

# Caracterización del razonamiento moral en la práctica clínica en relación con el proceso de formación médica en una facultad de medicina, categoría altruismo y dignidad, beneficencia, confidencialidad y deber de cuidado\*

*Characterization of moral reasoning in clinical practice in relation to the process of medical education in a faculty of medicine, and dignity category altruism, charity, confidentiality and duty of care*

*Hugo Escobar–Melo\*\*; Eduardo Díaz Amado\*\*\*; Laura Camila Páramo Cely\*\*\*\*; Fernando Suárez Obando\*\*\*\*; Celso León Guevara\*\*\*\*\**

## Resumen

Profundas transformaciones en el ejercicio de las profesiones de la salud han traído consigo consecuencias de carácter ontológico y ético para la medicina contemporánea. En este escenario alcanzar un adecuado desarrollo moral debe ser un objetivo central de la educación médica. En este artículo se presentan los primeros resultados de una investigación que tuvo como propósito caracterizar el razonamiento moral en la práctica clínica y su relación con el proceso de formación de los estudiantes de medicina de la Universidad Javeriana de Bogotá, Colombia. Para tal fin, se analizó la relación entre cinco categorías/campos de la moral (*altruismo, contrato-confianza-justicia en el intercambio, conciencia, descentración-del-interés-propio y adopción roles*) y cuatro categorías relevantes para la bioética clínica (*dignidad, beneficencia, confidencialidad y deber-de-cuidado*). Participaron en total 484 estudiantes que provenían de cada uno de los semestres de primero a decimo de la carrera de medicina

\* La presente investigación fue financiada por la Vicerrectoría Académica – Oficina para el Fomento de la Investigación, ID Propuesta 00002311 – ID Proyecto 001950, de la Pontificia Universidad Javeriana – Sede Bogotá. Documento entregado el 07 de Julio de 2009 y aprobado el 19 de Marzo de 2010.

\*\* Psicólogo, Universidad del Valle. Magíster en Psicología Comunitaria, Pontificia Universidad Javeriana. Profesor, Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Javeriana. TEL: (57-1) 3208320 ext. 5757 Bogotá D.C. – Colombia. Correo electrónico: escobarh@javeriana.edu.co

\*\*\* 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 Bogotá D.C. – Colombia. Correo electrónico: eduardo.diaz@javeriana.edu.co

\*\*\*\* Psicóloga, Pontificia Universidad Javeriana. TEL: (57-1) 3208320 ext. 5757 Bogotá D.C. – Colombia. Correo electrónico: lparamo\_1985@yahoo.es

\*\*\*\*\* Médico, Especialista en Genética y en Bioética, Pontificia Universidad Javeriana. Profesor Instituto de Genética, Pontificia Universidad Javeriana. TEL: (57-1) 3208320. Bogotá D.C. – Colombia. Correo electrónico: fernando.suarez@javeriana.edu.co

\*\*\*\*\* Médico-Pediatra. Pontificia Universidad Javeriana. Profesor de Pediatría, Pontificia Universidad Javeriana. TEL: (57-1) 3208320. Bogotá D.C. – Colombia. Correo electrónico: celso.leon@hotmail.com

durante el segundo periodo académico de 2008. Se encontraron diferencias significativas en cuatro de las cinco sub-variables estudiadas con un nivel de significación de .05 y se pudo apreciar que el razonamiento no se manifiesta como una línea de progreso sino que evidencia rutas particulares e itinerarios diversos.

**Palabras clave:** Moral, Moralidad, Ética, Razonamiento, Educación Médica, Estudiantes de Medicina, Altruismo.

### Abstract

Ontological and ethical transformations in health care professions have deeply affected contemporary medical practice. In this scenario, the achievement of an adequate moral development should be a fundamental goal of medical education. We carried out a research aimed to characterize the moral reasoning of the medical students in the Xaverian University, Bogotá, Colombia. To do that, we analyzed the relation between five moral categories/domains (*altruism, contract-confidence-justice in the exchange, consciousness, decentering of self-interest, and role adoption*) and four relevant bioethical categories (*dignity, beneficence, confidentiality, and duty of care*). In total 484 students participated, coming from each semester between first and tenth (Medicine academic program is divided into twelve semesters. Eleventh and twelfth ones correspond to a year of internship). Significant differences were found in four out of the five variables studied, with a significance level of .05. We observed that moral reasoning had a non-lineal progression pattern; instead, it depicts particular routes and several itineraries.

**Key words:** Moral, Morality, Ethics, Reasoning, Medical Education, Medical Students, Altruism.

## Introducción y planteamiento del problema

El conocimiento de las obligaciones éticas profesionales, el discernimiento de lo que es una buena práctica profesional, la capacidad de realizar un adecuado juicio moral y tomar buenas decisiones en el contexto clínico son elementos de gran importancia en el ejercicio de la medicina. Tanto la sociedad en general, como cada paciente en particular, esperan que los profesionales de la salud sean personas en quienes se pueda confiar. Este es un punto particularmente importante para la práctica médica en nuestros días, cuando los escándalos por mala práctica, el descubrimiento de abusos en la investigación y la implementación de una cultura de la sospecha y la vigilancia hacen de la confianza un elemento que hay que recuperar<sup>1</sup>.

En los últimos cincuenta años el tema de la ética ha adquirido renovada importancia en el

escenario biomédico, en estrecha relación con disciplinas emergentes tales como la bioética y el bioderecho. Por esta razón la educación médica ahora incluye nuevos elementos curriculares (e.g. clases de bioética y de derecho médico), nuevos ámbitos de decisión (e.g. comités de bioética), a la vez que busca proveer elementos que permitan el desarrollo de habilidades necesarias para la práctica médica de hoy, tales como el análisis ético de diversas situaciones clínicas y la consideración jurídica del actuar médico. Los estudiantes de medicina hoy deben desarrollar la capacidad de decidir y actuar en un ambiente que ya no es habitado exclusivamente por médicos. Para hacer esto, la capacidad de realizar correctamente juicios morales es un requisito fundamental.

En este artículo se parte de abordar el razonamiento moral como elemento esencial en el proceso de formación médica en el contexto de las transformaciones sufridas por la medicina contemporánea y los retos que ello significa. Con el fin de empezar a contar con datos empíricos en el medio colombiano que

<sup>1</sup> O'NEILL, Onora. A Question of Trust. UK: Cambridge University Press, Newnham College, Cambridge, 2002.



permitan un mejor entendimiento del proceso por el cual se llega a ser médico hoy<sup>2</sup>, se planteó un estudio para caracterizar el razonamiento moral de los estudiantes de medicina ante situaciones moralmente dilemáticas. Se diseñó, entonces, un instrumento que fue aplicado a estudiantes de medicina de una universidad privada de Bogotá, Colombia, durante el segundo período académico del año 2008. Se observaron diferencias de un semestre a otro en la manera como razonaban moralmente los estudiantes y que resultaron estadísticamente significativas. De manera particular se presentan los resultados obtenidos al correlacionar la categoría altruismo, de corte psicológico, con las de dignidad, beneficencia, confidencialidad y deber-de-cuidado, de tradición bioética.

Si bien el estudio<sup>3</sup> que sirvió de base al presente artículo tiene en cuenta los periodos clásicos del desarrollo moral según Kohlberg<sup>4</sup>, el análisis buscó explorar rutas, itinerarios y mapas de razonamiento moral más allá de dichos estadios o periodos clásicos del mismo y expone cómo en determinados momentos se realizan inferencias de acuerdo con ideales

y en otros cómo los estudiantes se alejan de dichas pautas inferenciales. En este orden de ideas, lo más importante es poder comprender que los razonamientos no parecen obedecer a una lógica del progreso lineal. Por esta razón la pregunta central de la investigación fue *¿cómo se podría caracterizar el razonamiento moral en la práctica clínica de los estudiantes de medicina en una universidad privada en la ciudad de Bogotá, Colombia?*

Para comprender mejor tanto la relevancia de la pregunta como la importancia de sus posibles respuestas, se hace primero necesario contextualizar algunos elementos relacionados con la transformación contemporánea de la práctica médica.

## 1. La transformación de la medicina

La medicina como *práctica* y como actividad profesional se desarrolla en un contexto socio-político, cultural e histórico particular. En este sentido, los objetos, prácticas y discursos que la constituyen deben ser analizados a la luz de una determinada *episteme*<sup>5</sup>, para usar el término acuñado por M. Foucault<sup>6</sup>. Develar dicha *episteme* nos permitirá entender por qué discursos, prácticas y problemáticas tienen sentido para nosotros y legítimamente ocupan nuestra atención. Un diagnóstico médico o el tipo de terapia que se implementa no son meramente el reflejo de un determinado estado del conocimiento médico sobre una patología que hoy “se comprende mejor”. Los problemas médicos implican tanto alteraciones fisiopato-

<sup>2</sup> Evidentemente la pregunta cómo es que se llega a ser médico hoy está inspirada en el proyecto genealógico foucaultiano de llevar a cabo una “historia del presente”, es decir, cómo es que hemos llegado a ser lo que somos. Aparentemente no parecería haber una relación entre el desarrollo moral como campo de la psicología y la genealogía como investigación filosófica. Sin embargo, el modo como los médicos estructuran su habilidad para realizar juicios morales y el tipo de razones a las que apelan cuando lo hacen son un indicador importante de cómo ellos llegan a constituirse en el tipo particular de sujetos que son: “expertos” en el campo de la salud/enfermedad. Y es la constitución de la subjetividad lo que interesa, entre otras cosas, a todo proyecto de investigación genealógica. Sobre el concepto “historia del presente” puede consultarse: ROSE, N. *Medicine, History and the Present*. 1994. pp. 48-72; JONES, C. y PORTER, R. *Reassessing Foucault*. London: Routledge.

<sup>3</sup> CARACTERIZACIÓN DEL RAZONAMIENTO MORAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN RELACIÓN CON EL PROCESO DE FORMACIÓN MÉDICA EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA. Proyecto ID 001950. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.

<sup>4</sup> KOHLBERG, Lawrence. Estudios morales y moralización: el enfoque cognitivo-evolutivo. En: TURIÉL, Elliot., ENESCO, Ileana y LINAZA, Josetxu. (Compiladores). *El mundo social en la mente Infantil*. Madrid: Editorial Alianza, 1989. pp 71 – 100.

<sup>5</sup> Conjunto de relaciones que pueden unir en una época determinada las prácticas discursivas que originan ciertas figuras epistemológicas. La *episteme* no constituye un conocimiento ni una forma de racionalidad, ni se orienta a construir un sistema de postulados y axiomas, sino que se propone recorrer un campo ilimitado de relaciones, recurrencias, continuidades y discontinuidades. ALBANO, Sergio. Michel Foucault, *Glosario epistemológico*. Buenos Aires: Editorial Quadrata, 2006. 125p.

<sup>6</sup> FOUCAULT, Michel. *La arqueología del saber*. México: Siglo XXI Editores, 1999. 355p.

lógicas del cuerpo como la construcción social de lo que cada sociedad y cada época entiende como “enfermedad”. Las explicaciones de la teoría hipocrática de los humores en el Mundo Antiguo o la concepción de la medicina de las especies de Syndeham en el siglo XVII serían tan extrañas para nosotros, como lo serían para ellos las explicaciones genéticas y moleculares que hoy nos damos de las enfermedades.

Los médicos de hoy viven un momento histórico muy diferente al que vivieron sus colegas de hace apenas 50 años. No sólo porque el desarrollo del conocimiento y la tecnología ha sido considerable en este corto período de tiempo, sino por lo que ha significado el cambio en el modo de llevar a cabo la práctica profesional, esto es, el modo de *ser médico*. Así, si bien la medicina sigue imbuida desde hace 200 años en el paradigma anatómico-clínico de la enfermedad<sup>7</sup>, hoy la práctica médica implica medicina gerenciada, salud como bien negociable según las leyes del mercado, intervenciones médicas para mejorar características corporales según los deseos del cliente; en suma, un tipo de medicina que algunos han denominado *medicina neoliberal*<sup>8</sup>.

De la independencia y la autorregulación que tradicionalmente había caracterizado a la práctica médica se pasó al escrutinio social y la vigilancia permanentes. La llegada de agentes externos al espacio clínico (*outsiders*), por ejemplo, filósofos, abogados, administradores, teólogos, ha traído consigo nuevos debates y nuevos estándares para la práctica médica<sup>9</sup>. En el nuevo discurso normativo de la medicina aparecieron llamados al respeto por la auto-

mía del paciente y la obligación de racionalizar los gastos en la atención en salud<sup>10</sup>. Todo esto ha representado un reto para la educación y formación de los nuevos médicos.

Por otro lado, el desarrollo biomédico y biotecnológico, el mayor poder de intervención sobre el cuerpo –desde el trasplante de órganos hasta la manipulación de genes–, toda esta enorme capacidad de administración de la vida que caracteriza a nuestra época<sup>11</sup>, genera preguntas de índole normativo-práctico, esto es, que tocan las esferas de lo ético, lo político y lo jurídico. Surgen en el escenario clínico nuevos actores y nuevos discursos como, por ejemplo, los auditores médicos, los comités de bioética y se implementan procedimientos tales como el consentimiento informado, que ha llegado a ser parte “natural” de la práctica médica de hoy.

Un elemento adicional es la transformación de la medicina que de ser una actividad institucionalizada y controlada por el Estado, pasó luego a convertirse en actividad económica regulada por el mercado. Hacia finales de la primera mitad del siglo XX aparecieron en Colombia las primeras instituciones de medicina colectiva tales como el Instituto de Seguros Sociales y las Cajas –e.g. Cajanal y Caprecom–. Comenzaba así la medicina su tránsito hacia una actividad corporativa. Con la reforma de la salud de 1993 se selló el destino de la profesión médica en Colombia al convertir a los médicos en empleados de empresas privadas con ánimo de lucro. Esto ha configurado un escenario que delinea hoy la práctica profesional<sup>12</sup>.

En este escenario cabe preguntarse ¿cuál es la relación entre la formación ética de los médicos

<sup>7</sup> DÍAZ, Eduardo. La crisis del paradigma anatómico-clínico: de las metáforas de la enfermedad. En: CELY, Gilberto. Dilemas Bioéticos Contemporáneos. Bogotá: 3R Editores. 2002.

<sup>8</sup> FRANK, Arthur W. Emily's Scars. Surgical Shapings, Technoluxe, and Bioethics?. Hastings Center Report, volumen 34(2). pp 18 - 29. New York: 2004.

<sup>9</sup> ROTHMAN, David. Strangers at the Bedside. A history of how law and bioethics transformed medical decision making. New York: Basic Books. 1991.

<sup>10</sup> MORREIM, E. Haavi. Balancing Act: The New Medical Ethics of Medicine's New Economics. Washington: Georgetown University Press. 1995.

<sup>11</sup> ROSE, Nikolas. The Politics of Life Itself. Theory, Culture & Society, volumen 18(6). pp 1 - 30. 2001.

<sup>12</sup> REDONDO, Hernán y GUZMÁN, F. La Reforma de la Salud y la Seguridad Social en Colombia. El desastre de un modelo económico. Bogotá: Biblioteca Jurídica, 2000.



y el entorno institucional en el cual se lleva a cabo hoy tanto la educación como la práctica profesional? ¿Qué significa ser médico hoy en el sentido de cómo se razona frente a determinadas problemáticas, por ejemplo, frente a los dilemas planteados en el espacio de los nuevos discursos normativos como la bioética?

## 2. El nacimiento de la bioética y educación médica

Con el nacimiento y desarrollo de la bioética no sólo se consolidó un nuevo tipo de reflexión ética alrededor de la biomedicina, sino que también se dio pie a la producción de novedosas y fructíferas relaciones entre diversas disciplinas como ocurre, por ejemplo, entre derecho y medicina, ciencias sociales y medicina, política y biología, por citar unos casos. En el caso particular de la presente investigación, se buscó que dos campos disciplinares, Bioética y Psicología, entraran en un diálogo *interdisciplinar* a fin de lograr una mejor comprensión del fenómeno del desarrollo moral en el proceso de educación médica. En esta interfaz, el tema del razonamiento moral en situaciones clínicas puede constituir un campo de estudio muy importante, que podría llevar a una mejor comprensión de cómo se configuran en la práctica los nuevos discursos normativos en el terreno clínico, como se concibe tanto la buena como la mala práctica en el escenario institucionalizado donde se lleva a cabo la educación médica. Así mismo, los comportamientos y las decisiones del médico están en gran medida determinados por las inferencias, argumentaciones y ejercicios de poder implícitos en diversas situaciones que aparecen como *dilemáticas*.

En este sentido se podría decir que “lo moral” y “lo bioético” se funden en el razonamiento específico requerido para la toma de decisiones en diversas situaciones clínicas, que se pre-

sentan como *dilemas éticos*, una categoría con plena legitimidad en el escenario de la práctica médica contemporánea. La habilidad para reconocer, discutir y resolver dilemas éticos en el escenario clínico debe ser, por supuesto, un objetivo importante de la educación médica.

Los estudiantes de medicina deben sortear las dificultades que representan las diversas situaciones a las que se enfrentan durante su formación. En dichas situaciones entran en escena el tipo de paciente, su cultura, el problema de salud que éste tiene, así como también la estructura organizacional y jerarquizada que caracteriza a la profesión médica, en especial en las facultades de medicina.

Un tema fundamental es que se debe aprender a considerar los dilemas éticos como situaciones complejas cuya enunciación esquemática y aparentemente simple en los textos de bioética no debe hacer olvidar todas las dimensiones culturales, políticas, económicas y sociales de los problemas éticos relacionados con la atención médica y los servicios de salud. Esto contribuirá a conformar una estructura ética propia en tanto profesional<sup>13</sup>. La naturaleza misma de ser “estudiantes de medicina” plantea situaciones especiales en relación con la ética pues la posición que éstos ocupan en el hospital, y dentro del equipo médico, no es la misma que la ocupada por un médico plenamente en ejercicio, especialista o profesor de medicina.

Por lo anterior, considerar de qué manera los estudiantes están llevando a cabo el proceso de análisis frente a los permanentes casos dilemáticos que se encuentran en la práctica cotidiana es un elemento imprescindible en dos sentidos: primero, para tener noticia del modo como proceden los estudiantes en relación con diversos momentos de su carrera

<sup>13</sup> FEUDTNER, Chris y CHRISTAKIS, Dimitri. Making the Rounds. The Ethical Development of Medical Students in the Context of Clinical Rotations. The Hastings Center Report, volumen 24 (1). pp 6 - 12. New York: 1994.

en el abordaje de casos clínicos que ameritan una discusión ética y, segundo, para contar con elementos concretos que permitan el diseño de un programa de entrenamiento ético adecuado para dicho estudiantes.

Que un médico tenga amor por el conocimiento, un alto compromiso con el cuidado de los pacientes, respeto por sus colegas y una actitud crítica y participativa frente a los problemas de la comunidad depende en buena parte de que haya logrado un adecuado desarrollo moral durante su proceso de formación que le permita la autorregulación necesaria en todas sus actuaciones como profesional.

Estar comprometido con ser buen médico, de manera integral, es decir, considerando no sólo lo científico y lo técnico, sino todo lo que implica la relación humana con sus pacientes, requiere haber comprendido que se debe actuar bajo la guía de ciertos valores y ciertas convicciones. De esto depende la confianza que la sociedad pueda tener en sus profesionales de la salud, confianza que, por cierto, ha entrado en crisis, dando paso al problemático sustituto de plantear las relaciones médico-paciente y médico-sociedad, meramente desde el punto de vista legal, en detrimento de lo moral y ético.

### 3. Importancia del razonamiento moral

Algunos estudios han señalado deficiencias en el razonamiento moral que de un modo u otro, y de manera aún no muy bien comprendida, están relacionados con el proceso de formación en las facultades de medicina<sup>14</sup>. Sin duda

alguna la escuela de medicina se constituye en una experiencia fuerte de socialización, lo cual querría decir que diversas prácticas, visiones y actitudes son adquiridas durante el paso por ella.

Un elemento que no puede pasar desapercibido, en particular para quienes están encargados de la educación médica, es la observación de un incremento por debajo de lo que se esperaría en la capacidad de razonamiento moral de los estudiantes de medicina a medida que éstos avanzan en su proceso de formación. En el estudio realizado en Canadá se utilizó un instrumento basado en la escala de desarrollo moral de Kohlberg, el *MJI* (Moral Judgment Interview), y se demostró que después de tres años de educación médica no sólo no hubo progreso, sino incluso retroceso en la forma como razonaban los estudiantes frente a diversos problemas de carácter moral en el contexto clínico<sup>15</sup>.

Los estudiantes de medicina modelan sus convicciones y talante moral durante sus años de formación (que suelen ser más que en otros programas académicos). Se puede observar cómo los diferentes escenarios a los que se enfrentan, el tipo de pacientes, y hasta el propio género del profesional, influyen tanto en el trato que darán, como en las acciones que realizarán frente a los enfermos<sup>16</sup>. No cabe duda que sí hay cambios substanciales respecto a los aspectos éticos durante la carrera a pesar del poco espacio real que se le da a este tema en las escuelas de medicina.

Algo que no se puede esquivar es el hecho de que los estudiantes de medicina se ven enfrentados necesariamente a diversos problemas y situaciones que requieren una mínima

<sup>14</sup> PATENAUDE, Johane., NIYONSENGA, Theophile y FAFARD, Diane. Changes in students' moral development during medical school: a cohort study. Canadian Medical Association, JAMC, volume 168 (7). pp 840 – 844. Québec: Department of Surgery, Faculty of Medicine, University of Sherbrooke and the Centre for Clinical Research, 2003.

<sup>15</sup> Ibid. p 842.

<sup>16</sup> PRICE, J. y col. Changes in medical student attitudes as they progress through a medical course. Journal of Medical Ethics, volumen 24 (2), pp. 110 – 117 England: Institute of Medical Ethics, 1998.



capacidad y habilidad de razonamiento moral. De lo contrario, una vez graduados, ya como médicos en ejercicio, es muy probable que se vean envueltos en problemas de orden ético-disciplinario y legal. En un estudio, publicado en la revista *JAOA* en 2000, se encontró que la incidencia de revocación de licencias médicas estaba en incremento, siendo las cinco causas más comunes para esto la calidad de la atención brindada, la conducta sexual inapropiada, el abuso de alcohol y sustancias prohibidas, la prescripción inadecuada y el fraude en el cobro de seguros<sup>17</sup>.

En un estudio realizado en Río de Janeiro cerca de 70% de los alumnos (n=128) respondieron un cuestionario diseñado para identificar situaciones de conflicto ético experimentados por estudiantes de medicina<sup>18</sup>. Se develaron diversas situaciones y una gran variedad de temas éticos que en su mayoría no estaban incluidos dentro del currículo de esa escuela. Los conflictos identificados y sugeridos por los estudiantes fueron clasificados en tres grandes grupos: situaciones de aprendizaje de la medicina, situaciones derivadas de la relación médico-paciente y situaciones que implicaban problemas legales y políticos de la atención en salud.

Sin embargo, y a pesar de la evidente necesidad de una buena educación, una que provea no sólo buenos elementos técnicos, sino buena capacidad de análisis, sentido de la crítica, de la responsabilidad, de compromiso con los pacientes y amor por la profesión, se siguen enseñando los temas de ética médica y bioética como si se tratara de un tema “técnico” de menor importancia o simplemente como asig-

naturas de “relleno”. El reconocimiento, análisis y solución de problemas éticos en medicina se toma como si fuese lo mismo aprender a diagnosticar una infarto o cualquier otra enfermedad, que comprender lo que significa respetar la autonomía de los pacientes o las implicaciones de justicia distributiva implícitas en la actividad médica<sup>19</sup>. Esto sin contar que nunca se tocan los presupuestos mismos y fundamentos teóricos (epistemológicos, sociológicos, ontológicos) de la medicina como disciplina, como práctica y como profesión.

Muchos estudiantes perciben los temas de ética médica y bioética incluidos en el currículo como elementos dissociados de la realidad e incluso contradictorios. En 2005, por ejemplo, durante el curso de “Bioética Clínica” en la Facultad de Medicina de la Universidad Javeriana de Bogotá, se realizó un taller con estudiantes avanzados (novenno semestre) que permitió concluir que hay una discrepancia entre lo enseñado y lo vivido. Para el estudiante no existe un referente concreto en el cual apoyarse cuando existen dilemas o dudas sobre aspectos éticos de la práctica clínica<sup>20</sup>. A esta problemática se suma el hecho de que, y según otro estudio realizado en la misma universidad, la proporción de estudiantes que reconocen haber tenido conductas éticamente reprochables es alta. Dicho comportamiento parece relacionarse con el estrés, el género y el semestre, sin desconocer la influencia que puedan tener otros factores tales como la personalidad y las particularidades culturales de los estudiantes<sup>21</sup>.

Aunque es casi imposible neutralizar la influencia ejercida por el currículo oculto o evitar

<sup>17</sup> SILVERBERG, Lawrence. Survey of medical ethics in US medical schools: a descriptive study. *The Journal of the American Osteopathic Association*, Vol. 100 (6), pp 373 – 378. Junio de 2000.

<sup>18</sup> TAQUETTE, Stella. y col. Situaciones éticamente conflictivas vivenciadas por los estudiantes de medicina. *Revista da Associação Médica Brasileira*, volumen 51 (1), pp. 23 - 28. São Paulo: 2005.

<sup>19</sup> COWLEY, Christopher. The dangers of Medical Ethics. *Journal of Medical Ethics*, volumen 31 (12), pp 739 – 742. England: Institute of Medical Ethics, 2005.

<sup>20</sup> SUÁREZ, Fernando. y DÍAZ, Eduardo. La formación ética de los estudiantes de medicina: la brecha entre el currículo formal y el currículo oculto. *Acta Bioethica*, volumen 13 (1), pp 107 – 113. Santiago de Chile: Programa de Bioética de la OPS/OMS, 2007.

<sup>21</sup> VENGOECHEA, Jaime., MORENO, Socorro y RUIZ, Alvaro. *Misconduct in Medical Students*. *Developing World Bioethics*, volume 8 (3), pp. 219 – 225. Wiley online library, 2008.

que el estudiante sea víctima de los factores negativos que caracterizan a las instituciones donde se lleva a cabo la educación médica en nuestro país, sí se justifica el planteamiento de un conjunto de investigaciones sobre el tema que permitan información útil a la hora de diseñar un programa de bioética clínica. Lo que se buscaría sería que los problemas y vivencias de los estudiantes se integren a la clase de bioética clínica de una manera más adecuada y que dicha clase sea parte “real” del contexto institucional en el que se lleva a cabo la formación médica, esto es, la propia facultad y el hospital.

#### 4. Desarrollo moral y educación médica

En su práctica cotidiana los médicos deben tomar permanentemente decisiones relativas al bienestar y la vida de otros. Tales decisiones implican a veces situaciones complejas que hacen difícil elegir la opción a seguir. Aun así, la sociedad debe poder confiar en que sus médicos sean capaces de abordar y resolver este tipo de situaciones sin dejar de respetar los valores de los pacientes y protegiendo bienes socialmente importantes. Interesa, por tanto, especialmente para quienes tienen en sus manos la formación de futuros médicos, conocer la manera como se conjugan diversos factores y se estructura el proceso de toma de decisiones en el escenario clínico.

En general se puede decir que en tanto somos seres morales desarrollamos sistemas éticos, esas diversas maneras de entender lo bueno y lo malo, de la misma manera que desarrollamos diversos lenguajes, con complejas estructuras sintácticas y significados referidos a concepciones particulares de la vida. Parecería que al igual que tendemos, como seres humanos, a tener competencias lingüísticas, también tendemos a desarrollar un determi-

nado talante moral. La compleja dimensión moral de los seres humanos incluye sistemas de razonamiento, de regulación emocional, de creencias y de actuación. Dichos sistemas tienen como referencia los ejes de lo justo-injusto, lo bueno-malo, lo aprobado–desaprobado. En este escenario, tomar decisiones moralmente bien justificadas implica un conjunto estructural de reglas y principios explícitos que permita contrastar y evaluar posibles rutas de acción y diversos argumentos. Este proceso debe formar parte de la formación de lo que en medicina se llama el “juicio clínico”<sup>22</sup>.

Como se ha planteado un elemento importante en el auge de la bioética clínica lo constituye el análisis de *dilemas éticos*. De manera general el dilema se plasma en una narración verosímil que se constituye a partir de la exposición de una situación problemática en la que confluyen dos deberes antagónicos<sup>23</sup>. El dilema se expresa “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”<sup>24</sup>. Y a fin de poder resolver dichos dilemas o participar efectivamente en su análisis y solución, los profesionales de la salud deben poder llevar a cabo adecuadamente un proceso de razonamiento que implica contenidos, reglas y normas de carácter moral.

Dicho razonamiento constituye un proceso de inferencia que puede asumir la forma deductiva o inductiva, en el sentido de establecer relaciones entre pensamientos y sentimientos propios del sujeto, por un lado, y normas o

<sup>22</sup> DOWNIE, Robert y MACNAUGHTON, Jane. *Clinical Judgment: Evidence in Practice*. Oxford: Oxford University Press, 2000. 212p.

<sup>23</sup> BEAUCHAMP, Tom y CHILDRESS, James. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press, 2009. p 10.

<sup>24</sup> ESCOBAR-MELO, Hugo y col. Validación de un Instrumento de Caracterización del Razonamiento Moral de los Estudiantes de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, volumen 2 (I), pp 53 – 66. Bogotá: 2009.



sistemas de reglas vigentes en la estructura social, por el otro. Una inferencia deductiva expresa que, “el razonamiento pone en relación unas premisas con una conclusión. En el caso de la deducción, se supone que la relación es de validez, es decir, que la conclusión debe ser verdadera, siempre y cuando las premisas sean verdaderas. La validez no significa que las premisas sean verdaderas, sino solamente que, si lo son, también lo será la conclusión”<sup>25</sup>.

En el campo moral las relaciones deductivas adquieren un cariz particular ya que, como se había planteado anteriormente, no se establecen dentro del canon estricto de un sistema lógico-matemático, sino en un entramado de decisiones con *sentido*, bien sea dentro de la perspectiva del hacer por el deber, o del hacer que conduce al bien, y que pueden corresponder a una moralidad heterónoma o autónoma respectivamente<sup>26</sup>.

En la perspectiva de la inferencia inductiva se realizan conexiones entre un acontecimiento y varios a la vez. Johnson-Laird<sup>27</sup> afirma que la inducción es una inferencia que, en sentido contrario a la deducción, tiende a aumentar de forma probable la información semántica. La inducción es la llave que abre la puerta de la dimensión de significación, ya que una proposición general o conjetura amplia tiende a eliminar el mayor número de estados de cosas, de forma a aumentar exponencialmente su propia información semántica. La metodología de *análisis de casos* en bioética clínica es un ejemplo de cómo podría realizarse un proceso inductivo para resolver dilemas éticos.

La inferencia deductiva o inductiva conduce a conceptos del mundo que son similitudes, re-

laciones, conexiones de tipo bisagra, que “construyen” la realidad como redes de elementos en común, que no están en los objetos mismos, sino en sus intercambios y correspondencias, y que sobrepasan los datos empíricos primitivos que, de por sí, no contienen las conclusiones últimas sobre la realidad. Las inferencias morales, sean deductivas o inductivas, encadenan hechos empíricos, emociones y sentimientos, además de modelos representacionales del hacer dominado por el deber, o del hacer que puede conducir a hacer el bien.

En el campo tradicional del razonamiento moral, éste se entiende como una prescripción de lo que está bien o de lo que está mal, y que se inscribe en un horizonte de lo que es justo o injusto<sup>28</sup>. El sujeto que trata de hacer juicios morales, al construir su propia conclusión, puede basarse en una adherencia a las reglas que interpreta como una obligación o en una toma compleja de conciencia frente a la posibilidad de hacer el bien. Tal diferenciación consiste en la distinción entre la presión social como respeto unilateral a la regla y la cooperación en términos de un equilibrio mutuo de acción comunicativa<sup>29</sup>.

El concluir que algo está bien o mal como sólo porque “se debe obedecer toda norma legal” corresponde a un proceso coercitivo. Por el contrario, la convicción de que algo es bueno o malo refiere un proceso de toma de conciencia donde intervienen razones, emociones y la lógica de las situaciones. El actuar por temor a la ley implicaría un proceso imposición externa que inscribe al sujeto en la heteronomía. Pero si la acción se orienta por el proceso de toma de conciencia y las buenas razones, el sujeto se situaría entonces en la autonomía.

<sup>25</sup> JONSON-LAIRD, Philip. El ordenador y la mente. Barcelona: Editorial Paidós, 1990. p 206.

<sup>26</sup> PIAGET, Jean. El criterio moral en el niño. Barcelona: Editorial Fontanella S. A. 1983.

<sup>27</sup> JONSON-LAIRD, Philip. Op. Cit. p 206.

<sup>28</sup> KOHLBERG, Lawrence. Op. Cit. pp 71 – 100.

<sup>29</sup> HABERMAS, Jürgen. Conciencia moral y acción comunicativa. Madrid: Editorial Trotta, S.A., 2008. 200p.

## 5. La teoría del desarrollo moral

Kohlberg inaugura una teoría de períodos o grandes etapas, con presupuesto universal<sup>30</sup>, acerca del juicio moral como un proceso sometido a la evolución psicológica desde la niñez a la edad adulta. En la pretensión de universalidad las formas del juicio no variarían de una cultura a otra, pero sí en los contenidos. Para Kohlberg el razonamiento moral está principalmente referido u orientado por los aspectos de la justicia y su esencia tiene que ver necesariamente con la distribución de los derechos y deberes, regida por los conceptos de igualdad y reciprocidad. “La estructura moral más esencial es la de la justicia. Las situaciones morales son situaciones de conflicto entre perspectivas o intereses; los principios de la justicia son conceptos para resolver estos conflictos, para dar a cada cual lo suyo”<sup>31</sup>.

Desde otra perspectiva, la posibilidad de realizar juicios morales implicaría cuatro condiciones fundamentales: la imparcialidad, la universalidad, la reversibilidad y la reciprocidad<sup>32</sup>. Respecto a la imparcialidad, el juicio moral alude a un contenido cognitivo en el sentido de que cualquier juicio puede ser sometido al escrutinio acerca de su veracidad o falsedad. Con relación a la universalidad, el juicio moral implicaría que cualquier sujeto que participe en la argumentación puede llegar a reconocer y aceptar los mismos juicios, en términos de

unas determinadas pautas de acción aprobadas por todos los afectados. El juicio competente exige la reversibilidad completa de los puntos de vista desde los cuales cada participante defiende o no sus argumentos, al igual que la reciprocidad, que adhiere el reconocimiento mutuo acerca de las pretensiones de cada sujeto.

En el tránsito entre la niñez y la adultez Kohlberg<sup>33</sup> describe los diferentes períodos y etapas por las cuales se da un acercamiento paulatino a las estructuras que hacen posible un juicio imparcial y justo frente a los conflictos dilemáticos de la acción moralmente situada en contexto. Dichos períodos y etapas corresponden al orden preconvencional, convencional y posconvencional.

El contenido del período preconvencional resalta el evitar el quebrantamiento de las normas y la autoridad, para evitar el castigo, sometiéndose al poder de la autoridad. Igualmente lo “justo” es seguir las normas, actuando según las necesidades propias pero sin coartar lo que los demás hacen, reconociendo lo equitativo en el intercambio y el trato entre iguales. Hay además un reconocimiento de las necesidades e intereses propios y de los demás.

El contenido del período convencional alude a que lo justo es vivir acorde con lo que se espera de cada uno, el mantener relaciones de confianza, lealtad, respeto y gratitud. Hacer lo justo significaría una descentración respecto de sí mismo, es decir, poder colocarse en el lugar del otro, ya que cada quien desea que los demás se porten como él/ella desearía se portaría. El sujeto de este estadio considera que la justicia implica cumplir con los deberes aceptados, las leyes que no colisionan con otros deberes y derechos culturalmente determinados. Lo anterior tiene que ver con el funcionamiento del orden social, el auto-respeto y la conciencia de cumplir con las obligaciones admitidas.

<sup>30</sup> KOHLBERG, Lawrence. The development of modes of thinking and choices in years 10 to 16. Tesis inédita. Chicago: University of Chicago Library, 1958. 491p.

KOHLBERG, Lawrence. Stage and sequence: The cognitive-developmental approach to socialization. En: GOSLIN, David (Editor). Theory and Research. New York: 1969.

KOHLBERG, Lawrence. Child, psychology and childhood education. New York: Longman, 1987.

KOHLBERG, Lawrence. Psicología del desarrollo moral. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, 1992. 662p.

<sup>31</sup> KOHLBERG, LAWRENCE. Op. Cit., 1989. p 82.

<sup>32</sup> HABERMAS, Jürgen. Op. Cit., 200p.

<sup>33</sup> KOHLBERG, Lawrence. Op. Cit., 1958; 1969; 1987; 1989 y 1992.

Los contenidos del período posconvencional están referidos a valores universales, esos que van más allá de las relaciones específicas e idiosincrásicas, como son el respeto por la vida y la libertad. Los sujetos de este período admiten que lo justo es obedecer la ley por un pacto social del bien recíproco, donde deberes y derechos se reconocen en la perspectiva de la máxima felicidad para el mayor número de participantes en los intercambios cotidianos.

El razonamiento moral como inferencia dilemática en la teoría de Kohlberg reconoce el desarrollo de unas determinadas perspectivas socio-morales, diferentes de las planteadas por Selman<sup>34</sup>; dichas perspectivas se asumen como puntos de vista que adopta el individuo al definir los hechos sociales y los valores o deberes socio-morales. Las perspectivas socio-morales postuladas por Kohlberg<sup>35</sup> y analizadas por Habermas<sup>36</sup>, corresponden al tránsito entre el egocentrismo y la perspectiva previa o que va más allá de la sociedad.

La perspectiva Socio-Moral I se refiere a la de los propios intereses y de otros sujetos aislados desde un punto de vista egocéntrico e individualista concreto. La perspectiva Socio-Moral II considera lo social en el sentido de reconocer relaciones compartidas con otros, donde el sujeto logra relacionar puntos de vista al colocarse en el lugar del otro pero sin lograr una perspectiva sistémica generalizada, igualmente esta perspectiva social diferencia el punto de vista social de los acuerdos y motivaciones interpersonales. La perspectiva Socio-Moral III reconoce el respeto a unas normas en las que debe basarse una sociedad justa, por lo tanto una perspectiva anterior a la sociedad, además de acentuar que se está ante la presencia de

sujetos racionales, conocedores de los valores y derechos, que integran perspectivas distintas mediante el acuerdo, el pacto, y los procedimientos morales y jurídicos, bajo la reconciliación derivada de los acuerdos sociales, donde los otros tienen una condición de fines y no de simples medios.

Los eventos y situaciones morales son en consecuencia situaciones de conflicto entre perspectivas o intereses, donde los principios ayudan a resolver dichos conflictos; la justicia, la distribución de derechos y deberes regida por los conceptos de igualdad y reciprocidad, pueden llegar a tener una lógica normativa o de equilibrio de acciones y relaciones sociales, al final del tránsito evolutivo.

El planteamiento de Kohlberg sobre el razonamiento moral, las expectativas sociales y las orientaciones para hacer juicios con competencia apelando a un orden normativo, de los principios y las consecuencias, de ideales de justicia o equidad y del propio yo, corresponden a una concepción de desarrollo ontogenético sobre la base de planteamientos universales, estructurales e invariables. En contraste con el planteamiento de Kohlberg, Hauser argumenta que el razonamiento moral no surge de buenos principios sino de una “gramática moral oculta que valora las causas y las consecuencias de las acciones propias y ajenas”<sup>37</sup>. Sin embargo la perspectiva teórica de Kohlberg puede releerse en una perspectiva más contemporánea del desarrollo, de manera que responda a los nuevos criterios relativos al cambio, la novedad, la transformación, las trayectorias, la variabilidad y la autorregulación.

En efecto, el tema del desarrollo es un campo disciplinar fundante que implica, cambio,

<sup>34</sup> SELMAN, Robert. El desarrollo sociocognitivo. Una guía para la práctica educativa y clínica. En: TURIÉL, Elliot., ENESCO, Ileana y LINAZA, Josetxu. (Compiladores). El mundo social en la mente Infantil. Madrid: Editorial Alianza, 1989 pp 101- 124.

<sup>35</sup> KOHLBERG, Lawrence. Op. Cit., 1989 pp 71 – 100.

<sup>36</sup> HABERMAS, Jürgen. Op. cit. 200p.

<sup>37</sup> HAUSER, Marc. *La mente moral: Cómo la naturaleza ha desarrollado nuestro sentido del bien y del mal*. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica S.A, 2008. p 268.

novedad, transformación, transición y variabilidad psicológica. De acuerdo con Vasco y Calilla<sup>38</sup>, se define el desarrollo como “un proceso que implica cambio o variaciones en el tiempo y una multiplicidad o complejidad en el espacio”. Esta aproximación comprensiva del desarrollo exige definiciones temporales y espaciales, al igual que un acercamiento de inteligibilidad a las variaciones individuales en las trayectorias que cada sujeto vive, en términos de lo que permanece y lo que cambia, que da cuenta de la complejidad, la multicausalidad y los factores influyentes multinivel, micro, meso y macro, que inciden en el desarrollo<sup>39</sup>.

## 6. Categorías del estudio

Las categorías teóricas que soportan el estudio se inscriben en dos ejes, el primero psicológico y el segundo bioético. En el eje psicológico se sitúan las categorías de *altruismo*, *contrato*, *confianza* y *justicia en el intercambio*, *conciencia*, *descentración del interés propio* y *adopción de roles*. En el eje bioético se encuentran las categorías de *respeto por la dignidad del ser humano*, *beneficencia*, *confidencialidad* y *deber de cuidado*. Los ítems de la “Escala C de Razonamiento Moral”<sup>40</sup>, se construyeron precisamente en la intersección de los dos ejes mencionados con el fin de dar cuenta de un razonamiento específico, en situaciones médico-clínicas.

Teniendo en cuenta que en el presente artículo sólo se analiza la categoría *altruismo* en relación con las categorías bioéticas mencionadas,

a continuación se hace una breve exposición de cada una de ellas.

### 6.1 Altruismo

Podría decirse que el altruismo es una forma de beneficencia<sup>41</sup> que implica, no obstante, ir más allá de las obligaciones morales básicas y vinculantes para todos y todas. En este sentido el altruismo podría ser visto también como un acto supererogatorio<sup>42</sup>, pues implica sacrificarse en pos de los demás, lo cual no es una obligación moral, aunque sí un ideal.

El altruismo estricto en el marco de una acción moralmente correcta, es un acto que tendría consecuencias favorables para todos, excepto para quien la ejecuta<sup>43</sup>. En el caso de los médicos no podría decirse que el altruismo constituye una norma moral, aunque de manera intuitiva puede verse que la sociedad espera que sus médicos actúen no sólo haciendo lo mínimo, sino incluso sacrificándose por sus pacientes.

En la presente investigación se ha denominado altruismo a la disponibilidad que muestra un estudiante de medicina para realizar actos a favor de los demás, en particular de sus pacientes, sin especificar si se trata de un acto sacrificado o arriesgado. Esto es así, por cuanto no siempre los actos supererogatorios altruistas implican actos riesgosos o extremadamente costosos para quien los lleva a cabo, por ejemplo, un trato con gran amabilidad o prestar un servicio social voluntario en alguna ocasión<sup>44</sup>.

<sup>38</sup> VASCO, Carlos Eduardo y CALILLA, Gloria. El concepto de desarrollo. En: LARREAMENDY-JOERNS, Jorge., PUCHENAVARRO, Rebeca y RESTREPO, Andrea. (Compiladores). Claves para pensar el cambio: Ensayos sobre psicología del desarrollo. Bogotá: Editorial Universidad de los Andes, Centro de Estudios Socioculturales e Internacionales –Ceso–, 2008, p 6.

<sup>39</sup> VAN GEERT, Paul y STEENBEEK, Henderien. A complexity and dynamic systems approach to development: Measurement, modeling and research. En: FISCHER, Kurt., BATTRO, Antonio y LENA Pierre. The mind, brain and education triad. Cambridge: Cambridge University Press, 2005. pp 2 – 31.

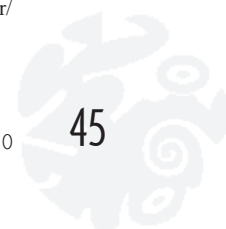
<sup>40</sup> ESCOBAR-MELO, Hugo y col. Op. Cit., pp 53 – 66.

<sup>41</sup> BEAUCHAMP, Tom y CHILDRESS, James. Op. cit., p 245.

<sup>42</sup> Ibid., pp 487 – 488.

<sup>43</sup> MONTUSCHI, Luisa. Ética y razonamiento moral. Dilemas morales y comportamiento ético en las organizaciones. Buenos Aires: 2001. Consultado en noviembre de 2009 desde <http://www.cema.edu.ar/publicaciones/download/documentos/219.pdf>

<sup>44</sup> BEAUCHAMP, Tom y CHILDRESS, James Op.Cit., p 48.



## 6.2 Respeto por la dignidad del ser humano

Constituye un criterio ético fundamental y 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 a partir de reglas social y racionalmente establecidas<sup>45</sup>. Sin embargo, respetar este principio no siempre resulta fácil pues la noción misma de dignidad humana es usada en diferentes escenarios con significados distintos. De hecho, entre su enunciación y su puesta en práctica parece haber gran incoherencia<sup>46</sup>. En nuestro medio, sin embargo, éste ha llegado a ser un criterio fundamental para analizar y resolver dilemas éticos en el ámbito clínico.

## 6.3 Beneficencia

En general significa toda acción que busca beneficiar a otras personas. Como principio ético se constituye en uno de los pilares de la bioética clínica, pues la acción médica adquiere su profundo significado en el hecho de que el médico actúa buscando hacerle un bien al paciente. De esta manera, la beneficencia exige actos positivos que promuevan el bien y la realización de los demás<sup>47</sup>. No debe confundirse con el *paternalismo* que es la imposición de su propia forma de entender lo que es el bien del médico sobre su paciente. La beneficencia implica respetar la autonomía, mientras que el paternalismo no.

<sup>45</sup> DÍAZ, Eduardo. Ética de la investigación en seres humanos: criterios para la acción. En: FRANCO, Saúl (Editor). Cuadernos del Doctorado No. 2: Ética, Salud y Vida. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2005. pp 71 – 102.

<sup>46</sup> CUÉLLAR, José. Dignidad humana: Una reflexión crítica sobre antropocentrismo a favor de la responsabilidad solidaria. Revista Avances en enfermería, volumen XXIV (I). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2006. pp 8 – 16.

<sup>47</sup> FERRER, Jorge. Los principios de la bioética. Cuadernos del programa regional de Bioética, número 7. Bogotá: Editorial Kimpres Ltda., Universidad El Bosque, 1998. p 45.

Este principio está íntimamente relacionado con el de *no-maleficencia*, que para la bioética se constituye en un principio diferenciado e implica la obligación de *no hacer daño*, actuando también como mecanismo regulador de las decisiones en la práctica clínica<sup>48</sup>.

En la *no-maleficencia* la obligación de no hacer daño es absoluta 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<sup>49</sup>.

**6.4 Confidencialidad:** en el marco de la relaciones entre profesionales de la salud y pacientes la confidencialidad aparece como un valor fundamental de gran relevancia en bioética clínica. Expresa el respeto por las personas, lo que implica a su vez el respeto por sus derechos, la inclusión y la no discriminación<sup>50</sup>.

Las pautas de respeto por las personas y sus derechos tienen un correlato en las normas jurídicas de reciprocidad e igualdad<sup>51</sup>.

## 6.5 Deber de cuidado

Este principio da prioridad a la salud, bienestar, calidad de vida y necesidades del paciente en un marco institucionalmente determinado<sup>52</sup>. El deber de cuidado es también una categoría jurídica

<sup>48</sup> GARZÓN, Fabio. Bioética: manual interactivo. Bogotá: 3R Editores. 348p.

<sup>49</sup> BEAUCHAMP, Tom y CHILDRESS, James. Op. Cit., p 48.

<sup>50</sup> ESCOBAR-MELO, Hugo y Col. Construcción de un Instrumento de Evaluación Cualitativa del Razonamiento Moral de los Estudiantes de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá: Universidad Javeriana, Facultad de Psicología, 2007. Microficha Biblioteca Alfonso Borrero.

<sup>51</sup> JOHNSTON, 1988, citado por: VASCO, E., y Col. 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, 1994.

<sup>52</sup> ESCOBAR-MELO, Hugo y Col. Op.Cit., 2007

que implica la obligación de una parte de prevenir y tener cuidado de que la otra no sufra un daño. Así, los médicos y las instituciones de salud tienen un deber de cuidado frente a los pacientes<sup>53</sup>.

Las categorías anteriores postulan que el pensar, en el sentido del razonar moralmente bajo unos valores referenciales en situaciones clínicas, es una tarea compleja que fusiona categorías psicológicas y bioéticas. En este sentido, para efectos analíticos, se construyó la siguiente matriz bajo dos ejes, lo moral y lo bioético, que permite acercarnos al cómo comprenden y cómo construyen unos sujetos, para este caso estudiantes de medicina, un marco psicológico de corte moral-ético, instalado en una práctica profesional específica de lo médico en situaciones clínicas.

## 7. Objetivos

### 7.1 Objetivo general

Caracterizar el razonamiento moral en la práctica clínica de los estudiantes de la carrera de medicina de la Pontificia Universidad Javeriana, de Bogotá-Colombia, en relación con los diferentes momentos de su formación.

### 7.2 Objetivos específicos

Describir los procesos de razonamiento moral en la práctica clínica de los estudiantes al inicio, la mitad y al finalizar la carrera de medicina.

Establecer si hay diferencias significativas entre los semestres estudiados en cuanto el razonamiento moral en situaciones clínicas.

Contribuir al conocimiento de los procesos específicos de razonamiento moral en situaciones

clínicas con el fin de incidir en los planteamientos curriculares de formación de los médicos.

## 8. Método

**8.1 Tipo de investigación:** La investigación de base del presente artículo se clasifica como descriptiva, cuantitativa y cuasi-experimental. Es descriptiva en el sentido de dar cuenta de unas determinadas características específicas del razonamiento moral en situaciones médicas-clínicas respecto de una población determinada<sup>54</sup>. Es cuantitativa, en tanto, se utilizó la “Escala C de Razonamiento Moral” de Escobar-Melo y Col.<sup>55</sup> y el tratamiento de los resultados implicó un análisis de medidas de tendencia central y ANOVAS para determinar diferencias significativas entre semestres<sup>56</sup>.

### 8.2 Diseño

La investigación obedeció a un diseño cuasi-experimental en el sentido de ya haberse dado las variables predictivas que modelan y determinan el razonamiento moral como variable criterio en situaciones clínicas<sup>57</sup>.

### 8.3 Participantes

N= 484 estudiantes de medicina de la Universidad Javeriana en la ciudad de Bogotá, Colombia, segundo período académico del año 2008, pertenecientes a los semestres, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, respectivamente; los semestres 7 y 8 sirvieron como muestra para el estudio piloto de validez y confiabilidad del instrumento utilizado<sup>58</sup>.

<sup>53</sup> HOPE, Tony, SAVULESCU, Julian y HENDRICK, Judith. *Medical Ethics and Law: The core curriculum*. Segunda edición. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2008. p 51.

<sup>54</sup> HERNÁNDEZ, Roberto., FERNÁNDEZ, Carlos y BAPTISTA Pilar. *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana, 2001.

<sup>55</sup> ESCOBAR-MELO, Hugo y Col., Op. Cit., 2009.

<sup>56</sup> SALKIND, Neil. *Métodos de investigación*. México: Prentice Hall Hispanoamericana, 1997. 400p.

<sup>57</sup> KERLINGER, Fred. *Investigación del comportamiento*. México: McGraw-Hill Interamericana de México, 1988.

<sup>58</sup> ESCOBAR-MELO, Hugo y Col., Op. Cit., 2009.



## 8.4 Instrumento

“Escala C de Razonamiento Moral”, resultado de un proceso de validez y confiabilidad realizado por, Escobar-Melo y Col.<sup>59</sup>.

## 8.5 Procedimiento

Fase 1: Aplicación del instrumento “Escala C de Razonamiento Moral” Escobar-Melo y Col. a la población elegida.

Fase 2: Análisis de resultados mediante el programa SPSS versión 16.

Fase 3: Análisis y discusión de los resultados en el marco de la teorización realizada, los objetivos y los hallazgos encontrados.

## 9. Resultados

### 9.1 Altruismo – Dignidad

Como se había planteado anteriormente, la relación entre altruismo y dignidad considera al paciente como un fin y no como un medio. El paciente es el actor principal y el objetivo central, en defecto del médico o del conocimiento disciplinar y privilegia la búsqueda de su bienestar por encima de cualquier otra intencionalidad. En esta perspectiva teórica el primer semestre de estudiantes de medicina muestra una mediana de 4, lo que indica que el 50% de la población puntúa alto en este ítem, corroborado por la media respectiva de 3,84. Puede interpretarse que la expresión del paciente como un fin y no como un medio acompañado de la búsqueda de su bienestar es reconocido por la población perteneciente a este primer semestre de formación médica.

En el segundo semestre estudiado la mediana es de 4, lo que indica que el 50% de la población de la Carrera de Medicina puntúa alto en este ítem, lo que es apoyado por la media respectiva de 3,76. En este sentido, puede concluirse que la expresión del paciente como un fin y no como un medio acompañado de la búsqueda de su bienestar es juzgada adecuadamente por la población del segundo semestre de formación médica.

En el tercer semestre la mediana es de 2, lo que indica que el 50% de la población puntúa bajo en este ítem, lo que es corroborado por la media respectiva de 2,69. La expresión del paciente como un fin y no como un medio acompañado de la búsqueda de su bienestar no parece constituir un juicio reconocido por la población del tercer semestre, lo que marca una diferencia importante y significativa. En el cuarto semestre la mediana es de 4, lo que indica que el 50% de la población de dicho semestre de Medicina puntúa alto en este ítem, lo que es apoyado por la media respectiva de 3,88. Se puede concluir que la expresión del paciente como un fin y no como un medio acompañado de la búsqueda de su bienestar es reconocido en su juicio moral por la población estudiada.

En el 5° semestre la mediana es de 4, lo que indica que el 50% de la población puntúa alto en este ítem, lo que es corroborado por la media respectiva de 4,06; en este sentido, la expresión del paciente como un fin y no como un medio acompañado de la búsqueda de su bienestar es razonado moralmente por dicho semestre. En el 6° semestre la mediana es de 4, lo que indica que el 50% de la población puntúa alto en este ítem, lo que es corroborado por la media respectiva de 4,04; en este sentido, la expresión del paciente como un fin y no como un medio acompañado de la búsqueda de su bienestar constituye un razonamiento

<sup>59</sup> Ibid.

moral de la población de estudiantes aludidos. En el 9º semestre, la mediana es de 4, lo que indica que el 50% de la población puntúa alto en este ítem, aunque la media es de 3,65; en este sentido, la expresión del paciente como un fin y no como un medio acompañado de la búsqueda de su bienestar puede ser reconocida estos participantes. En el 10º semestre, la mediana es de 4, lo que indica que el 50% de la población de este semestre puntúa alto en este ítem, aunque la media es un poco baja, de 3,50; en este sentido, la expresión del paciente como un fin y no como un medio acompañado de la búsqueda de su bienestar es reconocida por la población respectiva.

En términos generales la puntuación frente a la fusión de las variables Altruismo–Dignidad es relativamente positiva y alta, a excepción del tercer semestre, además de estar presente en toda la población de estudiantes de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana; marcan una tendencia de reconocimiento del paciente como un ser digno en términos de que es el fin y no el medio en el marco de la búsqueda por su bienestar.

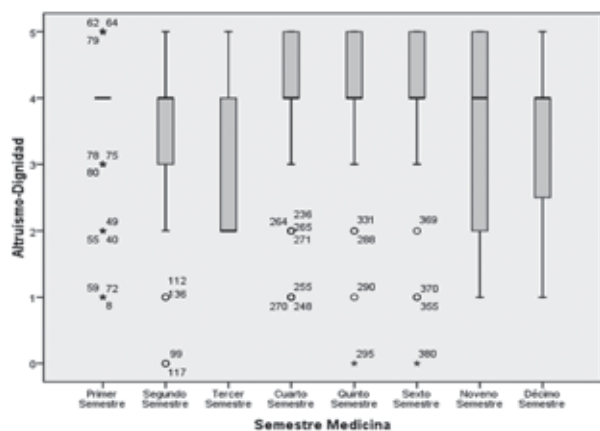


Figura No.1. Caja resumen de la intersección entre altruismo y dignidad

Para visualizar claramente la relación y diferencia entre semestres, la Figura No. 2, destaca el tercer semestre diferente del resto de

la población estudiada de forma significativa hallada mediante la prueba estadística post hoc de Tukey; el resto de los semestres (10º, 9º, 2º, 1º, 4º, 6º, 5º) se presenta como un solo grupo homogéneo con medias semejantes.

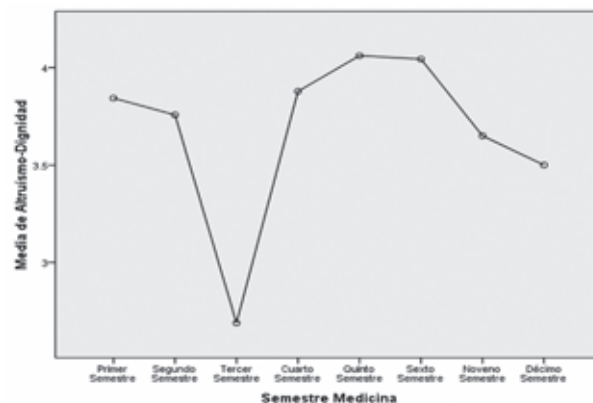


Figura No. 2. Media de altruismo y dignidad en todos los semestres

## 9.2 Altruismo – Beneficencia

La relación altruismo – beneficencia implica reconocer la obligación ética de dar calidad en la atención al paciente dadas las exigencias morales frente al reconocimiento de la autonomía ajena; en esta perspectiva la beneficencia exige actos positivos altruistas que promuevan el bienestar de los demás. En este contexto, en el primer semestre la mediana hallada fue de 4, con una media de 3,9, lo que permite afirmar que en el primer semestre los estudiantes reconocen los actos morales como relevantes en el marco de la obligación de ejercer acciones de calidad que beneficien al paciente.

El 2º semestre muestra una mediana de 4, y una media 3,9, lo que permite expresar que el 50% de la población referida puntúa alto, en términos de reconocer la relación altruismo–beneficencia. Para el tercer semestre la mediana es de 4, con una media de 3,95, lo que permite expresar que el 50% de la población de este semestre de medicina puntúa medianamente



alto, en términos de resaltar la relación altruismo-beneficencia.

Respecto del 4° semestre la mediana es de 4, lo que permite plantear que el 50% de la población del mencionado semestre puntúa alto, en términos de reconocer la relación altruismo-beneficencia.

Con relación al 5° semestre la mediana de 4, lo que permite observar que el 50% de la población referida puntúa alto, dato corroborado por la media de 4,02, en términos de reconocer la relación altruismo-beneficencia.

Para el 6° semestre la mediana es de 4, con una media de 4,3, lo que permite describir que el 50% de la población referida puntúa alto, en términos de reconocer la relación altruismo-beneficencia.

En el 9° semestre la mediana es de 5, con una media de 4,22, lo que permite decir que el 50% de la población referida puntúa muy alto (el máximo), en términos de reconocer la relación altruismo-beneficencia. El 10° semestre muestra una mediana de 4, y una media igualmente de 4, lo que permite observar que el 50% de la población referida puntúa alto, en términos de reconocer la relación altruismo-beneficencia.

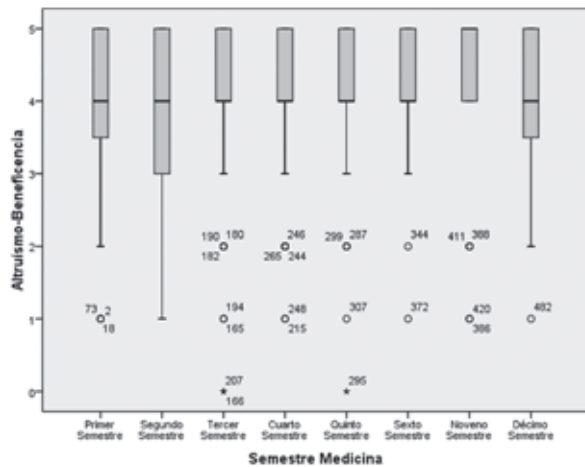


Figura No. 3. Caja resumen relación entre altruismo y beneficencia

En la figura No. 4 no se encuentran diferencias significativas entre los semestres estudiados (prueba estadística post hoc de Tukey); toda la población se presenta como un grupo relativamente homogéneo, ya que las medias son semejantes, sin diferencias significativas entre ellas.

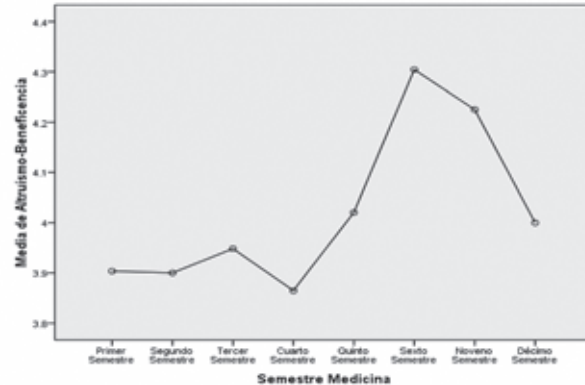


Figura No. 4. Media de altruismo y beneficencia para todos los semestres.

### 9.3 Altruismo – Confidencialidad

La relación altruismo-confidencialidad plantea acciones de respeto por el buen nombre, su no exposición pública, su inclusión y no discriminación; en esta perspectiva se halló para el primer semestre una mediana de 4, y una media de 3,84, lo que permite expresar que el 50% de la población referida puntúa alto, en términos de reconocer la relación altruismo-confidencialidad. El 2° semestre se observa una mediana de 4, y una media de 4, lo que permite aseverar que el 50% de la población referida puntúa alto, en términos de reconocer la relación altruismo-confidencialidad.

En el tercer semestre la mediana es de 4, y la media es de 4,07, lo que permite describir que el 50% de la población referida puntúa alto, en términos de reconocer la relación altruismo-confidencialidad.

En 4° semestre se observa una mediana de 4, y una media de 3,78, lo que permite plantear

que el 50% de la población referida puntúa alto, en términos de reconocer la relación altruismo–confidencialidad. El 5º semestre presenta una mediana de 4, y una media de 3,84, lo que permite observar que el 50% de la población referida puntúa alto, en términos de reconocer la relación altruismo–confidencialidad. El 6º semestre refiere una mediana de 4, y un media de 4,09, lo que permite expresar que el 50% de la población referida puntúa alto, en términos de reconocer la relación altruismo–confidencialidad.

En el 9º semestre se observa una mediana de 4, y una media de 3,62, lo que permite describir que el 50% de la población referida puntúa alto, en términos de reconocer la relación altruismo–confidencialidad. El 10º semestre muestra una mediana de 4, y una media de 3,47, lo que permite observar que el 50% de la población referida puntúa alto, en términos de reconocer la relación altruismo–confidencialidad.

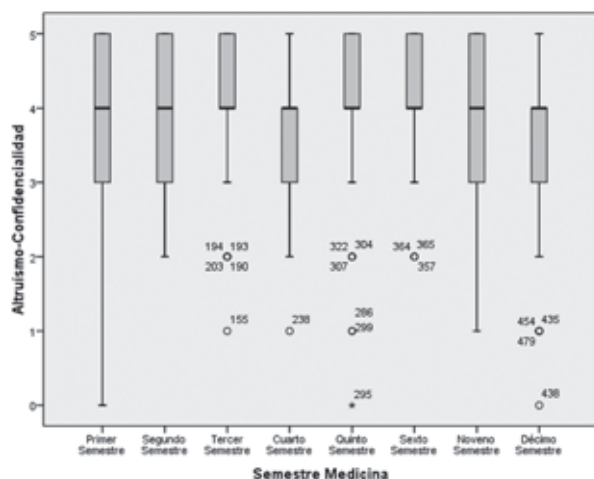


Figura No. 5. Caja resumen de la fusión entre altruismo y confidencialidad

El 10º semestre (Figura No. 6) es significativamente diferente con una media baja respecto de los semestres 9º, 4º, 5º, 1º, 2º y 3º; el sexto semestre es significativamente diferente del 10º semestre en tanto muestra la media mayor.

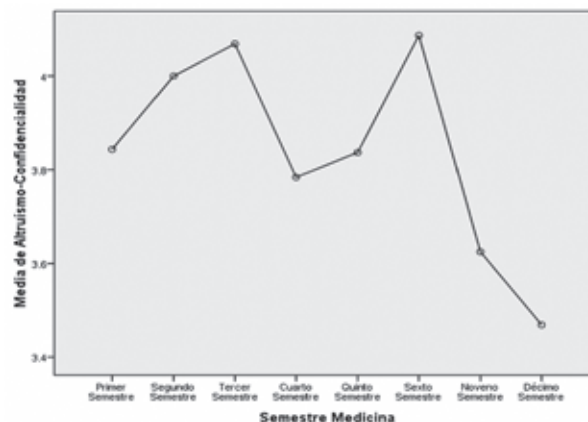


Figura No. 6. Comparación de las medias, altruismo-confidencialidad en todos los semestres

### 9.4 Altruismo–Deber de Cuidado

La coalescencia entre altruismo y deber de cuidado refiere acciones de priorización de la salud, el bienestar y la calidad de vida del paciente, y en general de sus necesidades básicas de las que depende su bienestar frente a la enfermedad; en este contexto se halló para el primer semestre una mediana de 4, una media de 3,55 que establece un reconocimiento de la relación altruismo–cuidado, medianamente alta.

En el 2º semestre se observa una mediana de 3 y una media de 3,33 lo que indica una valoración baja respecto de la relación altruismo–cuidado, para el 2º semestre de formación médica. En el tercer semestre se presenta una mediana de 4, y una media de 3,98, lo que permite expresar que el 50% de la población referida puntúa alto, en términos de reconocer la relación altruismo–cuidado para el tercer semestre de formación médica.

El 4º semestre refiere una mediana de 4 y una media de 3,45 lo que muestra una valoración relativamente alta en términos de comprender la relación altruismo–cuidado, en este semestre de formación médica. En el 5º semestre se muestra una mediana de 4, y una media de 3,39, lo que



permite describir que el 50% de la población referida puntúa relativamente alto, en términos de reconocer la relación altruismo–cuidado, para dicho semestre de formación médica.

El 6° semestre refiere una mediana de 4, y una media de 3,85, lo que permite plantear que el 50% de la población referida puntúa alto, en términos de reconocer la relación altruismo–cuidado, para este semestre de formación médica.

En el 9° semestre se puede observar una mediana de 5, y una media de 4,42, lo que indica que la población referida puntúa muy alto, en términos de reconocer la relación altruismo–cuidado, en este semestre de formación. En el 10° semestre se puede observar una mediana de 4, y una media de 4, lo que indica que la población referida relativamente alto, en términos de reconocer la relación altruismo–cuidado.

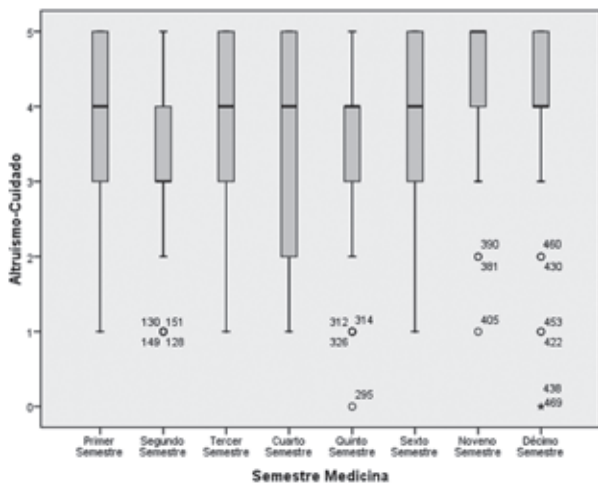


Figura No. 7. Caja resumen de la relación entre altruismo y cuidado.

En la Figura No. 8 se observa un grupo (2°, 5°, 4° y 1° semestres) con medias homogéneas y bajas y otro grupo (6°, 3° y 10° semestres) con medias más altas y homogéneas entre sí; no veno semestre presenta la media más alta y se diferencia de forma significativa de los demás.

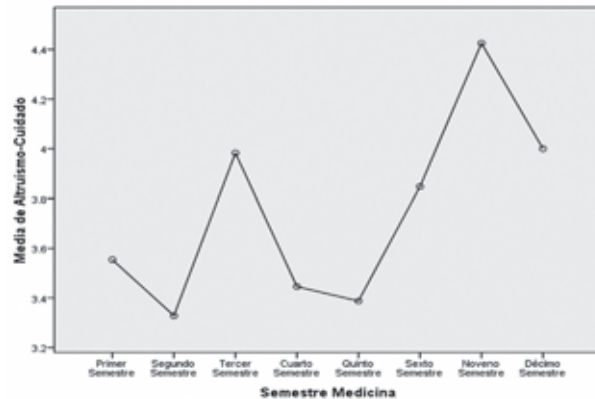


Figura No. 8. Comparación de las medias, altruismo-cuidado en todos los semestres.

## 10. Discusión y Conclusiones

En general la variable altruismo y su relación de coalescencia con dignidad, beneficencia, confidencialidad y deber de cuidado, todas éstas categorías bioéticas, presenta valores altos entre 3,5 y 4; las distribuciones son ligeramente asimétricas y positivas, dentro de rangos de normalidad de acuerdo con las pruebas estadísticas de significación realizadas (prueba estadística post hoc de Tukey, SPSS 16).

Lo anterior nos expresa que en general toda la población estudiada reconoce actos morales de relación positiva con el otro en situaciones clínicas, siendo considerado el paciente como un fin, en el marco de buscar su beneficio, sin discriminación, y con reconocimiento de la dignidad humana.

La escala utilizada permite observar diferencias simples y significativas, éstas últimas para en tres de cuatro relaciones entre variables, lo que corrobora el poder de diferenciación del instrumento previamente validado y el grado de interés sobre los hallazgos expuestos.

Los semestres muestran una variación “intra” y “entre” ellos en las categorías estudiadas lo que

sugiere que no todo el razonamiento presenta una regularidad homogénea o de estructura de conjunto que reitera la versión de que el juicio moral puede ser estudiado en una concepción del cambio, variabilidad y trayectorias específicas, para unos sujetos situados en contexto, tal como se planteó en el marco de referencia<sup>60,61</sup>.

Ningún semestre muestra niveles totalmente altos en todas las categorías ni absolutamente bajos; podría haberse esperado para el 10º semestre un razonamiento alto en particular y bajo en 1º semestre; de acuerdo con Kohlberg<sup>62</sup> se esperaría que las estructuras que hacen posible los razonamientos morales competentes, cuestión que no ocurre, ya estén presentes para estas poblaciones, sobre todo en los últimos semestres de formación, de forma que los razonamientos justos puedan efectuarse plenamente en la vía de reconocer la distribución de derechos y deberes regida por los conceptos de igualdad y reciprocidad en situaciones dilemáticas.

No se observa por tanto una lógica normativa o equilibrio pleno de acciones y relaciones sociales, para los últimos semestres, frente a valores que van más allá de las relaciones específicas e idiosincrásicas, como es la vida y el bienestar en particular; los sujetos del período posconvencional en los estudios de Kohlberg admitirían que lo justo es obedecer las leyes pactadas socialmente en la perspectiva del bien recíproco, que deberían llevar a la máxima felicidad para el mayor número de asociados. Sí se evidencian razonamientos dilemáticos diversos que sugieren operaciones e inferencias dependientes de los semestres que permiten

pensar en el gran impacto de la actividad curricular de cada cohorte de estudiantes.

Los datos en algunos semestres (3º en altruismo–dignidad; 6º y 10º en altruismo–beneficencia; 2º, 5º, 4º 1º y 9º en altruismo–cuidado), sugieren relación con el currículo y el tipo de interacciones entre profesores y alumnos, que según Suárez<sup>63</sup> constituye un ambiente que se asemeja a una institución totalitaria y de poder rígido, orientada bajo reglas estrictas, que demandan de sus participantes jornadas absolutamente extenuantes. El razonamiento bioético no parece tener relación con la Asignatura formal de la Carrera de Medicina y sí más con la experiencia particular respecto del semestre o con la cohorte etaria<sup>64</sup>.

No hay curvas homogéneas crecientes sino más de estilo fractal, que exigen un tratamiento y comprensión de lo moral bajo la óptica de una epistemología de la complejidad<sup>65</sup>. Desde esta perspectiva, se puede concluir que los estudiantes a lo largo de la carrera de Medicina tienen como referente para el actuar clínico el “altruismo”, dado que, a pesar de algunas fluctuaciones en los resultados de cruces de categorías (moral–bioética) se mantiene una puntuación alta en las diferentes intersecciones, haciendo posible interpretar que los estudiantes tiene como objetivo buscar el beneficio mayor para sus pacientes, independientemente de las características personales de estos.

Este tipo de resultado permitiría ubicar a los participantes en una perspectiva Socio-Moral II<sup>66</sup>, pues si bien su razonamiento está guiado por las normas sociales, sin dejar de lado la subjetividad del paciente y sus familiares aún no logran constituir una perspectiva sistémica

<sup>60</sup> VASCO, Carlos Eduardo y CALILLA, Gloria. Op. Cit.

<sup>61</sup> PUCHENAVARRO, Rebeca. Érase una vez el desarrollo. En: LARREAMENDY-JOERNS, Jorge., PUCHENAVARRO, Rebeca y RESTREPO, Andrea. (Compiladores). Claves para pensar el cambio: Ensayos sobre psicología del desarrollo. Bogotá: Editorial Universidad de los Andes, Centro de Estudios Socioculturales e Internacionales –Ceso–, 2008.

<sup>62</sup> KOHLBERG, Lawrence. Op. Cit., 1958; 1969; 1987; 1989; 1992.

<sup>63</sup> SUÁREZ, R. Comunicación personal. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, junio de 2009.

<sup>64</sup> SUÁREZ, Fernando. y DÍAZ, Eduardo. Op. Cit., pp 107 – 113.

<sup>65</sup> VAN GEERT, Paul y STEENBEEK, Henderien. Op. Cit., pp 2 – 31.

<sup>66</sup> KOHLBERG, LAWRENCE. Op. Cit., 1989.

generalizada en los razonamientos, dadas las fluctuaciones observadas.

No obstante, y teniendo en cuenta que el razonamiento moral no se da de forma ascendente para cada categoría, se encuentra que al tratarse de los principios bioéticos existen fragmentaciones en los resultados. Es así como en la categoría “Dignidad” los estudiantes reconocen al paciente como un fin y no como un medio de la práctica clínica, pues es relevante la autonomía de ellos en la toma de decisiones médicas. Sin embargo, en tercer semestre esta base del razonamiento tiene un menor peso, por lo que se debería buscar en el currículo y en la vivencia formativa de los estudiantes la justificación de este índice, ya que se distancia al participante de la carrera de un eje fundamental en la actividad profesional confiable, lo que respondería a una perspectiva Socio-Moral I<sup>67</sup>, pues las decisiones son egocéntricas y separadas del equilibrio que debe haber entre derechos y deberes, aunque se encuentran dentro del marco de las normas morales regentes en nuestra sociedad.

En cuanto a las categorías de “Beneficencia” y “Confidencialidad”, se encuentran presentes en todo el proceso de formación de los estudiantes, manteniendo un peso importante en la toma de decisiones al enfrentarse a una situación dilemática, siguiendo un razonamiento moral desde la perspectiva Socio-Moral III, que implica no solo hacer inducciones sino también deducciones tomando en cuenta a todos los participantes en dicho dilema, que en este caso, sería el mejor tratamiento para un paciente.

Por último, se abordó la categoría de “Deber de Cuidado”, en la que se encontraron mayores fluctuaciones de medianas entre los semestres, lo que indica que es una base del razonamiento moral que no siempre es tomada en cuenta por los estudiantes en la práctica clínica, pues estos

pasan por todas las perspectivas morales propuestas por Kohlberg, es así como se denota en 2° y 5° semestres que existe un razonamiento a partir de la perspectiva del médico (Socio-Moral I – egocéntrica), mientras en los semestres 1° y 4° el paciente es tomado en cuenta para las decisiones médicas en la medida en que el estudiante se “pone en los zapatos del otro”, sin embargo no tiene una mirada sistémica generalizada de la situación (perspectiva Socio-Moral II). Así pues, los estudiantes de 3°, 6°, 9° y 10° semestres, están ubicados en una perspectiva Socio-Moral II, en la cual tienen en cuenta todos los factores actuantes en la vida del paciente para la toma de decisiones.

Los anteriores hallazgos presentan las formas complejas e interesantes en que se desarrolla el razonamiento moral durante la carrera, lo que seguramente exigirá nuevas interpretaciones desde el currículo, la experiencia de formación, las exigencias técnicas y procedimentales y la teoría propiamente dicha, sumado al análisis de factores como la edad y el género, datos que no son objeto del presente artículo. Es evidente que sí es posible y relevante realizar investigaciones empíricas en el área de la Bioética y la Psicología con modelos que recurren a instrumentos válidos y confiables que usan datos mensurables con un gran potencial hermenéutico<sup>68</sup>.

## Bibliografía

1. ALBANO, Sergio. Michel Foucault, Glosario epistemológico. Buenos Aires: Editorial Quadrata, 2006. 125p.
2. BEAUCHAMP, Tom y CHILDRESS, James. Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press, 2009. 505p.
3. COWLEY, Christopher. The dangers of Medical Ethics. Journal of Medical Ethics, volumen 31 (12), pp 739 – 742. England: Institute of Medical Ethics, 2005.

<sup>67</sup> Ibid.

<sup>68</sup> ESCOBAR-MELO, Hugo y Col. Op. Cit., 2009.

4. CUÉLLAR, José. Dignidad humana: Una reflexión crítica sobre antropocentrismo a favor de la responsabilidad solidaria. *Revista Avances en enfermería*, volumen XXIV (1), pp 8 – 16. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2006.
5. DÍAZ, Eduardo. Ética de la investigación en seres humanos: criterios para la acción. En: FRANCO, Saúl (Editor). *Cuadernos del Doctorado No. 2: Ética, Salud y Vida*. pp 71 – 102. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2005.
6. \_\_\_\_\_. La crisis del paradigma anatómico-clínico: de las metáforas de la enfermedad. En: CELY, Gilberto. *Dilemas Bioéticos Contemporáneos*. Bogotá: 3R Editores. 2002.
7. DOWNIE, Robert y Macnaughton, Jane. *Clinical Judgment: Evidence in Practice*. Oxford: Oxford University Press, 2000. 212p.
8. ESCOBAR-MELO, Hugo y Col. Construcción de un Instrumento de Evaluación Cualitativa del Razonamiento Moral de los Estudiantes de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá: Universidad Javeriana, Facultad de Psicología, 2007. Microficha Biblioteca Alfonso Borrero.
9. \_\_\_\_\_. Validación de un Instrumento de Caracterización del Razonamiento Moral de los Estudiantes de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, volumen 2 (1), pp 53 – 66. Bogotá: 2009.
10. FERRER, Jorge. Los principios de la bioética. *Cuadernos del programa regional de Bioética*, número 7. pp 37 – 62. Bogotá: Editorial Kimpres Ltda., Universidad El Bosque, 1998.
11. FEUDTNER, Chris y Christakis, Dimitri. Making the Rounds. *The Ethical Development of Medical Students in the Context of Clinical Rotations*. *The Hastings Center Report*, volumen 24 (1). pp 6 - 12. New York: 1994.
12. FOUCAULT, Michel. *La arqueología del saber*. México: Siglo XXI Editores, 1999. 355p.
13. FRANCO, Saúl (Editor). *Cuadernos del Doctorado No. 2: Ética, Salud y Vida*. pp 71 – 102. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2005.
14. FRANK, Arthur W. Emily's Scars. *Surgical Shapings, Technoluxe, and Bioethics*. *Hastings Center Report*, volumen 34 (2). pp 18 – 29. New York: 2004.
15. GARZÓN, Fabio. *Bioética: manual interactivo*. Bogotá: 3R Editores. 348p.
16. HABERMAS, Jürgen. *Conciencia moral y acción comunicativa*. Madrid: Editorial Trotta, S.A., 2008. 200p.
17. HAUSER, Marc. *La mente moral: Cómo la naturaleza ha desarrollado nuestro sentido del bien y del mal*. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica S.A, 2008. p 268.
18. HERNÁNDEZ, Roberto., FERNÁNDEZ, Carlos y BAPTISTA Pilar. *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana, 2001.
19. HOPE, Tony, Savulescu, Julian y Hendrick, Judith. *Medical Ethics and Law: The core curriculum*. Segunda edición. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2008.
20. JONSON-LAIRD, Philip. *El ordenador y la mente*. Barcelona: Editorial Paidós, 1990. p 206.
21. KERLINGER, Fred. *Investigación del comportamiento*. México: McGraw-Hill Interamericana de México, 1988.
22. KOHLBERG, Lawrence. *Psicología del desarrollo moral*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, 1992. 662p.
23. \_\_\_\_\_. Estudios morales y moralización: el enfoque cognitivo-evolutivo. En: TURIEL, Elliot., ENESCO, Ileana y LINAZA, Josetxu. (Compiladores). *El mundo social en la mente Infantil*. Madrid: Editorial Alianza, 1989. pp 71 – 100.
24. \_\_\_\_\_. *Child, psychology and childhood education*. New York: Longman, 1987.
25. \_\_\_\_\_. Stage and sequence: The cognitive-developmental approach to socialization. En: GOSLIN, David (Editor). *Theory and Research*. New York: 1969.
26. \_\_\_\_\_. The development of modes of thinking and choices in years 10 to 16. Tesis inédita. Chicago: University of Chicago Library, 1958. 491p.
27. LARREAMENDY-JOERNS, Jorge., PUCHENAVARRO, Rebeca y RESTREPO, Andrea. (Compiladores). *Claves para pensar el cambio: Ensayos sobre psicología del desarrollo*. Bogotá: Editorial Universidad de los Andes, Centro de Estudios Socioculturales e Internacionales –Ceso–, 2008.
28. MONTUSCHI, Luisa. *Ética y razonamiento moral. Dilemas morales y comportamiento ético en las organizaciones*. Buenos Aires: 2001. Consultado en noviembre de 2009

- desde <http://www.cema.edu.ar/publicaciones/download/documentos/219.pdf>
29. MORREIM, E. Haavi. *Balancing Act: The New Medical Ethics of Medicine's New Economics*. Washington: Georgetown University Press, 1995.
  30. O'NEILL, Onora. *A Question of Trust*. UK: Cambridge University Press, Newnham College, Cambridge, 2002.
  31. PATENAUDE, Johane., NIYONSENGA, Theophile y FAFARD, Diane. *Changes in students' moral development during medical school: a cohort study*. Canadian Medical Association, JAMC, volume 168 (7). pp 840 – 844. Québec: Department of Surgery, Faculty of Medicine, University of Sherbrooke and the Centre for Clinical Research, 2003.
  32. PIAGET, Jean. *El criterio moral en el niño*. Barcelona: Editorial Fontanella S. A. 1983.
  33. PRICE, J. y col. *Changes in medical student attitudes as they progress through a medical course*. Journal of Medical Ethics, volumen 24 (2). pp 110 – 117. England: Institute of Medical Ethics, 1998.
  34. PUCHENAVARRO, Rebeca. *Érase una vez el desarrollo*. En: LARREAMENDYJOERNS, Jorge., PUCHENAVARRO, Rebeca y RESTREPO, Andrea. (Compiladores). *Claves para pensar el cambio: Ensayos sobre psicología del desarrollo*. Bogotá: Editorial Universidad de los Andes, Centro de Estudios Socioculturales e Internacionales –Ceso–, 2008.
  35. REDONDO, Hernán y GUZMÁN, F. *La Reforma de la Salud y la Seguridad Social en Colombia. El desastre de un modelo económico*. Bogotá: Biblioteca Jurídica, 2000.
  36. ROSE, Nikolas. *The Politics of Life Itself. Theory, Culture & Society*, volumen 18(6). pp 1 – 30. 2001.
  37. ROTHMAN, David. *Strangers at the Bedside. A history of how law and bioethics transformed medical decision making*. New York: Basic Books, 1991.
  38. SALKIND, Neil. *Métodos de investigación*. México: Prentice Hall Hispanoamericana, 1997. 400p.
  39. SELMAN, Robert. *El desarrollo sociocognitivo. Una guía para la práctica educativa y clínica*. En: Turiel, Elliot., Enesco, Ileana y Linaza, Josetxu. (Compiladores). *El mundo social en la mente Infantil*. Madrid: Editorial Alianza, 1989. pp 101- 124.
  40. SILVERBERG, Lawrence. *Survey of medical ethics in US medical schools: a descriptive study*. The Journal of the American Osteopathic Association, Vol. 100 (6), pp 373 – 378. Junio de 2000.
  41. SUÁREZ, Fernando. y Díaz, Eduardo. *La formación ética de los estudiantes de medicina: la brecha entre el currículo formal y el currículo oculto*. Acta Bioethica, volumen 13 (1), pp 107 – 113. Santiago de Chile: Programa de Bioética de la OPS/OMS, 2007.
  42. SUÁREZ, R. *Comunicación personal*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, junio de 2009.
  43. TAQUETTE, Stella. y col. *Situaciones éticamente conflictivas vivenciadas por los estudiantes de medicina*. Revista da Associação Médica Brasileira, volumen 51 (1), pp. 23 - 28. São Paulo: 2005.
  44. TOWES, N. *Merchants of Health and Consumer Culture in the United States 1900 – 1940*. The Journal of American History, Volumen 88(2). pp 519 – 547. Bloomington: Indiana University, 2001.
  45. TURIEL, Elliot., ENESCO, Ileana y LINAZA, Josetxu. (Compiladores). *El mundo social en la mente Infantil*. Madrid: Editorial Alianza, 1989.
  46. VAN GEERT, Paul y STEENBEEK, Henderien. *A complexity and dynamic systems approach to development: Measurement, modeling and research*. En: FISCHER, Kurt., BATTRO, Antonio y LENA Pierre. *The mind, brain and education triad*. Cambridge: Cambridge University Press, 2005. pp 2 – 31.
  47. VASCO, Carlos Eduardo y CALILLA, Gloria. *El concepto de desarrollo*. En: LARREAMENDYJOERNS, Jorge., PUCHENAVARRO, Rebeca y RESTREPO, Andrea. (Compiladores). *Claves para pensar el cambio: Ensayos sobre psicología del desarrollo*. Bogotá: Editorial Universidad de los Andes, Centro de Estudios Socioculturales e Internacionales –Ceso–, 2008. p 6.
  48. VASCO, Carlos Eduardo y col. *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, 1994.
  49. VENGOECHEA, Jaime., MORENO, Socorro y RUIZ, Álvaro. *Misconduct in Medical Students*. Developing World Bioethics, volume 8 (3). pp. 219 – 225. Wiley online library, 2008.