo de expertos, sin que estos sean limitados, por lo que la anonimidad de los participantes es indispensable. El proceso de aplicación se detalla con más detenimiento en el Marco Metodológico, capítulo V.

en este código, ya se establecían medidas punitivas ante lo que hoy conocemos como mala práctica.¹

Conforme el conocimiento y la tecnología han ido avanzando, también lo han hecho las opciones para el cuidado de los pacientes. Con todas estas nuevas opciones, también surgen nuevos dilemas. En el medio oncológico, estos dilemas deben ser dilucidados a diario.

Es por ello, que en el campo de la oncología, los conocimientos de Bioética vienen a ser fundamentales desde el momento del diagnóstico. Cualquiera que sea su inicio y evolución, un diagnóstico como éste tiene un impacto emocional muy fuerte sobre el paciente. Es el médico tratante quien debe orientar al paciente sobre la pauta a seguir. *“El respeto a la persona y el carácter inviolable de su dignidad son los límites infranqueables de la acción médica ante la evolución de la enfermedad. (...) La dignidad es indestructible y el médico nunca deberá intentar arrebatársela, aun en el peor de los casos”.**

El paciente oncológico, independientemente de la naturaleza de su enfermedad es un paciente diferente, por el reto que se le presenta y el miedo que enfrentan al saber su diagnóstico.

A pesar que la Bioética es un tema que se ha tratado de dar a conocer en nuestro país en los últimos 18 años, ya que es fundamental para poder brindar una adecuada atención al paciente, aún no es del dominio en el gremio médico. Actualmente hay profesionales médicos que desconocen a profundidad lo referente a la Bioética, a pesar de estar constantemente frente a dilemas bioéticos.

*Sánchez-Basurto, Carlos. Editorial Bioética y Cáncer. México. 2004.

A diario, surgen profesionales que desconocen la materia, a pesar de estar en contacto constante con dilemas bioéticos.

Es por esto, que se considera importante determinar el nivel de conocimiento acerca del ámbito que abarca la Bioética en médicos que trabajan en el campo oncológico, para así poder evaluar la posible mejora de dicho conocimiento.

III.4. OBJETIVO GENERAL

- Determinar si los médicos que trabajan con pacientes oncológicos, poseen conocimiento sobre Bioética.

III.5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la importancia de los conocimientos sobre Bioética en los profesionales que trabajan con pacientes oncológicos, para el pleno desarrollo en su campo profesional.
- Evaluar si los médicos que trabajan con pacientes oncológicos, conocen los conceptos de los cuatro principios de la ética principalista.
- Determinar si los médicos que se desarrollan en el campo oncológico actúan conforme los cuatro principios de la ética principalista en su práctica cotidiana.
- Identificar la postura de los profesionales respecto a la práctica de la eutanasia.

- Crear condiciones adecuadas para desarrollar el conocimiento en Bioética en los médicos que trabajan con pacientes oncológicos.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. BIOÉTICA

IV.1.1. Antecedentes

En los años 70`s se empezó a hablar de Bioética como una ciencia en sí; en la antigüedad, ya se empezaba a discutirse y poner en práctica como una “ética en general”. Para Aristóteles, la ética era una rama de la ciencia política o social que se basaba en el sentido común, como base indispensable para alcanzar la felicidad, mediante la práctica de ciertos hábitos (virtudes). Aristóteles hacía mención de tres virtudes primordiales, las cuales se basaban en el arte de no estar en los extremos, sino justo en el medio. Estas virtudes eran la prudencia, entre la temeridad y la cobardía, la templanza, entre la intemperancia y la insensibilidad, y la justicia, entre el egoísmo y el olvido de uno mismo. Al vivir dentro de estas virtudes, el hombre encontraría la felicidad.⁴

Posteriormente en el siglo IV, el cristianismo brinda una visión del hombre y de una moral deontológica -lo que debe ser- definida por principios cerrados, absolutos, universales e intemporales. Santo Tomás de Aquino concibió la moral a partir de una visión del ser humano que tomaba en cuenta tanto su naturaleza como su fin. La naturaleza humana consistía en su esencia racional, por lo que las acciones de los hombres debían responder a la “recta razón”. Para Santo Tomás el entendimiento era la más alta facultad humana y la felicidad su bien último.⁴

Posteriormente surge la Teoría Moral de Kant. Esta se fundamentaba en que las obligaciones éticas emanan de la razón misma y son determinadas por ella. Para Kant, en

relación al valor moral de la acción, lo que éticamente importa no es el contenido, sino la forma de la acción. No es lo que hacemos, sino cómo lo hacemos.⁵

Muchos otros pensadores como John Stuart Mill, Karl Marx, Friedrich Nietzsche, Lucien Lévy-Bruhl, contribuyeron con sus diferentes líneas de pensamiento, de una u otra forma, a definir lo que hoy entendemos como Bioética.

En Alemania, en 1948, luego de concluir los procesos judiciales contra los médicos nazis, se creó el primer protocolo de la historia sobre ética de la investigación en humanos, conocido como el Código de Nüremberg. Este código insiste en el “consentimiento voluntario de los sujetos de experimentación”. En 1957, se utiliza en E.E.U.U. el término “consentimiento informado”.⁶

En 1970 el oncólogo norteamericano Van Rensselaer Potter fue la primera persona en acuñar el término Bioética. Este término viene del griego *bios* que significa *vida* y *ethos* que significa *ética* (ética de la vida). En 1978, la Enciclopedia de Bioética, definió esta palabra como: “El estudio sistemático y profundo de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y de la salud, a la luz de los valores y de los principios morales”.⁷ En su obra “Bioética, Ciencia de la Supervivencia”, Potter expone que la humanidad tiene la necesidad de una ciencia que brinde el “...conocimiento de cómo usar el conocimiento?”. Afirma que esta ciencia debe ser construida sobre la biología, incluyendo los elementos básicos de las ciencias sociales y humanidades, con énfasis en la filosofía. Propone el término Bioética para articular los dos componentes más importantes de la misma: conocimiento biológico y valores humanos.⁴

La historia de la Bioética en Guatemala data de 25 años aproximadamente. En el año 1992 se creó la Asociación Guatemalteca de Bioética y, en el 2007, la Maestría en Bioética, esta última bajo la orientación de la Universidad del Istmo. Anterior a ello la Universidad de San Carlos crea el Comité de Bioética a través de la Rectoría en el documento No. 594-2000 definiéndolo como un grupo interdisciplinario de profesionales encargados de conocer, estudiar y resolver los postulados éticos que deben prevalecer en el planteamiento de la salud.⁸

IV.1.2. Características de la Bioética

En la Ética podemos analizar dos facetas: la que se relaciona con el bien que anhelamos realizar, -Aristóteles la llamaba felicidad-, y la que nos muestra el deber o la norma que debemos cumplir, como lo definía Kant. La Ética se vive en plenitud cuando se logra crear una fusión entre la faceta teleológica de Aristóteles y deontológica de Kant.^{4,5,9}

La profesión médica rige su práctica en base a lo prescrito por el código deontológico. Sin embargo, actualmente las ciencias biológicas se han visto sacudidas por los grandes avances tecnológicos que ha tenido la ciencia en los últimos años. La Bioética permite utilizar métodos de análisis multidisciplinario para la resolución de los conflictos que puedan surgir en relación a los aspectos morales del avance científico.

Para poder servir de orientación, se debe cumplir con algunas características básicas de la Bioética:

- a) Primero, es de orden secular o civil. Esto se refiere a que, a pesar que en la antigüedad la ética tenía un carácter religioso, actualmente lo ha perdido. En estos momentos, se trata de ayudar a personas que profesan distintos credos religiosos,

agnósticos y ateos. Se busca re afirmar que todos tienen derecho a la libertad de conciencia, es decir que exista un respeto a las creencias morales de todos.^{4,10}

b) Segundo, es pluralista. Esto se refiere a que acepta la diversidad de enfoque y posiciones morales de las personas, siempre y cuando orienten a un bien superior, es decir, que sea en beneficio de toda la humanidad.^{4,10}

c) Debe ser autónoma, no heterónoma. Las normas éticas no deben ser impuestas desde fuera, sino que el criterio moral lo construye a través de la razón el propio individuo (voz de la conciencia).^{4,10}

d) Debe ser racional no instintiva. El pensamiento actual se orienta a que la racionalidad tiene un momento “*a priori*” o principalista y otro “*a posteriori*” o consecuencialista. Ambos deben de poder armonizarse en las decisiones éticas.^{4,10}

e) La Bioética es también una ciencia multidisciplinaria. Esta va más allá de ética médica, ya que requiere de la participación de otros profesionales que aporten a la discusión y resolución de los problemas que se presentan desde su propio punto de vista. Lo que se busca es enriquecer el debate y se llegar a soluciones de consenso. Esta característica, se utiliza como base para dar origen a los “Comités de Ética”.^{4,10}

Los avances de la ciencia y la tecnología no se van a detener, sino que continuarán avanzando. Es por esto que surge la necesidad de regular el uso de estos avances. La ciencia no es neutra desde el punto de vista moral y debe enmarcar sus investigaciones dentro de una escala de valores Bioéticos. Por esta razón, se dice que es una ciencia prospectiva.^{4,10}

IV.1.3. Principios Básicos de Bioética

“Los principios básicos éticos son los criterios generales que han servido para justificar muchos de los preceptos éticos y valoraciones particulares de las acciones humanas”¹². Originalmente en el Informe de Belmont* en 1978, se mencionan tres principios básicos, bajo los cuales debe regirse la ética médica, especialmente en el área de la experimentación de los seres humanos.¹⁰

El primer principio se basa en el respeto a las personas. Este principio, más adelante llegó a ser conocido como el principio de autonomía, el cual incluye dos preceptos éticos. Primero, todos los seres humanos deben ser tratados como seres autónomos y segundo, toda persona cuya autonomía esté disminuida tiene derecho a ser protegida.

La palabra <<autonomía>> proviene del latín “*auto*” que significa “uno mismo” y “*nomos*” que significa “norma”. Este principio se refiere a la capacidad de las personas de tomar decisiones sin intervención ajena. Cuando se habla de autonomía, se refiere a la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen. Este principio implica que debe tomarse en cuenta la opinión, convicciones y derechos de la persona y respetarlos. Presupone incluso el derecho a equivocarse al hacer una elección. Este principio constituye el fundamento para el consentimiento libre e informado y es por eso que éste, es el exponente máximo de la autonomía.^{9,10,11,12}

*El informe Belmont es fue creado por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos, el 18 de abril de 1979, en Centro de Conferencias Belmont. El Informe Belmont explica y unifica los principios éticos básicos de diferentes informes de la Comisión Nacional y las regulaciones que incorporan sus recomendaciones.

El segundo principio es el de beneficencia. Este principio se refiere a que las personas no sólo deben de ser tratadas de forma ética al respetar sus decisiones y protegiéndolas del daño, sino también se debe velar por su bienestar. Se reduce a “hacer el bien”. En este principio se toma en cuenta poner el bienestar de la persona, antes del beneficio propio. Se incluyen todos los actos de bondad y de caridad que vayan más allá de la obligación.^{10,12,13}

La beneficencia puede llegar a contradecirse con la idea de autonomía de la persona. Sin embargo, es ella quien tiene el derecho de tomar las decisiones acerca de su vida, aunque estas vayan en contra del criterio médico. La beneficencia médica ha ido evolucionando, es por eso que en la actualidad prevalece el derecho de autonomía.

El tercer principio fue el de justicia. Este principio se refiere a la equidad en la distribución de cargas y beneficios. El criterio para saber si una actuación es o no ética, desde el punto de vista de la justicia, es valorar si la actuación es equitativa. Bajo este principio se afirma que los seres humanos son iguales y deben ser tratados bajo esta misma igualdad, es decir, una injusticia se da cuando se niega un beneficio a una persona que tiene derecho al mismo, sin ningún motivo razonable o incluso, cuando se impone indebidamente una carga. El problema al final viene siendo lograr definir: ¿Cuándo hay igualdad o desigualdad? Este principio impone límites al de autonomía, ya que pretende que la autonomía de cada individuo no atenta la vida, libertad y demás derechos básicos de las otras personas. Se trata de regular la distribución o la asignación de los recursos limitados, insuficientes para la satisfacción de todas las necesidades y solicitudes, ya que estos deberían ser accesible todos los que la necesiten.^{10,12} En este principio se incluye el rechazo a la discriminación por cualquier motivo. También es un principio legislado, por lo que su incumplimiento está penado por la ley.

El cuarto principio se definió en un año más tarde por Beauchamp y Childress, quienes introdujeron a la reflexión Bioética el concepto de no maleficencia.^{12,14} Es el “*primum non nocere*”. Este principio se basa en no hacer daño. Santo Tomás afirmó: “El bien hay que hacerlo y el mal hay que evitarlo”. Este no es el mismo principio que el de beneficencia. Para poder poner en práctica el principio de beneficencia, es necesario contar con el consentimiento del otro, respetando su autonomía. Sin embargo, para no hacer el mal, no se necesita consentimiento. Este principio incluye no matar, no provocar dolor ni sufrimiento, no producir incapacidades. Simplemente, no hacer daño.¹⁵

Al practicar una profesión es necesario cumplir con todos los principios. El ser un profesional ético conlleva tomarlos en cuenta y tratar de modularlos de forma jerárquica, en base a cada circunstancia en específico. Aunque ningún principio es superior al otro, si llegara a haber conflicto entre ellos se debe dar prioridad al de no maleficencia y justicia, recordando siempre que los principios son absolutos en sus exigencias, universalmente válidos y de contenido inmutable.¹⁵

IV.2. CONOCIMIENTO

IV.2.1. Antecedentes

En el contexto de la filosofía occidental, los filósofos griegos presocráticos estudiaron la naturaleza del conocimiento humano, con el objetivo de poder diferenciarlo de las percepciones provenientes de los sentidos. Según los filósofos presocráticos el conocimiento está vinculado con las actividades del pensamiento.¹⁶

Según Platón: “La mejor ganancia es la búsqueda incesante de la virtud a través del conocimiento de uno mismo y de los demás”. Según Sócrates, el conocimiento humano tiene como principal propósito intentar responder al problema de qué debe conocer el hombre para conseguir la felicidad interior. Él afirmaba que la realidad del hombre es de carácter moral.¹⁶

Por su parte, Aristóteles distingue dos tipos de conocimiento: el sensitivo y el intelectual. El conocimiento sensitivo es la fuente de todos nuestros conocimientos. Este se caracteriza por ser verdadero, pero no científico. Esto se debe a que está sujeto al movimiento y porque no distingue lo sustancial (fundamental) de lo accidental (casual). Tampoco constituye ciencia el conocimiento que solamente llega hasta la opinión. Es por eso que el conocimiento científico requiere fijeza, estabilidad y necesidad de los objetos en los cuales se basa su certeza. Sólo puede llegar a constituir ciencia el conocimiento intelectual.

Para Aristóteles el conocimiento científico constituía un tipo de conocimiento que se caracterizaba por ser fijo, estable, necesario y cierto. Este conocimiento llegaba hasta la esencia de las cosas; las expresaba en definiciones y las explicaba por sus causas.¹⁶

Para Kant, la física newtoniana era el verdadero “modelo de conocimiento”. Esto se debía que era la única en llegar a formular leyes universales y necesarias, partiendo de la experiencia.¹⁷ Con esto, Kant admite que todo conocimiento comienza con la experiencia, pero que no todo procede de ella. Las cosas no pueden ser objeto del conocimiento humano, en forma directa.¹⁶

IV.2.2. Conocimiento y Bioética

Actualmente, la Real Academia Española define conocimiento como: “acción y efecto de averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales, la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas”.²En relación al conocimiento de la Ética, Potter afirma que ~~la-ella~~ implica actuar de acuerdo a estándares morales y que los valores éticos no pueden separarse de los hechos biológicos.⁴

Además, Potter en su libro “Bioética: un puente hacia el futuro”, publicado en 1971, afirma que la cultura científica (avances tecnológicos) y la humanística, no se comunican de forma adecuada y que esta incomunicación afectan el futuro de la humanidad. Sin embargo, él no condena estos avances, sino promueve el desarrollar una comunicación entre ambas culturas. Según Potter, si se lograra una comunicación adecuada, se construiría “un puente hacia el futuro”.⁴

Con todos los avances científicos como la teoría de la relatividad, la física cuántica, el conocimiento del ADN, la biología molecular, etc., cada vez se vuelve más importante encontrar esa comunicación (Bioética) entre la biología y la ciencia, de la que hablaba Potter. Los avances y descubrimientos deben de ser cultivados tanto por su valor intrínseco y por el conocimiento que aportan, porque tienen un doble valor ético.¹⁸

Por un lado, se ha promovido la capacidad de asombro, la búsqueda perpetua de la verdad, la libertad de pensamiento y la ruptura de prejuicios. De la misma forma han desarrollado las cualidades del ser humano y con esto, han contribuido a su humanización. Estos conocimientos son los que han ido eliminado ideas absolutistas y verdades estáticas e inamovibles. Cada vez, es más fácil aceptar que todo es relativo y que la perspectiva del sujeto es importante para el conocimiento.¹⁹

IV.3. ONCOLOGÍA

IV.3.1. Definición

La Oncología Médica es una especialidad derivada de la clínica médica, que ha adquirido un campo de intervención claramente delimitado en las últimas décadas. La Oncología Médica es la rama de la Oncología aplicada a los seres humanos. Su campo de acción es fundamentalmente el diagnóstico, prevención y tratamiento del cáncer, integrando el manejo general del paciente tanto desde el punto curativo, como el paliativo.²⁰

El cáncer se refiere a una variedad de enfermedades que se produce por el crecimiento anormal y desordenado de las células del cuerpo. Este tipo de crecimiento anormal es causado por alteraciones celulares cromosómicas. Cuando esto sucede, la célula cancerosa ya no posee control sobre su propio desarrollo; dividiéndose descontroladamente y es incapaz de realizar las funciones para las que había sido creada.²¹

Como consecuencia, estas células anormales llegan a formar masas de tejidos (tumores) los cuales pueden tener un comportamiento *benigno* o *maligno*. El comportamiento benigno se refiere a tumores de crecimiento lento, que se expanden de manera ordenada, sin destruir células normales, y que no se propagan. El criterio más importante para catalogar un tumor como benigno, es que no genera metástasis. Cuando se habla de cáncer se refieren a tumores con comportamiento maligno.^{2,21}

El comportamiento maligno se refiere a un tipo de crecimiento progresivo e invasivo, en el que el tumor se expande de manera desordenada, destruyendo células, tejidos y órganos; propagándose a otros tejidos en forma de metástasis. Si el crecimiento de estos tumores no es controlado, termina con la muerte del paciente.^{2,21}

IV.3.2. Antecedentes

Los hallazgos más antiguos asociados con Cáncer fueron tumores encontrados en huesos fosilizados de momias y algunas representaciones encontradas en antiguos manuscritos del Antiguo Egipto. La primera descripción de cáncer (aunque aún no se utilizaba ese término) se descubrió en el Papiro de Edwin Smith y data del año tres mil antes de Cristo. En este manuscrito se describen ocho casos de tumores o úlceras en mama y se refieren a ellos como enfermedades para las cuales “no hay tratamiento”.²¹

La palabra “cáncer” la usó por primera vez Hipócrates, la cual se deriva de la palabra griega “*karkinos*”, que en su traducción al español, significa cangrejo. El término se utiliza haciendo referencia a la apariencia de los vasos sanguíneos que se ven en los tumores, los cuales simulan las pinzas de un cangrejo. La palabra “*karikinos*”, se tradujo al latín <<cáncer>> por Celso. Más adelante Galeno utilizó el término griego <<*onco*>>, que significa inflamación, para describir el crecimiento tumoral.^{22,23}

En 1761 durante el período del Renacimiento Giovanni Morgagni fue el primero en realizar una necropsia con el objetivo de relacionar la enfermedad de los pacientes con los hallazgos patológicos. Esta fue la base para el estudio científico de la Oncología. Más adelante John Hunter, un cirujano escocés afirmó que algunos tipos de cáncer podían ser curados mediante la cirugía. Él describió algunos criterios para determinar si dichos tumores eran o no operables. En esa época, Hunter ya describía tres formas por las cuales el cáncer podía invadir otros tejidos.^{23,24}

Durante el siglo XIX, cuando se inventó el microscopio, Rudolf Virchow instauró las bases científicas para el estudio patológico del cáncer, correlacionándolo con lo que ya había descrito Giovanni Morgagni.^{23, 25}

IV.3.3. Epidemiología

Actualmente el cáncer es la segunda causa de muerte en Estados Unidos, y se espera que uno de cada dos hombres y una de cada tres mujeres estadounidenses desarrollar algún tipo de cáncer en el transcurso de su vida.² El mayor riesgo en el sexo masculino deriva de la mayor frecuencia que tiene éste de presentar cáncer pulmonar.²⁶ En el 2004, el cáncer causó más de 7.4 millones de muertes alrededor del mundo, lo que representa un 13% de todas las muertes.²⁷

En los países desarrollados, las localizaciones que determinan mayor número de muertes corresponden a cáncer pulmón y de mama (24 países). Sin embargo, en Estados Unidos y Canadá, predomina el cáncer de pulmón y de colon; en Japón y Rusia prevalecen el cáncer de pulmón y el cáncer gástrico y en Portugal las cifras máximas corresponden al cáncer gástrico.²⁶

En América, no se observa una gran diferencia de incidencia entre ambos sexos. Sin embargo, sí se ve una marcada incidencia de algunos tipos de cáncer, como lo es el cáncer gástrico. Este es de los tipos de cáncer que se encontró con más frecuencia en 17 países de América.²²

Actualmente, en Guatemala se presentan aproximadamente de dieciocho a veinte mil casos al año. A continuación se presentan las principales tasas de incidencia de cáncer en el año 2000:

Tabla No. 1

PRINCIPALES TASAS DE INCIDENCIA DE CÁNCER EN EL AÑO 2000

Cáncer Masculino	Tasa de incidencia (cada 100,000)	Cáncer Femenino	Tasa de Incidencia (cada 100,000)
Próstata	26.8	Cervical	39.6
Pulmón	23.0	Mama	36.6
Estómago	18.4	Útero	15.6
Hígado	9.4	Estómago	13.0
Leucemia	6.3	Colon/Recto	8.9
Incidencia masculina*	178.5	Incidencia femenina*	213.8

Fuente: American Cancer Society³

Para el año 2000, las causas más frecuentes de muerte secundarias por cáncer mostraban estas tasas de mortalidad:

Tabla No. 2

CAUSAS MÁS FRECUENTES DE MUERTE SECUNDARIAS POR CANCER

Cáncer Masculino	Tasa de mortalidad (cada 100,000)	Cáncer Femenino	Tasa de mortalidad (cada 100,000)
Pulmón	20.8	Cervical	16.8
Próstata	16.1	Mama	11.7
Estómago	14.8	Estómago	10.4
Páncreas	7.1	Pulmón	7.7
Leucemia	5.0	Colon/Recto	5.8
Mortalidad masculina [†]	112.2	Mortalidad femenina [‡]	105.42

Fuente: American Cancer Society³

*En las tasas de incidencia, tanto masculina como femenina, no se tomó en cuenta el cáncer de piel.

†En las tasas de mortalidad masculina no se tomó en cuenta las muertes por cáncer de piel.

‡ En las tasas de mortalidad femenina no se tomó en cuenta las muertes por cáncer de piel.

IV.4. BIOÉTICA EN ONCOLOGÍA

IV.4.1. Enfoque hacia el paciente oncológico

En el campo de la Oncología, los conocimientos de Bioética vienen a ser fundamentales, desde el momento del diagnóstico hasta en los momentos finales de la vida del paciente. Cualquiera que sea su inicio y evolución, en el momento del diagnóstico, el paciente llega a sentir que se encuentra ante “el principio de su fin”. Un diagnóstico como éste tiene un impacto emocional muy fuerte sobre el paciente, hace que él recapacite acerca su vida, que haga un análisis de su presente y trate de programar, en la medida de lo posible, su futuro.¹

El diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno son indispensables al enfrentar una enfermedad como el cáncer. Un tratamiento apropiado a un cáncer diagnosticado de forma temprana, le prolongará la vida y le dará la opción de curación. Sin embargo, un cáncer que se diagnostica en una etapa más avanzada, el tratamiento necesario debe ser más agresivo, por que lo que se puede producir un período de inquietud y dolor, pero con la esperanza de continuar viviendo y de luchar hasta el fin.¹

En el diagnóstico tardío se observa un panorama más sombrío. El oncólogo es quien debería marcar la pauta por seguir. *“El respeto a la persona y el carácter inviolable de su dignidad son los límites infranqueables de la acción médica ante la evolución de la enfermedad. (...) La dignidad es indestructible y el médico nunca deberá intentar arrebatársela, aun en el peor de los casos”*.¹ El proceso de muerte del paciente oncológico no suele ser sencillo, sino que en muchas ocasiones se vuelve un proceso lento y doloroso, tanto para el paciente, como para sus familiares y las personas cercanas a él.

*Sánchez-Basurto, Carlos. Editorial Bioética y Cáncer. México. 2004.

El paciente oncológico, independientemente de la naturaleza de su enfermedad es un paciente diferente, enfrenta miedo al pensar en su presente, familia, trabajo, economía, bienestar, lo que va a sentir, qué dirán y sobretodo miedo a vivir y morir. Se enfrenta directamente al hecho que su vida es finita y que debe decidir que hacer con ella.* El apoyo familiar, cariño, compasión y entendimiento se vuelven indispensables para poder enfrentar todos los sentimientos e inquietudes abrumadoras que surgen. ¹

Debido a esa sensación de “principio del fin”, cada paciente oncológico enfrenta su diagnóstico de diferentes formas. Es por ello que el médico oncólogo o el que brinde el diagnóstico debe saber orientar al paciente sobre el camino por el cual la experiencia científica ha demostrado mejores resultados, teniendo en cuenta los cuatro principios éticos básicos.

IV.4.2. Tratamiento paliativo

Al existir un diagnóstico de cáncer terminal, es decir, cuando ya no hay opción de curación, generalmente se inicia tratamiento paliativo. Este se refiere a la atención activa y total del paciente y sus familiares por parte de un equipo multidisciplinario. El término implica un enfoque holístico que considera no sólo la sintomatología física, sino también las preocupaciones psicológicas, sociales y espirituales.²⁸

Los pacientes con enfermedades terminales generalmente necesitan más atención y cuidados que aquellos cuya enfermedad es curable. La medicina paliativa reconoce que la

*Todos sabemos que la vida no es eterna y que por tanto, moriremos. Sin embargo, la mayoría de las personas no vivimos pensando en que moriremos. Al momento del diagnóstico, el paciente se enfrenta a esta verdad de una forma brusca, e inmediatamente se vuelve consciente de su propia mortalidad.

muerte es un proceso normal y ofrece un cuidado terminal intensivo. No pretende ni acelerar ni posponer la muerte. No es un ensañamiento terapéutico y se opone a la eutanasia. Se enfoca en alcanzar la mejor calidad de vida posible.²⁹

Algunos de los propósitos del cuidado paliativo es poder aliviar el dolor y otros síntomas molestos, dar apoyo psicológico y espiritual para que puedan aceptar su propia muerte y prepararse para ella. Además, ofrece un sistema de apoyo que promueve su autonomía, integridad personal y autoestima. Este tipo de cuidados, también brinda un sistema de apoyo para las familias, que les ayuda a afrontar la enfermedad de su ser querido y a sobrellevar el período de duelo.²⁹

IV.4.3. ¿Por qué Bioética en oncología?

La sociedad médica siempre se ha preocupado por los aspectos morales y filosóficos de la práctica médica. En el código de Hammurabi ya se tomaban en cuenta leyes especiales para quienes practicaban la medicina, y ya existían medidas punitivas ante una mala práctica. También en códigos hindúes se establecía que el médico debía dar lo mejor de sí para el beneficio de su paciente.¹

Conforme el conocimiento y la tecnología avanzan, también lo hacen las opciones de cuidado de los pacientes. Cuando surgen decisiones respecto a pacientes terminales, muchas veces surgen dilemas bioéticos. Algunos de estos dilemas se refieren a encontrar la mejor manera de aliviar el dolor de un moribundo o de optar por o no tratar a un paciente terminal.²⁹

En el medio oncológico, lamentablemente, estas decisiones deben de tomarse a diario. Cada día hay un nuevo dilema bioético que resolver, mientras la calidad de vida y la dignidad de las personas están en juego. Quienes están a favor de los cuidados paliativos afirman que al no satisfacer las necesidades de un paciente terminal se violan dos de los principios éticos básicos: beneficencia y no maleficencia.

V. MARCO METODOLÓGICO

V.1. BOSQUEJO

Para poder realizar el presente estudio se elaboró una encuesta con el objetivo de visitar a 25 profesionales médicos que atendieran a pacientes oncológicos, y así poder evaluar el conocimiento de los cuatro principios de la Ética Principalista.

La encuesta se realizó orientando las preguntas en dos segmentos principales. El primer segmento se enfocó acerca de la formación en Bioética que poseen los profesionales encuestados y la importancia que ellos le dan como parte de su práctica profesional diaria. Para poder realizar una evaluación de este tema, primero se preguntó acerca de la definición de Bioética y que nombraran los cuatro principios de la Ética Principalista. Luego, se presentó una sección en la cual el encuestado identifica la definición correcta de los principios de autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia, presentando cuatro opciones, una de las cuales es la correcta.

El segundo segmento de la encuesta se orientó a evaluar si estos cuatro principios son practicados diariamente por los profesionales encuestados. El objetivo de realizar estas preguntas es averiguar si la práctica de estos principios es independiente del conocimiento teórico de los mismos. En este segmento se hizo especial énfasis en los principios de autonomía y no maleficencia.

Respecto al principio de autonomía se realizaron cuatro preguntas enfocadas a identificar dos aspectos principales. Primero, se deseaba conocer si se respeta la autonomía del paciente en relación a darle la información necesaria respecto a su patología, a la opción de decidir sobre su tratamiento y utilizar el consentimiento informado de forma correcta.

Segundo, averiguar si el médico tiene o no claro cuando hay límites en relación a este principio.

En relación al principio de no maleficencia se decidió evaluarlo de dos formas. La primera fue realizar una pregunta en relación al hecho de prolongar la vida del paciente. La segunda forma fue realizar dos preguntas respecto a la eutanasia, planteándolas de diferente forma. El objetivo de realizar estas dos preguntas respecto al mismo tema era evaluar la claridad del concepto de eutanasia, y determinar si al utilizar un término distinto, este acto presenta una mejor aceptación por parte de los médicos profesionales.

Luego de elaborar la encuesta, se procedió a visitar a los veinticinco médicos que trabajan con pacientes oncológicos; se procedió a pasar la encuesta, tabular y procesar los datos, con los cuales se elaboró el informe final.

V.2. ENCUESTA

A continuación se presenta el modelo de la encuesta pasada a los veinticinco profesionales de la medicina que tienen bajo su responsabilidad pacientes con padecimiento de cáncer.

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará una serie de preguntas. Una vez haya leído la pregunta y las opciones, deberá elegir la que más identifique sus conocimientos. Para indicar su respuesta deberá circular la letra del numeral que contenga su elección. Deberá escoger una sola alternativa. Su respuesta es totalmente confidencial, únicamente con fines educativos, motivo por el cual no se requiere su nombre.

Edad: _____

Años de experiencia en el campo oncológico: _____

1. Ha recibido algún tipo de formación en Bioética:
 - a. Sí _____
 - b. No _____

2. ¿Cree que es importante poseer conocimientos de Bioética para desarrollarse plenamente en su campo profesional?
 - a. Sí _____
 - b. No _____

3. ¿Qué definición de Bioética le parece más correcta?
 - a. El estudio sistemático y profundo de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y de la salud, a la luz de los valores y de los principios morales.
 - b. Estudio de la conducta humana vinculado a la problemática de la relación médico-paciente.
 - c. Estudio de los principios éticos y morales aplicados a la relación médico paciente
 - d. Ciencia enfocada a la práctica de los valores morales en cualquier etapa de la vida.

4. De la Ética Principalista, ¿conoce los cuatro principios éticos? Si su respuesta es afirmativa, enumérelos.

- a. Sí _____ 1. _____ 3. _____
- b. NO _____ 2. _____ 4. _____

5. Señale el enunciado que cree más correcto respecto al principio de autonomía:

- a. Requiere inteligencia, voluntad y mayoría de edad.
- b. Implica que debe tomarse en cuenta la opinión y derechos de la persona y respetarlos sólo si no van en contra de su vida.
- c. Se refiere a la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen.
- d. Todas son correctas.

6. ¿Alguna vez le ha ocultado el diagnóstico real a su paciente, a petición de sus familiares?

- a. Sí _____
- b. No _____

7. ¿Cree usted que el paciente tiene derecho a rehusar tratamiento, aunque esto pueda llevar a su muerte?

- a. Sí _____
- b. No _____

8. ¿Cree usted que el paciente terminal tiene el derecho de decidir cómo y cuándo morir?

- a. Sí _____

b. No _____

9. ¿Cuál definición es más correcta respecto al principio de justicia?

- a. Este principio impone límites al de autonomía, ya que pretende que la autonomía de cada individuo no atente contra la vida, libertad y demás derechos básicos de las otras personas.
- b. Todos los seres humanos tienen los mismos derechos para alcanzar lo necesario para su pleno desarrollo siempre enmarcado por la situación social, política, económica o religiosa.
- c. Afirma que los seres humanos son iguales y deben ser tratados bajo esta misma igualdad.
- d. Todas son correctas.

10. Respecto al principio de beneficencia, señale la correcta:

- a. Principios por el cual se deben hacer actos de bondad.
- b. Obligación moral de no hacer el mal.
- c. Obligación moral de hacer bien.
- d. Todas son correctas

11. ¿Cree usted que está justificado utilizar todo tipo de medidas existentes para prolongar la vida de un paciente?

- a. Sí _____
- b. No _____

12. ¿Qué enunciado le parece correcto respecto a la “no maleficencia”?

- a. Es igual al principio de beneficencia.

- b. Se basa en no hacer daño.
 - c. Se necesita el consentimiento del paciente para poder practicarla.
 - d. Todas son correctas.
13. ¿Está usted de acuerdo en practicar la eutanasia?
- a. Sí _____
 - b. No _____
14. ¿Cree usted que debe ayudar a sus pacientes a morir con dignidad?
- a. Sí _____
 - b. No _____
15. Señale la respuesta correcta respecto al consentimiento informado:
- a. Es un documento redactado y escrito que debe firmar el paciente y que ayuda a los médicos a defenderse de la mala praxis.
 - b. Se refiere a todo lo que el paciente necesita saber sobre su patología.
 - c. Es la decisión que toma un paciente luego de saber todo sobre su patología.
 - d. Es el acto de aceptar o rehusar la acción médica luego de entender una información adecuada, considerar las alternativas y ser capaz de comunicar la decisión.

IV.3. MÉTODO PARA TRATAMIENTO DE DATOS

El método que se utilizó para el tratamiento de los datos fue el método Delphi. Este método se utiliza cuando se quiere obtener la opinión de expertos sobre un tema o una

materia a investigar. El método Delphi ha variado en cuanto a su aplicación conforme los avances de la tecnología. Algunas de las formas para su aplicación son:

- a) Las preguntas se relacionan a la valoración de variables independientes en modelos de simulación cuantitativos.
- b) Se realiza a través entrevista o encuesta. Si se realiza como encuesta, puede hacerse a través de una única ronda de preguntas, o realizar varias rondas para profundizar en el tema.
- c) Reuniones en grupo a través del uso del internet
- d) Utilizando cuestionarios en línea, cuando se tiene difícil acceso a los expertos.

Para el presente trabajo de investigación se llevó a cabo una encuesta, utilizando una única ronda. En este caso, el método Delphi se utilizó para poder dictaminar la opinión de expertos que trabajan con pacientes oncológicos sobre la Bioética y el conocimiento que poseen sobre el tema.

Dado que existen respuestas de *sí* y *no*, y respuestas de cuatro opciones (*a*, *b*, *c*, *d*), se tabularon los datos utilizando el programa Excel. Se determinó la frecuencia de las respuestas y analizó a través de la representación gráfica en barras y payes.

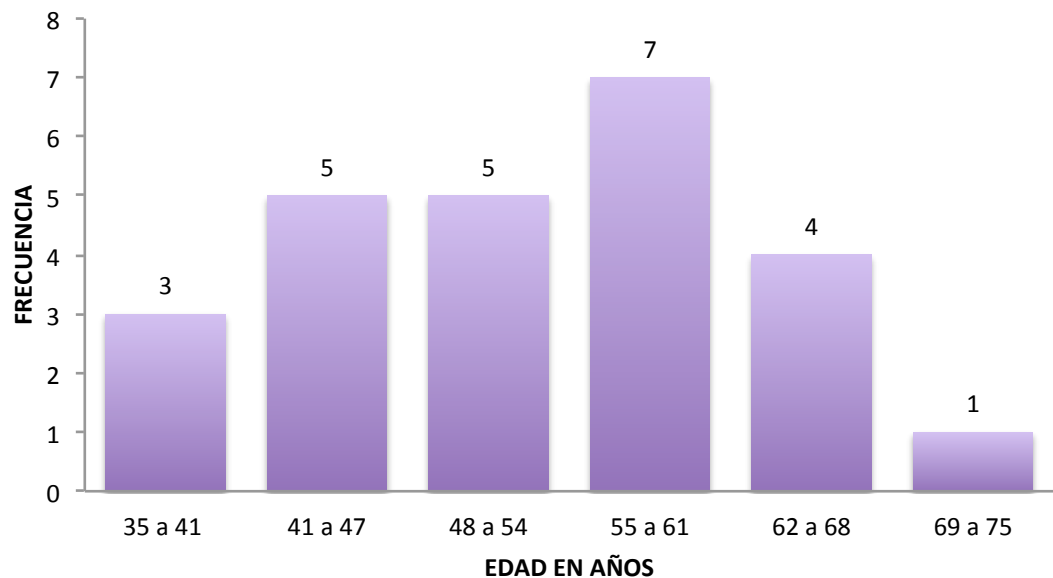
VI. INFORME FINAL

VI.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Se presentan los resultados obtenidos, luego de realizar la encuesta a los veinticinco profesionales que atienden pacientes oncológicos. La serie de encuestas se realizó en abril del 2012. durante el mes de abril del 2012. Se analizaron cada una de las preguntas de forma individual.

Gráfica No. 1

FRECUENCIA DE EDAD, SEGÚN GRUPO ETÁREO

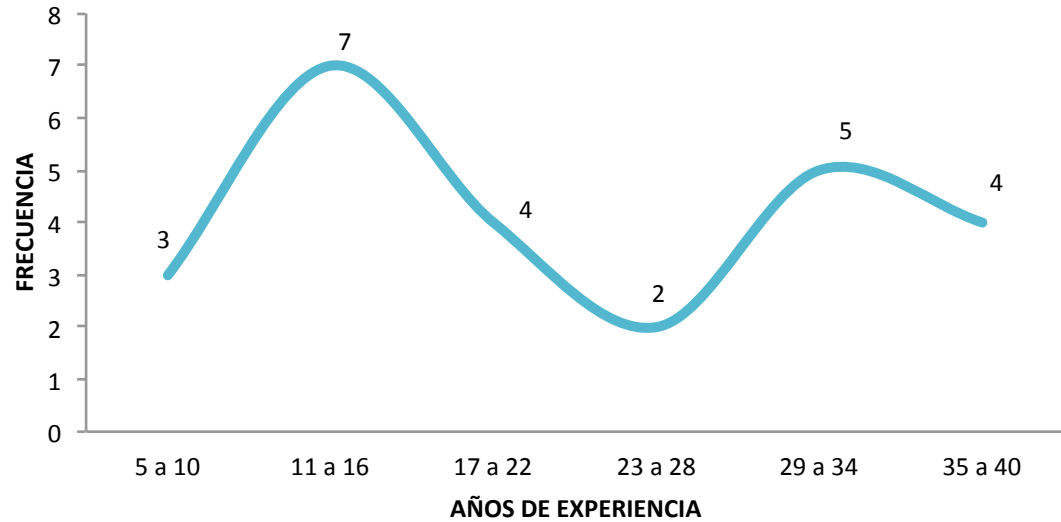


FUENTE: Elaborado por el autor, a partir de la encuesta realizada.

En esta gráfica, se puede observar como el 68% de los encuestados se encontraban entre 41 y 61 años de edad, siendo el grupo etáreo de 55 a 61 años, el que presentó una mayor frecuencia. El grupo etáreo de 69 a 75 años, fue el que presentó una menor frecuencia.

Gráfica No. 2

**FRECUENCIA SEGÚN AÑOS DE EXPERIENCIA TRABAJANDO
CON PACIENTES ONCOLÓGICOS**

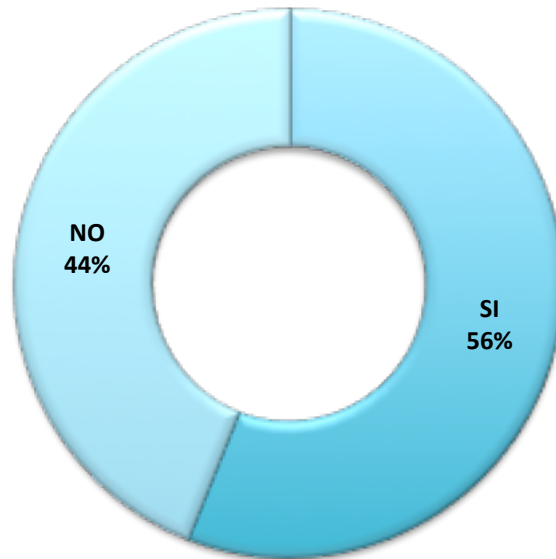


FUENTE: Elaborado por el autor, a partir de la encuesta realizada.

En la gráfica No. 2 se puede observar como la curva de distribución de los encuestados es de carácter bimodal. Se observan dos picos importantes. El más prominente es el de los profesionales con experiencia entre 11 y 16 años. El segundo pico, se encuentra entre los profesionales que se encuentran en el rango de 29 y 34 años de experiencia en el campo oncológico. La menor frecuencia se observa entre los profesionales que presentan entre 23 a 28 años de experiencia.

GráficaNo. 3

¿Ha recibido algún tipo de formación en Bioética?

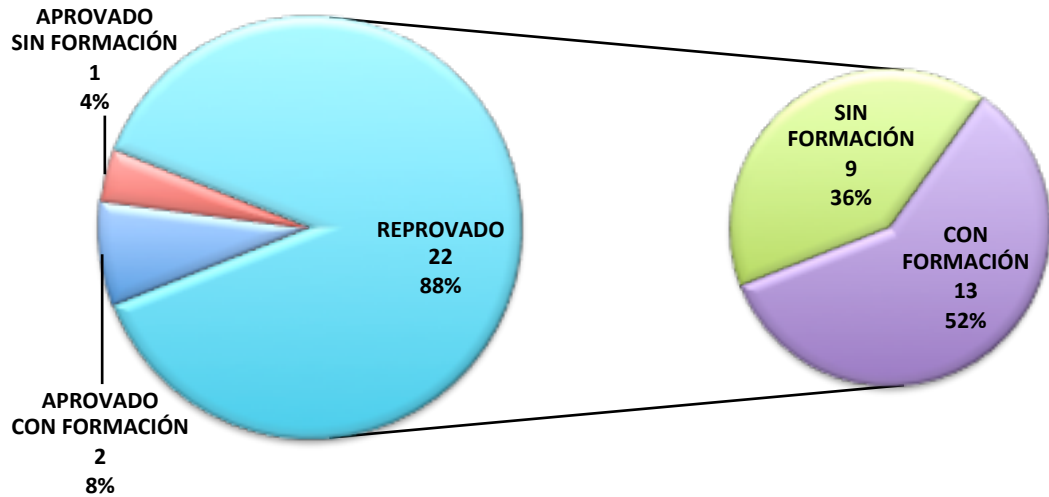


FUENTE: Elaborado por el autor, a partir de la encuesta realizada.

En la gráfica No. 3 se observa, como el 56% de los encuestados, afirmaron que sí contaban con algún tipo de formación en Bioética. Sin embargo, únicamente uno de estos profesionales, presentó una nota aprobatoria (superior al 70%) en relación al conocimiento de los principios básicos, mientras que dos de quienes afirmaron no haber recibido formación en Bioética obtuvieron una nota por arriba de dicho porcentaje, como se puede observar en la gráfica No. 4.

Gráfica No. 4

Comparación de resultados entre profesionales sin y con formación en Bioética

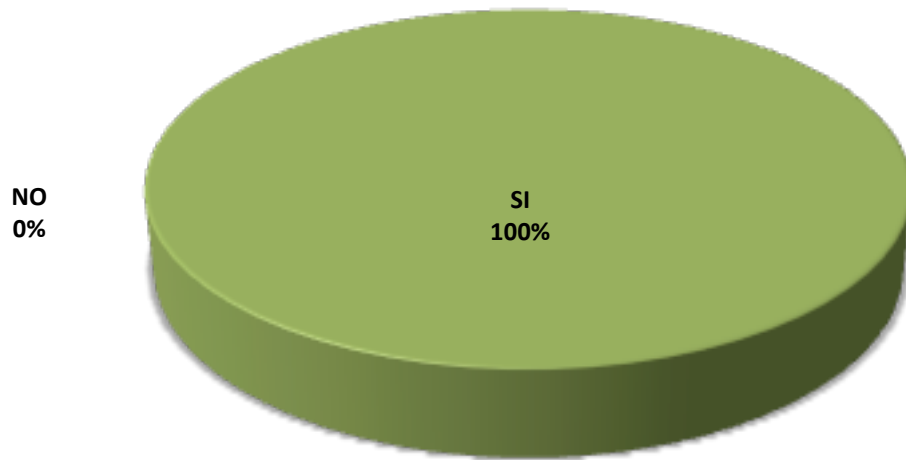


FUENTE: Elaborado por el autor, a partir de la encuesta realizada.

Por otro lado, entre los profesionales que obtuvieron una nota por debajo del 70%, 52% pertenecían al grupo sí había recibido formación en bioética, mientras que el sólo el 36% correspondía a profesionales sin formación en Bioética.

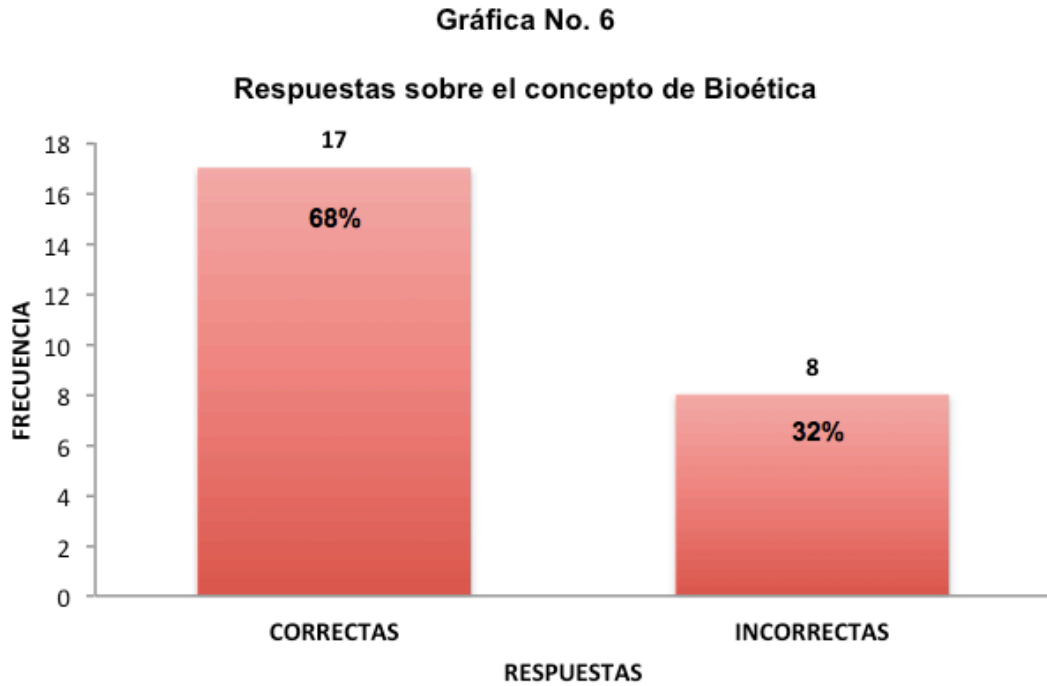
Gráfica No. 5

¿Cree que es importante poseer conocimientos en Bioética para desarrollarse plenamente en su campo profesional?



FUENTE: Elaborado por el autor, a partir de la encuesta realizada.

El 100% de los encuestados coincidió en que el conocimiento en Bioética es importante para poder desarrollarse plenamente en su profesión. Lamentablemente, sólo el 56% de ellos, había recibido algún tipo de formación en esta área.



FUENTE: Elaborado por el autor, a partir de la encuesta realizada.

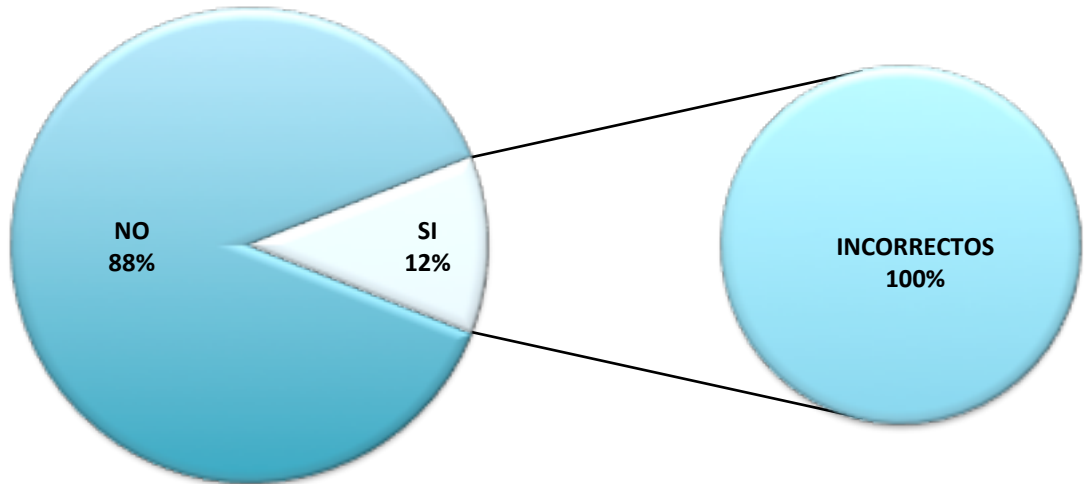
En relación al concepto de Bioética, el 68% de los encuestado tuvieron una respuesta correcta, mientras el 32% obtuvo una respuesta incorrecta.

Cuando se preguntó acerca de los principios básicos de la ética principalista, únicamente 3 (12%) afirmó conocerlos. Sin embargo, ninguno de ellos pudo identificarlos de forma correcta, como se puede ver en la gráfica No. 7.

En la gráfica No. 8 se puede observar el nivel de conocimiento en relación al concepto del principio de autonomía. El número de profesionales que obtuvieron una respuesta correcta, es similar de los obtuvieron una respuesta incorrecta.

Gráfica No. 7

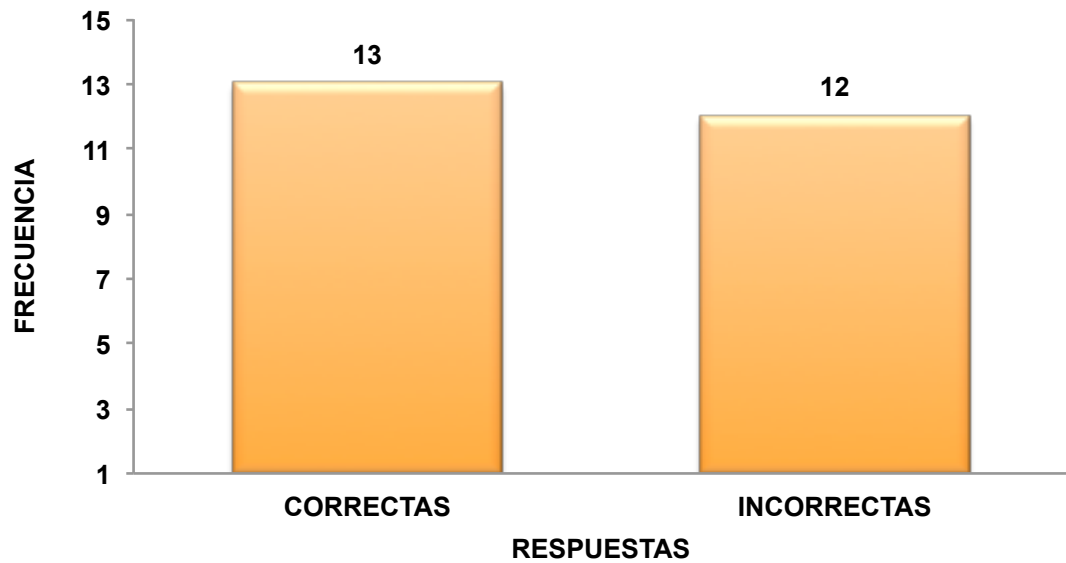
¿De la Ética Principalista, conoce los cuatro principios éticos?



FUENTE: Elaborado por el autor, a partir de la encuesta realizada.

Gráfica No. 8

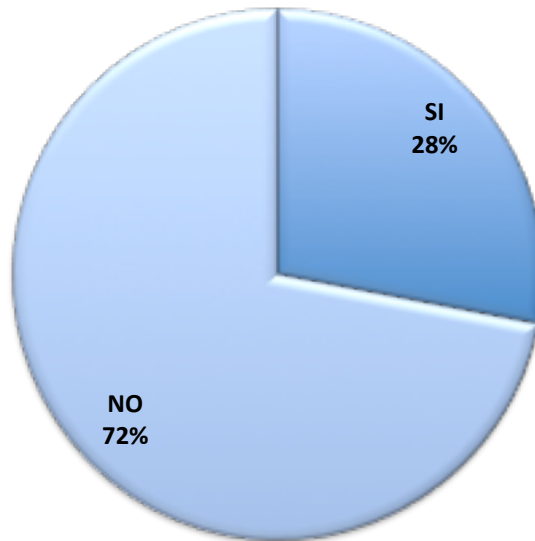
Respuestas sobre el concepto del principio de "Autonomía"



FUENTE: Elaborado por el autor, a partir de la encuesta realizada.

Gráfica No. 9

¿Alguna vez, le ha ocultado el diagnóstico real a su paciente, a petición de los familiares?

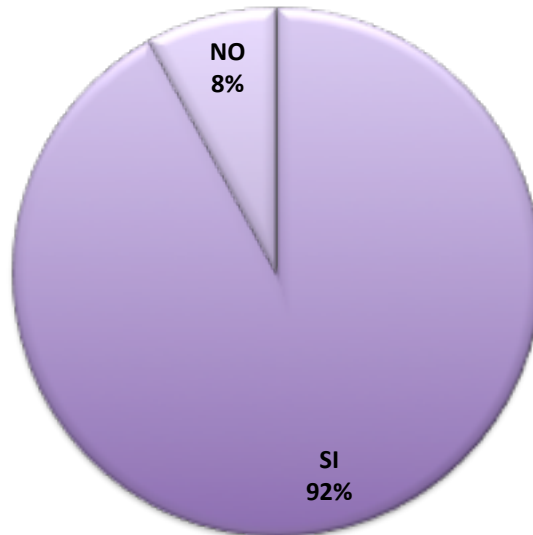


FUENTE: Elaborado por el autor, a partir de la encuesta realizada.

En la gráfica No. 9 se puede observar, como el 28% de los encuestados, afirman que han ocultado el diagnóstico real de su paciente, mientras que 72% afirmó no haberlo hecho nunca.

Gráfica No. 10

¿Cree usted que el paciente tiene derecho a rehusar tratamiento, aunque esto pueda llevar a su muerte?



FUENTE: Elaborado por el autor, a partir de la encuesta realizada.

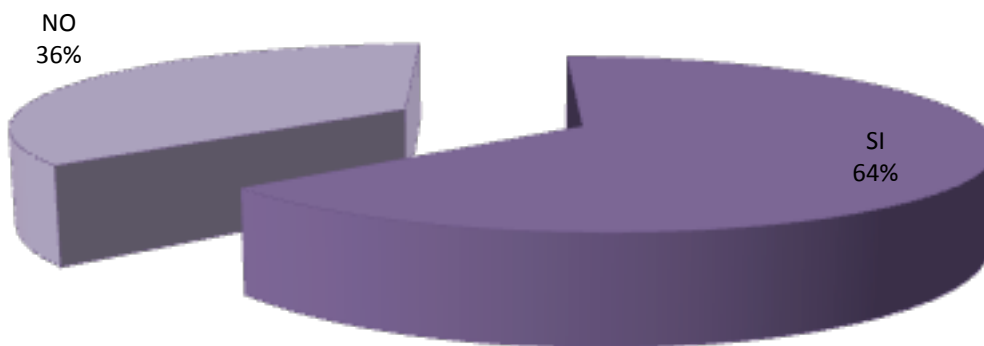
En la gráfica No. 10 se puede observar como el 8% de los encuestados, opinan que un paciente no tiene derecho a rehusar tratamiento si esto puede llevar a su muerte.

A pesar que sólo el 56% pudo identificar correctamente el concepto de autonomía, el 72% afirma no haber violado la autonomía del paciente, ocultándole su diagnóstico real, aunque los familiares del mismo, lo hayan pedido por diversas razones. Del 28% que sí le ha ocultado el diagnóstico real a su paciente, algunos mencionaron durante la encuesta, haberlo hecho de forma temporal y otros el no haber estado completamente de acuerdo. Sin embargo, en cualquiera de los casos, el haberlo ocultado, priva al paciente de ejercer su autonomía.

El 92% está de acuerdo en respetar la autonomía del paciente, si éste decide no recibir tratamiento alguno, mientras el 8% estaba en contra.

Gráfica No. 11

¿Cree usted que el paciente terminal tiene derecho a decidir cómo y cuándo morir?

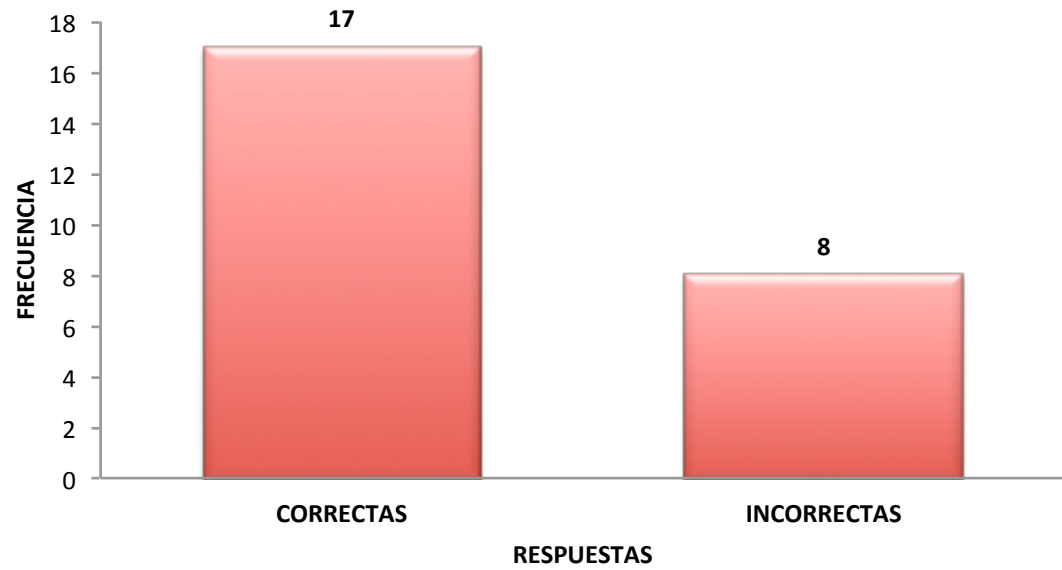


FUENTE: Elaborado por el autor, a partir de la encuesta realizada.

Por otro lado, en la gráfica No. 11, se puede observar, como el 64% de los profesionales encuestados está de acuerdo en que el paciente tiene derecho a decidir cómo y cuándo morir. Este dato, es importante hacerlo notar, ya que, aunque el principio de autonomía permite que el paciente tenga la libertad de elegir bajo qué términos desea terminar su vida (el *cómo*) este no implica que pueda decidir *cuándo*. El decidir *cuándo* se deja de vivir, implica una acción para terminar con la vida.

Gráfica No. 12

Respuestas sobre el concepto del principio de "Justicia"

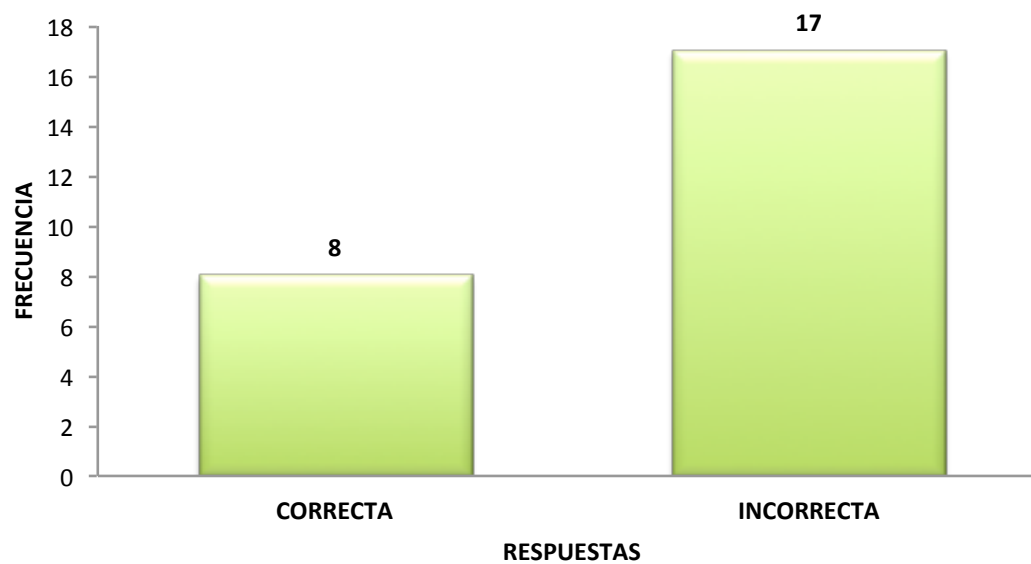


FUENTE: Elaborado por el autor, a partir de la encuesta realizada.

Respecto al concepto de justicia, como se puede ver en la gráfica No. 12, diecisiete de los encuestados pudo identificar el concepto del mismo.

Gráfica No. 13

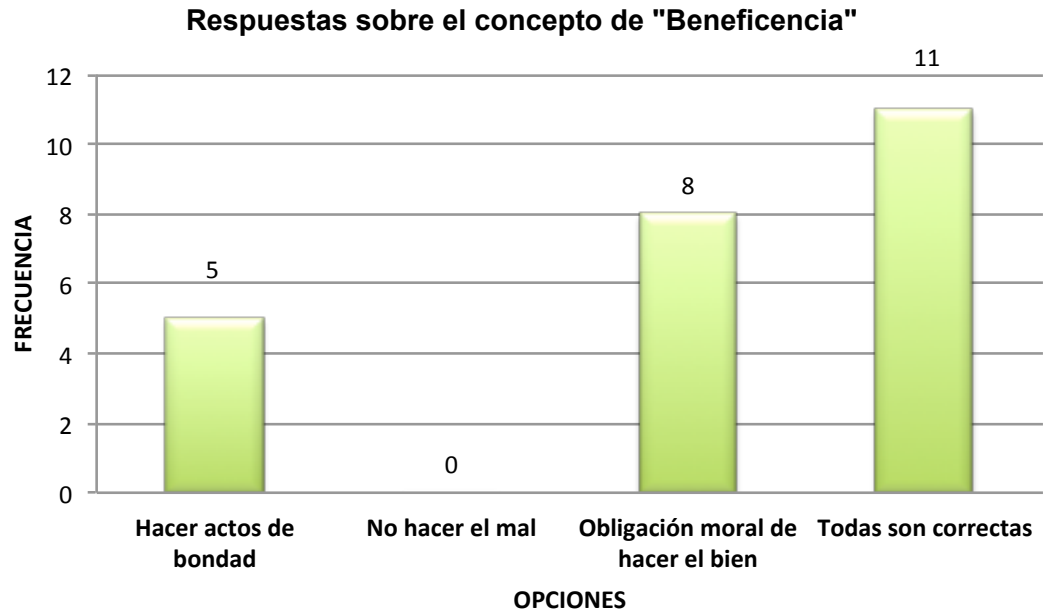
Respuestas sobre el concepto del principio de "Beneficencia"



FUENTE: Elaborado por el autor, a partir de la encuesta realizada.

Sin embargo, sobre el principio de beneficencia, únicamente ocho de los encuestados pudo identificar el concepto de forma correcta, como se puede hacer notar en la gráfica No. 13. Esto se traduce en que el 68% desconoce el significado del mismo.

Gráfica No. 14

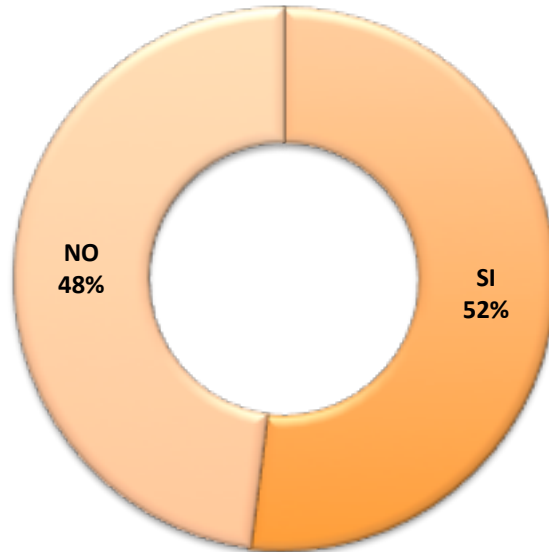


FUENTE: Elaborado por el autor, a partir de la encuesta realizada.

Como se puede observar en la gráfica No. 14, el 44% de los encuestados, afirmó que el principio de *Beneficencia* implicaba el hacer actos de bondad, la obligación de no hacer daño y la obligación moral de hacer el bien.

Gráfica No. 15

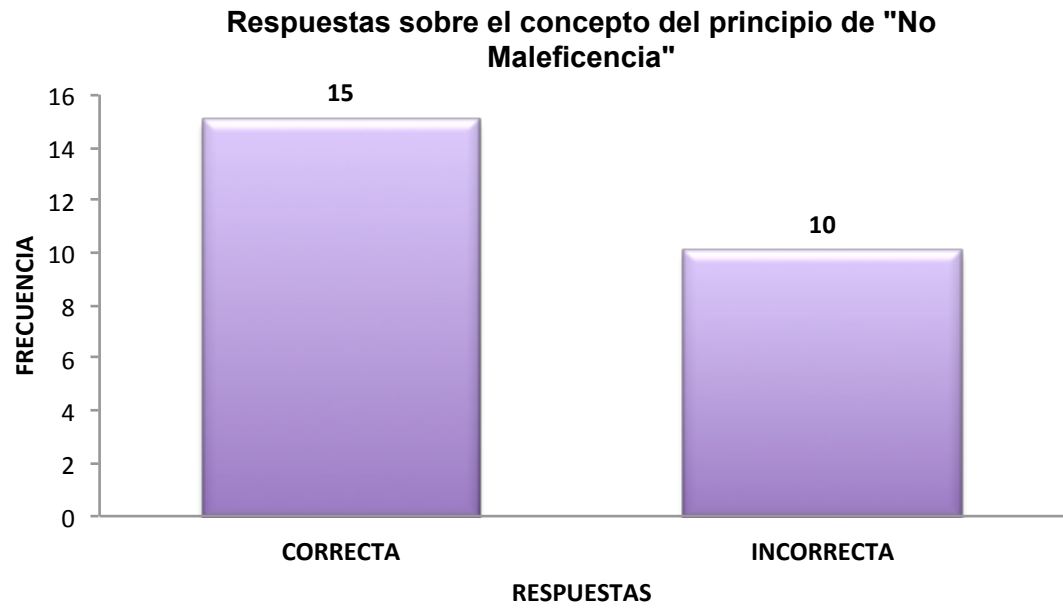
¿Cree usted que está justificado utilizar todo tipo de medidas existentes para prolongar la vida de un paciente?



FUENTE: Elaborado por el autor, a partir de la encuesta realizada.

En la gráfica No. 15, se puede observar como el cincuenta y dos por ciento de los profesionales encuestados, estuvieron de acuerdo en que está justificado utilizar todo tipo de medidas existente para prolongar la vida de un paciente, mientras el cuarenta y ocho por ciento estuvo en contra.

Gráfica No. 16

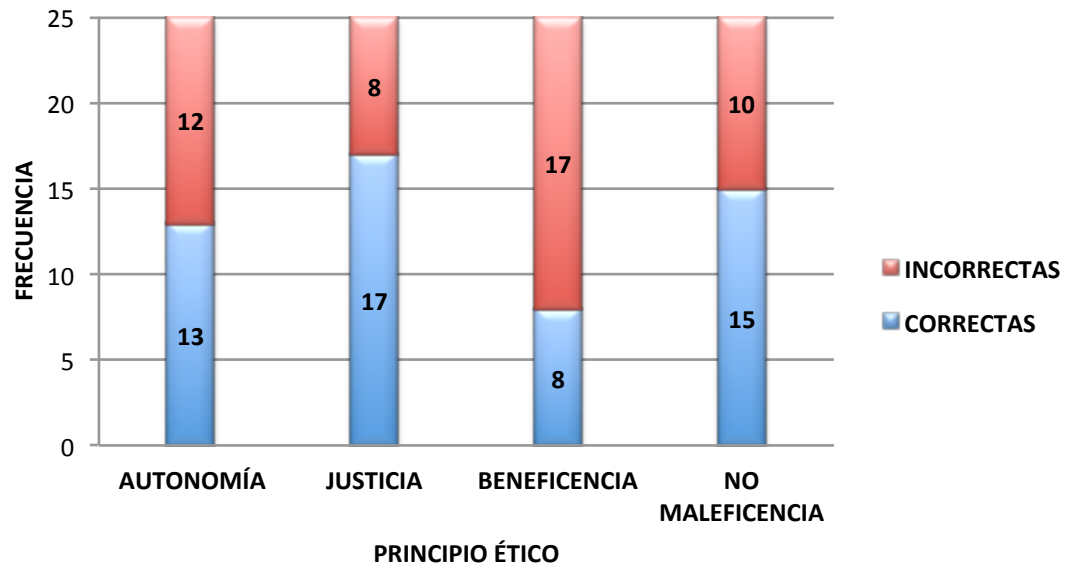


FUENTE: Elaborado por el autor, a partir de la encuesta realizada.

En la gráfica No. 16, se puede observar que 15 profesionales identificaron de forma correcta el concepto de "No Maleficencia", lo que equivale a un 60%. Sin embargo, esto implica que 40%, no sabe el concepto de este principio ético básico.

Gráfica No. 17

Comparación del conocimiento de los cuatro principios éticos

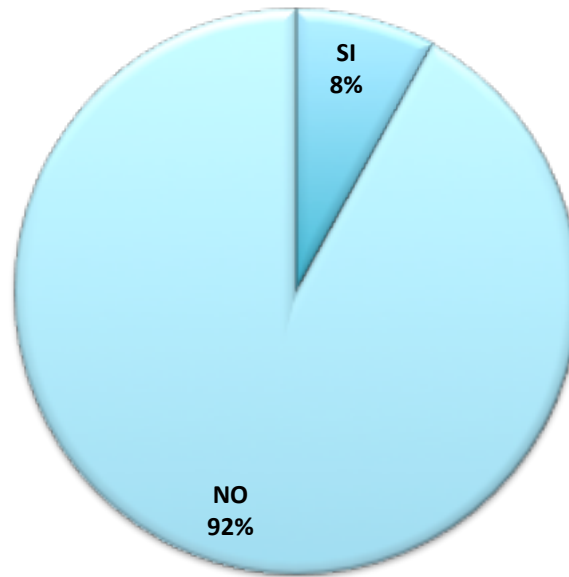


FUENTE: Elaborado por el autor, a partir de la encuesta realizada.

En la gráfica No. 17, se puede observar una comparación entre el conocimiento de los cuatro principios éticos. Los principios de Justicia y de No Maleficencia, parecen ser los que son mejor comprendidos, mientras los de Autonomía y Beneficencia, presentan un gran número de respuestas incorrectas.

Gráfica No. 18

¿Está usted de acuerdo con practicar la eutanasia?

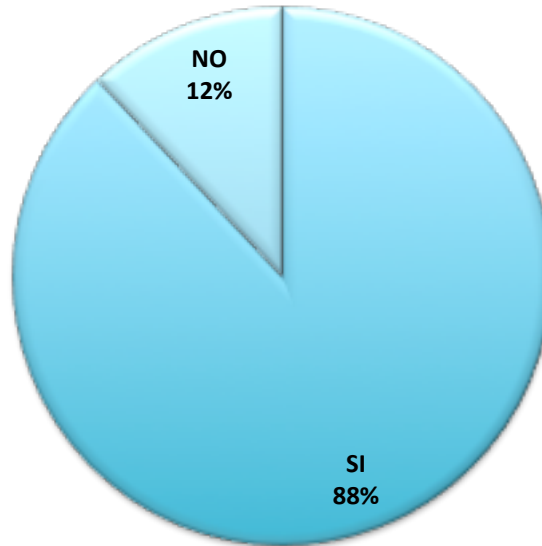


FUENTE: Elaborado por el autor, a partir de la encuesta realizada.

En las gráficas No. 18 y No. 19 se observa un fenómeno interesante. En la gráfica No. 18, donde se pregunta directamente sobre si se está o no de acuerdo con practicar la eutanasia, el 92% de los encuestados afirmaron que <<no>> estaban de acuerdo, mientras que sólo el 8% estuvo de acuerdo.

Gráfica No. 19

¿Cree usted que debe ayudar a sus pacientes a morir con dignidad?



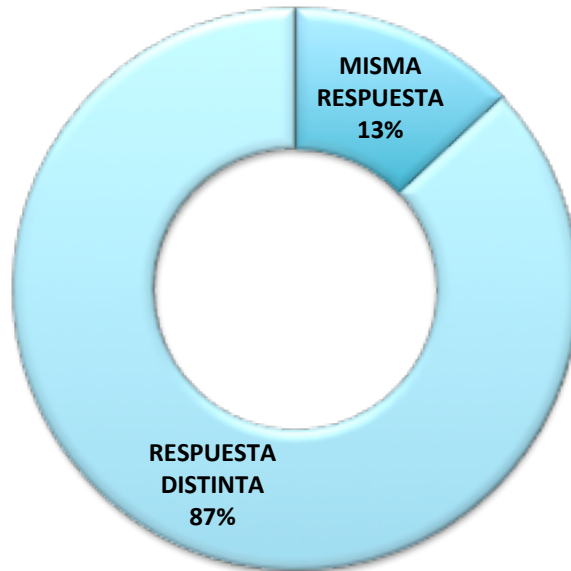
FUENTE: Elaborado por el autor, a partir de la encuesta realizada.

Sin embargo, en la gráfica No. 19 se observa que un 88% de los profesionales está de acuerdo en ayudar a morir a sus pacientes con dignidad. En este caso el porcentaje que no estuvo de acuerdo cayó dramáticamente de un 92% a un 12%. A pesar que las dos preguntas se referían (por definición) a un mismo tema, el plantearlas de diferente forma cambió la respuesta de los encuestados, como se puede observar en la gráfica No. 20.

El 87% de los profesionales que se encontraban en contra de practicar la eutanasia, sí estuvieron de acuerdo en ayudar a morir a sus pacientes con dignidad. Únicamente un 13% de los profesionales mantuvieron la misma postura ante los dos planteamientos.

Gráfica No. 20

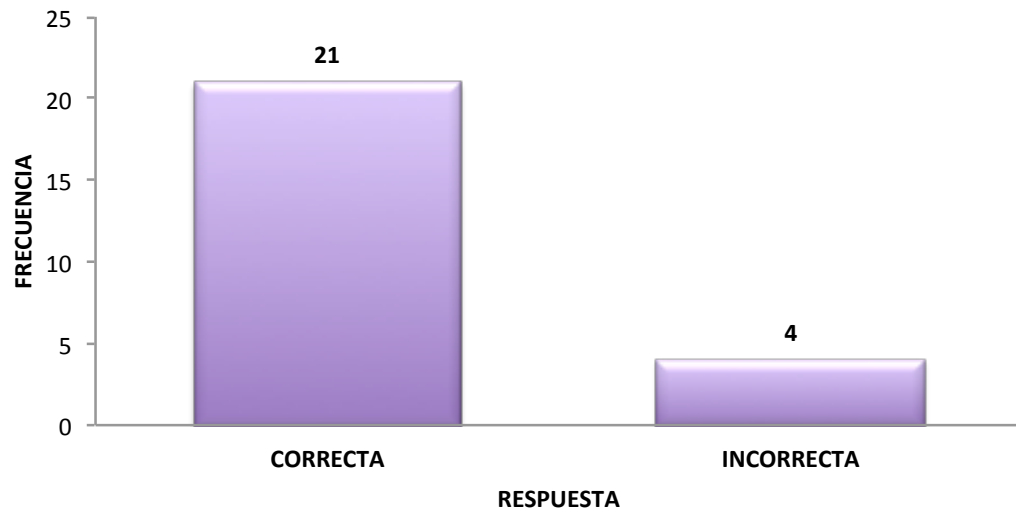
Porcentaje de profesionales que cambiaron su respuesta según el planteamiento de la pregunta



FUENTE: Elaborado por el autor, a partir de la encuesta realizada.

Gráfica No. 21

Respuestas Sobre el Concepto de "Consentimiento Informado"



FUENTE: Elaborado por el autor, a partir de la encuesta realizada.

En relación al consentimiento informado, se puede observar en la gráfica No. 21, como veintiuno de los veinticinco (84%) de los profesionales tiene un concepto claro y correcto acerca del mismo.

VI.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La discusión se realiza a partir de las preguntas realizadas durante la encuesta. El análisis se aborda en dos segmentos principales, los cuales están determinados por el tipo de preguntas realizadas.

La primera parte de la discusión se centra en la formación recibida sobre Bioética ya la importancia que los profesionales encuestados, le dieron a ella. Mientras el 100% de los encuestados afirmó que consideraba importante poseer conocimientos en el tema para poder desarrollarse plenamente en su campo profesional (pregunta 2), únicamente el 56% la había recibido. Esto nos deja un 44% de profesionales encuestados, que a pesar de afirmar que es un tema importante, no lo consideró lo suficientemente importante como para buscar algún tipo de instrucción formal. En este caso, pareciera que hay una contradicción en las respuestas dadas a estas dos preguntas.

Luego se preguntó acerca de la definición de Bioética. Únicamente el 68% de los encuestados pudo identificarla correctamente. Además, se examinó sobre los cuatro principios básicos de la ética principalista, los cuales fueron evaluados de dos maneras. En la primera parte, se preguntó directamente si conocían o no los cuatro principios de la ética principalista. En este caso el 88% no los conocía y el 12% que afirmó conocerlos, fue

incapaz de nombrarlos correctamente. Estos resultados, nuevamente contradicen los resultados de la pregunta 2.

La segunda forma de evaluarlos fue preguntar la definición de cada uno de los principios, utilizando el sistema de selección múltiple. En este caso se pudo observar que aunque los profesionales encuestados no fueron capaces de nombrarlos, si tenían una idea de que significaban cada uno de ellos. El principio sobre el cual se posee mayor conocimiento es el de Justicia que presentó 68% de respuestas correctas, seguido por el principio de No Maleficencia con un 60% aciertos. Por otro lado los principios de Beneficencia y Autonomía presentaron una menor puntuación con porcentaje de aciertos de 32% y 52%, respectivamente.

Utilizando de base las preguntas en las cuales se evaluaban conceptos, se asignó una nota en base al porcentaje de preguntas contestadas de forma correcta. Se tomó como nota aprobatoria, si se obtenía al menos el sesenta por ciento de respuestas correctas. De los 14 profesionales que afirmaron haber recibido algún tipo de formación en bioética, únicamente 1 (7%) presentó una nota aprobatoria. Por otro lado, de los 11 profesionales que no habían recibido ningún tipo de formación en Bioética, al menos 2 (18%) presentaron una nota superior al 60%.

Esto deja claro, que independientemente de haber o no recibido instrucción en el tema, los principios de autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia, siguen siendo ampliamente desconocidos para estos profesionales. Destaca el hecho que a pesar que se considera importante poseer conocimientos en Bioética para desarrollarse plenamente en su campo profesional, no conozcan los cuatro principios sobre los cuales se desarrolla la profesión médica. Estos resultados sólo se pueden explicar de dos maneras: o los

profesionales encuestados no consideran importante los conocimientos en Bioética o no hay acceso a una instrucción formal en el tema.

La segunda parte del análisis se realiza sobre la práctica de estos principios y ya no en conocimiento de las definiciones de los mismos. Se realizó de esta forma, ya que en la práctica diaria, las definiciones como tales, no cobran vital importancia, mientras la práctica práctica de estos principios hacia los pacientes, sí lo hace. Estas preguntas hicieron especial énfasis en dos principios: autonomía y no maleficencia.

En relación al principio de autonomía se realizaron cuatro preguntas. La primera fue: ¿Alguna vez le ha ocultado el diagnóstico real a su paciente, a petición de los familiares? En relación a esta pregunta el 72% negó haber ocultado el diagnóstico real de su paciente, mientras el 28% aceptó haberlo hecho en algún momento. La segunda pregunta que se realizó al respecto fue: ¿Cree usted que su paciente tiene derecho a rehusar tratamiento, aunque esto pueda llevar a su muerte? El 92% estuvo de acuerdo en que el paciente tenía derecho de hacerlo. En este caso, se puede observar como a pesar que únicamente el 32% de los médicos encuestados están familiarizados con el término, al menos la mayoría de ellos si sí respeta la autonomía del paciente comunicándoles su diagnóstico y dándoles la oportunidad de elegir o no ser tratados.

Además se realizó una pregunta sobre el concepto del consentimiento informado, el cual es considerado como el exponente máximo de la autonomía. El 84% de los encuestados pudo identificar correctamente el concepto del mismo. Sin embargo, los resultados de la cuarta pregunta sobre el tema, nuevamente hicieron notar que el concepto de autonomía está mal entendido. La pregunta fue: ¿Cree usted que el paciente terminal tiene derecho a decidir cómo y cuándo morir? El 64% de los profesionales encuestados contestó de manera

afirmativa. Pero, el principio de autonomía no implica que el paciente puede decidir terminar con su vida. En este caso, es importante hacer notar que el paciente puede ejercer su autonomía diciendo la condiciones bajo las cuales desea morir, es decir, definir su cómo. Sin embargo, no está en las manos del paciente decidir el momento preciso en el cual morirá, es decir, el cuándo.

La práctica del principio de No Maleficencia fue evaluado en dos secciones. En la primera se realizó la siguiente pregunta: ¿Cree usted que está justificado utilizar todo tipo de medidas existentes para prolongar la vida de un paciente? En este caso, el 52% de los encuestados estuvo de acuerdo en que se debían utilizar *todas* las medidas existentes para prolongar la vida del paciente. Es importante hacer énfasis en que en esta pregunta no se indicó ni directa ni indirectamente el pronóstico del paciente. No se habló de *curar* al paciente, ni de aliviar dolor, únicamente se mencionó el *prolongar la vida*. Sin embargo, sólo el 48% no estuvo de acuerdo. A más de la mitad de los encuestados, no les preocupó el balance “costo-beneficio”, sino se centraron únicamente en la opción de prolongar la vida, dejando por un lado el principio de No Maleficencia.

La segunda sección se evaluó con dos preguntas que hacían referencia a un mismo tema. La primera pregunta fue: ¿Está usted de acuerdo en practicar la eutanasia? Seguido de: ¿Cree usted que debe ayudar a sus pacientes a morir con dignidad? Las respuestas a estas dos preguntas hicieron surgir un dato interesante. Cuando se preguntó directamente acerca de la eutanasia el 92% de los encuestados afirmaron que no estaban de acuerdo con practicarla. Sin embargo, cuando la pregunta se planteó como “ayudar a sus pacientes a morir con dignidad”, sólo el 12% estuvo en contra.

Es decir que de ese 92% que originalmente estuvo en contra de la eutanasia, sólo un 13% estuvo en contra de ayudar a sus pacientes a morir con dignidad. El 87% de los que estaban en contra de la eutanasia, cambió de parecer al plantear la pregunta de forma distinta. Esto se vuelve más interesante cuando se revisa el Artículo 42 del Código Deontológico, en el que claramente se establece: *“La eutanasia no le está permitida en ningún caso al médico y mucho menos bajo consideraciones tan poco precisas como ‘el evitar más sufrimiento al enfermo o el derecho a una muerte digna’.”*

Estas dos preguntas llevan a una reflexión sobre dos temas importantes. Primero, los profesionales encuestados no tienen claro en concepto de eutanasia, ni están familiarizados con lo expuesto en el Código Deontológico. Si estos conceptos estuvieran claros, no estarían en contra de la *eutanasia* y a favor de *ayudar a morir* a sus pacientes, independientemente que la pregunta se plantee como “ayudar a morir con dignidad”.

Segundo, la palabra *eutanasia* probablemente tiene una connotación fuerte, lo que provoca un rechazo inmediato y hace que ya no se detengan a pensar en su significado. Si se hubieran detenido a pensar en el significado de la palabra *eutanasia* las respuestas entre ambas preguntas no hubieran variado tanto, a pesar de haberse planteado de forma distinta.

VII. CONCLUSIONES

1. Los profesionales encuestados no poseen una buena base teórica respecto a los principios básicos de la ética principalista, y por ende presentan dificultades a la hora de ponerlos en práctica.
2. El 100% de los profesionales encuestados consideran que los conocimientos en Bioética son importantes para desarrollarse plenamente en su campo profesional, pero únicamente el 56% de los mismos la ha recibido algún tipo de formación.
3. Ningún profesional encuestado fue capaz de nombrar los cuatro principios básicos de la ética principalista.
4. Los conceptos de autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia, siguen siendo ampliamente desconocidos para estos profesionales, independientemente de haber o no recibido formación en Bioética.
5. Solamente el 12% del total de los encuestados presentó una nota aprobatoria, en relación a los conceptos evaluados.
6. Se deben de tener claros los conceptos de autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia, para poder aplicarlos de manera correcta en la práctica médica diaria.
7. A pesar que el 92% de los encuestados afirma estar en contra de la eutanasia, el 87% de los mismos cambian de opinión, si la pregunta se plantea como *ayudar a morir con dignidad*.

8. Los profesionales encuestados desconocen lo establecido en el Código Deontológico respecto a la eutanasia.

VIII. RECOMENDACIONES

- A las entidades académicas que han dedicado al estudio y divulgación del a Bioética, se les recomienda realizar acciones con las autoridades de las diferentes universidades del país, con lo que se pueda hacer conciencia de la necesidad que tiene la sociedad guatemalteca de graduar profesionales formados en el campo de la Bioética, especialmente aquellos que se dedican a la salud de los seres humanos y la vida en general.
- A las Facultades de Medicina de las diferentes universidades, se les sugiere que aborden temas de Ética General y Bioética como parte del pensum de la Licenciatura en Ciencias Médicas.
- Al Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala se le recomienda incluir entre los requisitos para ser colegiado activo, el cumplir con al menos cuatro horas crédito aplicadas a reforzar el conocimiento en Bioética.
- A la Asociación Guatemalteca de Bioética, a la Universidad del Istmo y a los Comités de Bioética de los diferentes hospitales del país, se les recomienda realizar seminarios para la discusión de casos de Bioética.
- Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se le recomienda crear un ambiente favorable en el que se puedan discutir diferentes casos de Bioética a nivel nacional, a través de la implementación de foros abiertos.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez-Basurto, Carlos. **Editorial Bioética y Cáncer**. Academia Mexicana de Cirugía. México. 2004. Obtenido de la siguiente dirección:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2004/cc045a.pdf>
2. Malcolm R Alison. **Cancer**. London, UK. 2001. Obtenido de la siguiente dirección:
[http://web.udl.es/usuaris/e4650869/docencia/GenClin/content/recursos_classe_\(pdf\)/revisionsPDF/Cancer.pdf](http://web.udl.es/usuaris/e4650869/docencia/GenClin/content/recursos_classe_(pdf)/revisionsPDF/Cancer.pdf)
3. American Cancer Society. **Guatemala**. 2002. Obtenido de la siguiente dirección:
<http://www.redcancer.org/files/perfiles/Guatemala-2-SPLA.pdf>
4. Garcia Banderas, Agustín y Estevez M, Edmundo. **Introducción a la Bioética: Fundamentación y Principios**. Obtenido de la siguiente dirección:
http://www.bioetica.org.ec/articulo_bioetica.pdf
5. Kropotkin, P. **Ética: Origen y Evolución de la Moral. La Filosofía Moral de Kant**. Disponible en: <http://www.alcoberro.info/V1/kant17.pdf>
6. Dolores Ruiz, M. **UD1: Origen y Desarrollo de la Bioética**. España. 2009. Disponible en:
http://ocw.ehu.es/ciencias-de-la-salud/bioetica/content/ud1_introduccion_ocw_09.pdf
7. Reich W.T. (coord): **Encyclopedia of Bioethics**. The Free Press, New York, 1978, vol. I, XIX.
8. USAC (2000) "Comité de Bioética" obtenido de la siguiente dirección:
<http://digi.usac.edu.gt/sitios/puiis/uploads/3/0/3/8/3038880/bioeticausac.pdf>

9. León Correa, Francisco Javier. **Fundamentos y Principios de Bioética Clínica, Institucional y Social**. 2009. Disponible en:
<http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v15n1/art09.pdf>
10. Brady, Rafael E. **Bioética y Ambiente**. CENABI: Caracas, Venezuela. Disponible en:
<http://ciemades.suagm.edu/ppt/Nov.4/RafaelBredy,BioethicsNatl.pdf>
11. García de Alba, Juan Manuel: **Ética Profesional**, Págs. 179-180
12. Gómez Sánchez, Pío Iván. **Principios Básicos de Bioética**. 2009. Perú. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol55_n4/pdf/A03V55N4.pdf
13. Alcoberro, Ramón. **Los Principios Básicos de la Bioética**. Disponible en:
<http://www.alcoberro.info/pdf/bioetica4.pdf>
14. Gómez-Lobo, Alfonso. **Fundamentaciones de la Bioética**. 2009. Disponible en:
http://www.bioetica.org.ec/articulo_bioetica.pdf
15. Hortal, Augusto. **Ética de las Profesiones**. Bilbao: Editorial Descleé. 2001
16. Medina Curi, Nicolas. **Epistemología y Conocimiento**. Disponible en:
<http://www.unmsm.edu.pe/psicologia/documentos/documentos2007/libro%20eap/02Libro%20EAPMedina.pdf>
17. **Pensamiento de Kant**. Disponible en:
<http://www.bauldefilosofia.com/pdf/FILOSOFIA%20II/KANT/APUNTES%20PENSAMIENTO%20de%20KANT.pdf>
18. Sagols, Lisbeth. **La Bioética en el Futuro del Conocimiento**. 2008. LUDUS VITALIS / vol. XVI / número 30. Página 233 a 236. Disponible en:
http://www.ludusvitalis.org/textos/foro/30_sagols.pdf

19. González, Juliana. **“Valores éticos de la ciencia” en El poder de eros.** 2000. México: UNAM/Paidós.
20. Pérez, Juan Eduardo y Hannois, Adrián Ricardo. **Oncología Clínica Básica.** Buenos Aires, Argentina. Disponible en:
<http://www.capacita5.com.ar/wp-content/uploads/2009/01/oncologia-clinica-basica.pdf>
21. Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. **EL CANCER: Aspectos básicos sobre su biología, clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento.** 2004. Disponible en:
<http://www.cancer.gov.co/documentos/Cartillas/Elcancer.pdf>
22. Ackerknecht, Erwin H. **Historical Notes On Cancer.** Zürich. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1034369/pdf/medhist00183-0050.pdf>
23. American Cancer Society. **The History of Cancer.** 2011. Disponible en:
<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002048-pdf.pdf>
24. Dobson, Jessie. **John Hunter’s Views on Cancer.** Inglaterra. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2413782/pdf/annrscse00352-0100.pdf>
25. Bodmer, Walter F. **The Somatic Evolution of Cancer.** The Indian Journal of Statistics 1999, Volume 61, Series B, Pt. 3, pp. 371–381. Disponible en:
<http://sankhya.isical.ac.in/search/61b3/61b3conv.pdf>
26. Kawaguchi P, Fernando. **Epidemiología del Cáncer.** Chile. Obtenido de la siguiente dirección: http://bioarrayanes.cl/tbasicos/epidemiologia_del_cancer.pdf
27. World Health Organization. **Cancers: The Problem.** 2010. Obtenido de la siguiente dirección: http://www.who.int/nmh/publications/fact_sheet_cancers_en.pdf
28. Calderón, Jorge et al. **Manual de Medicina Paliativa.** Chile. Disponible en:
<http://cuidadospaliativos.org/archives/medicinafinal.pdf>

29. Center for Bioethics. **End of Life Care: An Ethical Overview**. Minnesota, Estados Unidos. 2005. Disponible en:

http://www.ahc.umn.edu/img/assets/26104/End_of_Life.pdf

X. APÉNDICE

CUADRO No. 1
FRECUENCIA DE EDAD, SEGÚN GRUPO ETÁREO

GRUPO ETÁREO	FRECUENCIA
35 a 41	3
41 a 47	5
48 a 54	5
55 a 61	7
62 a 68	4
69 a 75	1

FUENTE: Elaborado por el autor, a partir de la encuesta realizada.

CUADRO No. 2
FRECUENCIA SEGÚN AÑOS DE EXPERIENCIA TRABAJANDO CON PACIENTES ONCOLÓGICOS

AÑOS DE EXPERIENCIA	FRECUENCIA
5 a 10	3
11 a 16	7
17 a 22	4
23 a 28	2
29 a 34	5
35 a 40	4

FUENTE: Elaborado por el autor, a partir de la encuesta realizada.

CUADRO No. 3
¿Ha recibido algún tipo de formación en Bioética?

SI	NO
14	11

FUENTE: Elaborado por el autor, a partir de la encuesta realizada.

CUADRO No. 4
Comparación de resultados entre profesionales sin y con formación en Bioética

	APROVADO	REPROVADO
SIN FORMACIÓN	2	9
CON FORMACIÓN	1	13

FUENTE: Elaborado por el autor, a partir de la encuesta realizada.

CUADRO No. 5
¿Cree que es importante poseer conocimientos en Bioética para desarrollarse plenamente en su campo profesional?

SI	NO
25	0

FUENTE: Elaborado por el autor, a partir de la encuesta realizada.

CUADRO No. 6
Respuestas sobre el concepto de Bioética

CORRECTAS	INCORRECTAS
17	8

FUENTE: Elaborado por el autor, a partir de la encuesta realizada.

CUADRO No. 7
¿De la Ética Principalista, conoce los cuatro principios éticos?

SI		NO
CORRECTOS	INCORRECTOS	
0	3	22

FUENTE: Elaborado por el autor, a partir de la encuesta realizada.

CUADRO No. 8
Respuestas sobre el concepto del principio de "Autonomía"

CORRECTAS	INCORRECTAS
13	12

FUENTE: Elaborado por el autor, a partir de la encuesta realizada.

CUADRO No. 9
¿Alguna vez, le ha ocultado el diagnóstico real a su paciente, a petición de los familiares?

SI	NO
7	18

FUENTE: Elaborado por el autor, a partir de la encuesta realizada.

CUADRO No. 10
¿Cree usted que el paciente tiene derecho a rehusar tratamiento, aunque esto pueda llevar a su muerte?

SI	NO
92%	8%

FUENTE: Elaborado por el autor, a partir de la encuesta realizada.

CUADRO No. 11
¿Cree usted que el paciente terminal tiene derecho a decidir cómo y cuándo morir?

SI	NO
64%	36%

FUENTE: Elaborado por el autor, a partir de la encuesta realizada.

CUADRO No. 12
Respuestas sobre el concepto del principio de "Justicia"

CORRECTAS	INCORRECTAS
17	8

FUENTE: Elaborado por el autor, a partir de la encuesta realizada.

CUADRO No. 13
Respuestas sobre el concepto del principio de "Beneficencia"

CORRECTA	INCORRECTA
8	17

FUENTE: Elaborado por el autor, a partir de la encuesta realizada.

CUADRO No. 14
Respuestas sobre el concepto de "Beneficencia"

RESPUESTA	FRECUENCIA
Hacer actos de bondad	5
No hacer el mal	0
Obligación moral de hacer el bien	8
Todas son correctas	11

FUENTE: Elaborado por el autor, a partir de la encuesta realizada.

CUADRO No. 15
¿Cree usted que está justificado utilizar todo tipo de medidas existentes para prolongar la vida de un paciente?

SI	NO
13	12

FUENTE: Elaborado por el autor, a partir de la encuesta realizada.

CUADRO No. 16
Respuestas sobre el concepto del principio de "No Maleficencia"

CORRECTA	INCORRECTA
15	10

FUENTE: Elaborado por el autor, a partir de la encuesta realizada.

CUADRO No. 17
Comparación del conocimiento de los cuatro Principios Éticos

PRINCIPIO	CORRECTAS	INCORRECTAS
AUTONOMÍA	13	12
JUSTICIA	17	8
BENEFICENCIA	8	17
NO MALEFICENCIA	15	10

FUENTE: Elaborado por el autor, a partir de la encuesta realizada.

CUADRO No. 18
¿Está usted de acuerdo con practicar la eutanasia?

SI	NO
2	23

FUENTE: Elaborado por el autor, a partir de la encuesta realizada.

CUADRO No. 19
¿Cree usted que debe ayudar a sus pacientes a morir con dignidad?

SI	NO
22	3

FUENTE: Elaborado por el autor, a partir de la encuesta realizada.

CUADRO No. 20
Porcentaje de profesionales que cambiaron su respuesta según el planteamiento de la pregunta

RESPUESTA	FRECUENCIA
IGUAL	3
DISTINTA	20

FUENTE: Elaborado por el autor, a partir de la encuesta realizada.

CUADRO No. 21
Respuestas sobre el concepto de "Consentimiento Informado"

CORRECTA	INCORRECTA
21	4

FUENTE: Elaborado por el autor, a partir de la encuesta realizada.