



Enseñanza simulada y deliberación moral: contribuciones a la formación profesional de la salud

Dulcinéia Ghizoni Schneider
Flávia Regina Souza Ramos
(Organizadoras)

MORIÁ
Editora

Enseñanza simulada y deliberación moral: contribuciones a la formación profesional de la salud

Organizadores:

Dulcinéia Ghizoni Schneider

Flávia Regina Souza Ramos

Apoyo:



MORIÁ
Editora

**ENSEÑANZA SIMULADA Y DELIBERACIÓN MORAL:
CONTRIBUCIONES A LA FORMACIÓN PROFESIONAL DE LA
SALUD**

ORGANIZADORES:

**DULCINÉIA GHIZONI SCHNEIDER
FLÁVIA REGINA SOUZA RAMOS**

APOYO:



Ministerio de Educación. Coordinación para el Perfeccionamiento del Personal de Educación Superior

MORIÁ
Editora

Porto Alegre/RS

2021

Consejo Científico Moriá Editora

Director de la Junta

Prof. Dr. Márcio Neres dos Santos
Pontificia Universidad Católica de Rio Grande do Sul / PUCRS Brasil

Empleados de la junta

Prof. Dr. Dagmar Elaine Kaiser
Universidad Federal de Rio Grande do Sul, Porto Alegre / RS Brasil

Prof. Dra. Erica Rosalba Mallmann Duarte

Universidad Federal de Rio Grande do Sul, Porto Alegre / RS Brasil

Prof. Dr. Iride Cristofoli Caberlon

Universidad Luterana de Brasil, Gravataí / RS Brasil

Prof. Dr. Magada Tessmann

Universidad del Extremo Sur de Santa Catarina, Criciúma / SC Brasil

Prof. Dra. Maira Buss Thofehr

Universidad Federal de Pelotas, RS – Brasil

Prof. Dra. Maria da Graça de Oliveira Crossetti

Universidad Federal de Rio Grande do Sul, Porto Alegre / RS Brasil

Prof. Dra. Maria Ribeiro Lacerda

Universidad Federal de Paraná, Curitiba / PR Brasil

Prof. Dra. Regina Gema Santini Costenaro

Universidad Franciscana, Santa Maria / RS Brasil

Prof. Dra. Rita Catalina Aquino Caregnato

Universidad Federal de Ciencias de la Salud de Porto Alegre, RS Brasil

Prof. Dra. Roseana Maria Medeiros

Universidad Regional Integrada de Alto Uruguai y Missões, Erechim / RS Brasil

Los autores y la editorial se han esforzado por dar el debido crédito y citar debidamente a todos los titulares de los derechos de autor de cualquier material utilizado en esta obra, poniéndose a disposición para posibles ajustes posteriores, si, de forma involuntaria e inadvertida, se ha omitido la identificación de alguno de ellos.

Todas las fotografías que ilustran el libro fueron autorizadas para su publicación y uso científico por parte de pacientes y / o familiares en forma de consentimiento libre e informado, siguiendo las normas establecidas por la resolución 466/2012, del Consejo Nacional de Salud.

Maquetación y portada: Formato Artes Gráficas

Revisión portuguesa: Annelise Silva da Rocha - annelisesr@gmail.com

1ª Edición – 2019

La versión impresa de este trabajo fue financiada con recursos propios de los organizadores.

Todos los derechos reservados para

MORIÁ
Editora

La duplicación de este volumen, total o parcialmente, en cualquier forma o por cualquier medio (mecánico, electrónico, fotocopiado, grabación, distribución por internet y otros), sin autorización escrita de Moriá Editora Ltda.

Dirección postal:

PO Box 21,603 - Vila Ipiranga Porto Alegre / RS - CEP: 91.360-970

E-mail: moriaeditora@gmail.com / www.moriaeditora.com.br

DATOS INTERNACIONALES PARA CATÁLOGO EN PUBLICACIÓN (CIP)

E59 Enseñaza simulada y deliberación moral: contribuciones a la formación profesional de la salud [recurso electrónico] / organizadores: Dulcinéia Ghizoni Schneider, Flávia Regina Souza Ramos. – Porto Alegre: Moriá, 2019.
115p. : il.

Incluye bibliografía
ISBN: 978-65-86659-045-7

1. Ética en enfermería. 2. Formación de recursos humanos en salud. 3. Enseñanza. 4. Educación en enfermería. I. Schneider, Dulcinéia Ghizoni. II. Ramos, Flávia Regina Souza.

NLM WY85

ORGANIZADORES

DULCINÉIA GHIZONI SCHNEIDER

Enfermera. Maestría y Doctorado en Enfermería con especialidad en Filosofía, Salud y Sociedad por la Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC). Tesis premiada con el Premio Capes de Teses 2011. Profesora Adjunta del Departamento de Enfermería, actuando en la carrera de Grado y Posgrado en Enfermería de la UFSC. Investigadora del Laboratorio de Investigación en Trabajo, Ética, Salud y Enfermería - Praxis de la UFSC, en la línea de investigación Ética y Subjetividad. Miembro del Comité de Ética de la Sociedad Brasileña de Bioética Regional de Santa Catarina (2018-2020).

FLÁVIA REGINA SOUZA RAMOS

Enfermera. Maestría y Doctorado por la Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC), con posdoctorado en Educación por la Universidad de Lisboa. Profesora titular jubilada de la UFSC. Profesora invitada CAPES de la Universidad Estatal de Amazonas (UEA). Profesora titular del Programa de Postgrado en Enfermería en Salud Pública (PROEnsp / UEA) y del Programa de Postgrado en Enfermería / UFSC. Investigadora becada de Productividad del CNPq (PQ 1A) en los temas del proceso de trabajo de enfermería y salud, bioética, ética y educación. Miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Brasileña de Bioética (2018-2020).

AUTORES

Dulcinéia Ghizoni Schneider

Enfermera. Maestría y Doctorado en Enfermería con especialidad en Filosofía, Salud y Sociedad por la Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC). Tesis premiada con el Premio Capes de Teses 2011. Profesora Adjunta del Departamento de Enfermería, actuando en la carrera de Grado y Posgrado en Enfermería de la UFSC. Investigadora del Laboratorio de Investigación en Trabajo, Ética, Salud y Enfermería - Praxis de la UFSC, en la línea de investigación Ética y Subjetividad. Miembro del Comité de Ética de la Sociedad Brasileña de Bioética Regional de Santa Catarina (2018-2020).

Flávia Regina Souza Ramos

Enfermera. Maestría y Doctorado por la Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC), con posdoctorado en Educación por la Universidad de Lisboa. Profesora titular jubilada de la UFSC. Profesora invitada CAPES de la Universidad Estatal de Amazonas (UEA). Profesora titular del Programa de Postgrado en Enfermería en Salud Pública (PROEnsp / UEA) y del Programa de Postgrado en Enfermería / UFSC. Investigadora becada de Productividad del CNPq (PQ 1A) en los temas del proceso de trabajo de enfermería y salud, bioética, ética y educación. Miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Brasileña de Bioética (2018-2020).

Graziele de Lima Dalmolin

Enfermera. Maestría y Doctorado en Enfermería de la Universidad Federal de Rio Grande (FURG). Profesora del Departamento de Enfermería de la Universidad Federal de Santa María (UFSM). Postdoctorado en curso en la Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC). Vice líder del Grupo de Investigación en Trabajo, Ética, Salud y Seguridad del Paciente de la Universidad Federal de Santa María (GTESSP / UFSM).

Isabela Saioron

Enfermera. Maestría en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC). Estudiante de doctorado en Enfermería por el Programa de Posgrado en Enfermería de la UFSC. Miembro del Laboratorio de Investigación en Trabajo, Ética, Salud y Enfermería - Praxis de la UFSC.

Jussara Gue Martini

Enfermera. Maestría y Doctorado en Educación por la Universidad Federal de Rio Grande do Sul (UFRGS). Post-Doctorado en Enfermería por la Escuela Superior de Enfermería de Porto - Portugal. Profesora e Investigadora del Departamento de Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC). Coordinadora del Programa de Posgrado en Enfermería (PEN / UFSC). Coordinadora del Proyecto de Internacionalización (PrINT / UFSC), Subproyecto de Educación en Salud Interprofesional Investigadora en las áreas de formación en enfermería, especialmente en el campo de la formación profesional y docente y enfermería en atención primaria. Beca de Productividad en Investigación CNPq, nivel 2.

Marina da Silva Sanes

Enfermera. Maestría en Enfermería de la Universidad Federal de Rio Grande (FURG). Residencia Integrada del Grupo Hospitalar Conceição (RIS-GHC). Especialista en Educación para la Salud (Hospital Sírio-Libanês). Investigadora del Laboratorio de Investigación y Tecnología en Educación en Enfermería y Salud de la Universidad Federal de Santa Catarina (EDEN / UFSC). Miembro del Grupo Asesor del Consejo de Educación de la Asociación Brasileña de Enfermería (ABEN / SC).

Mario Sergio Bruggmann

Enfermero. Estudiante de doctorado en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC). Máster Profesional en Gestión de la Atención de Enfermería. Especialista en Urgencias Prehospitalarias. Gerente de Enfermería del Instituto de Psiquiatría del Estado de Santa Catarina y Centro de Convivência Santana. Miembro del Laboratorio de Investigación en Trabajo, Ética, Salud y Enfermería - Praxis de la UFSC.

Mirelle Finkler

Dentista. Doctora en Odontología con Pasantía de Doctorado en el Exterior en Bioética en la Universidad Complutense de Madrid. Profesora del Departamento de Odontología. Profesora de Postgrados en Salud Colectiva y Odontología. Vice líder del Centro de Investigación y Extensión en Bioética y Salud Pública de la Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC). Presidente de la Sociedad Brasileña de Bioética Regional de Santa Catarina (2018-2020).

Saionara Nunes de Oliveira

Enfermera. Estudiante de maestría y doctorado en el Programa de Posgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina (PEN / UFSC). Instructora de Simulación de la Universidad de Costa Rica (UCR). Miembro de la Asociación Brasileña de Simulación en Salud (ABRASSIM) y de la Federación Latinoamericana de Simulación Clínica y Seguridad del Paciente (FLASIC).

SUMÁRIO

	PREFACIO	9
	PRESENTACIÓN	12
	PART 1	15
1	Fundamento teórico: ¿posibles articulaciones?	16
	<i>Flávia Regina Souza Ramos</i>	
	<i>Dulcinéia Ghizoni Schneider</i>	
	<i>Graziele de Lima Dalmolin</i>	
	<i>Isabela Saioron</i>	
	<i>Mario Sergio Bruggmann</i>	
2	Matriz de referencia para la enseñanza simulada de la deliberación moral y el abordaje de problemas éticos en la formación sanitaria	34
	<i>Flávia Regina Souza Ramos</i>	
	<i>Dulcinéia Ghizoni Schneider</i>	
	PART 2	46
3	Deliberación moral: método para una bioética de la responsabilidad	47
	<i>Mirelle Finkler</i>	
4	La simulación clínica como método de enseñanza <i>Saionara Nunes de Oliveira</i>	66
	<i>Marina Silva Sanes,</i>	
	<i>Jussara Gue Martini</i>	
	PART 3	83
5	Guía para crear y aplicar casos de deliberación moral y abordar problemas éticos en la formación sanitaria	84
	<i>Dulcinéia Ghizoni Schneider</i>	
	<i>Flávia Regina Souza Ramos</i>	
6	Informe de experiencia de la enseñanza de la deliberación moral con un caso simulado	89
	<i>Dulcinéia Ghizoni Schneider</i>	
	<i>Flávia Regina Souza Ramos</i>	
	CONSIDERACIONES FINALES	114

PREFACIO

El tema que trata este libro, la enseñanza de la deliberación moral en problemas éticos en la formación de profesionales de enfermería, adquiere una importancia creciente en el siglo XXI. Como dice Harari^A, en su libro *21 lecciones para el siglo XXI*, “en un mundo lleno de información irrelevante, la claridad es poder. Si no hay más restricción al flujo de ideas, la lógica de la censura parece que ha sido subvertida: el exceso de contenido al que la gente está expuesta a diario los inunda de desinformación y distracciones”.

En este sentido, cuando pensamos en la formación profesional en salud, los contenidos relacionados con el conocimiento de la asignatura (uno de los siete conocimientos necesarios para la práctica docente, como propone Shulmann^B) dejan de tener propósito en sí mismos y se convierten en estrategias para el desarrollo de las ciudadanas y ciudadanos autónomos, con compromiso social y responsabilidad ética. En este contexto, el desarrollo de competencias ético-morales, como la comunicación interpersonal, la capacidad de negociación, la cooperación y el trabajo en equipo, el respeto y el liderazgo, es de importancia. Competencias que históricamente se han descuidado en el contexto de la formación de los profesionales de enfermería y salud.

Aprender a relacionarse es un requisito y un desafío enorme. Requiere nuevos modelos de enseñanza. Nuevos modelos que no solo se configuran en nuevos métodos, nuevas formas de enseñar y aprender, sino fundamentalmente en la transformación de paradigmas en educación para la salud. La adopción de nuevas metodologías de enseñanza, debe ir precedida de una base teórica sólida y coherente que la respalde.

¿Educar para qué, con qué propósito? Para Freire, educar es promover la conciencia, de uno mismo y del mundo. Solo con una actitud crítica hacia el mundo es posible alcanzar una conciencia epistemológica. Despertar la conciencia epistemológica entre los estudiantes es el gran propósito de la educación, entendida como aquella en la que el ser humano, frente al mundo, deja su conciencia ingenua y desarrolla una percepción más centrada de *sí mismo, de su mundo y de sí mismo en el mundo*. Se percibe

^A HARARI, Yuval Noah. **21 lições para o século 21**. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

^B SHULMAN, L. S. Conocimiento y enseñanza: fundamentos de la nueva reforma. **Profesorado**, Granada, v.9, n.2, p. 1-30, 2005.

a sí mismo como un sujeto en un mundo cambiante, capaz de promover el cambio a través de su propia acción. Al aprehender la realidad, el ser humano alcanza la conciencia epistemológica, un estado en el que supera los límites del solo conocerse a sí mismo, “consciente” de la realidad, y comienza a actuar sobre ella como objeto de su acción, es decir, como praxis. El logro de esta conciencia necesita tiempo, ejercicio continuo y retroalimentación, ya que incondicionalmente necesita conciencia. (FREIRE, 2001)^C

Para lograr la conciencia, la educación necesita superar los modos transmisivos y verticales para privilegiar los espacios interdialogicos y, por tanto, los horizontales. Es en los espacios democráticos donde se construyen ciudadanas y ciudadanos autónomos, que se mueven desde el respeto, la comprensión y la empatía. Para que el alumno pueda construir su autonomía, personal y profesional, el proceso de enseñanza necesita habilitar experiencias que estimulen la decisión y la responsabilidad, respetando la libertad de acción del alumno. (FREIRE, 2014)^D

Aprender implica experimentar, modular la mirada, capacidad crítica de pensar, de movilizar emociones y sentimientos. En este sentido, el error también es aprender. En los espacios de aprendizaje, es necesario permitir que el alumno ejerza el error, velando por su seguridad y la de todos los involucrados.

Por tanto, es necesario pensar en la enseñanza de la deliberación moral en problemas éticos como un contenido fundamental en la formación de los profesionales de la salud, en espacios de aprendizaje que permitan la modulación de la mirada y la experimentación. Y, en este sentido, la enseñanza simulada se presenta como un recurso pedagógico excepcional, ya que permite al alumno vivir situaciones cotidianas, respetando su ritmo y tiempo de aprendizaje, que en su futura práctica profesional se presentarán, con la seguridad deseada. Tales situaciones de conflictos y complejos problemas morales y éticos, que se presentan en la vida cotidiana de los servicios de salud, requieren el aprendizaje de los procesos de toma de decisiones y del desarrollo de la sensibilidad ética, que en los modelos transmisivos de educación rara vez se ubican como “contenido de aprendizaje”.

Y si aprendemos a lo largo de la vida, eso se aplica a los procesos de educación permanente. Somos eternos aprendices, como decía Freire. Por eso, también en los

^C FREIRE, Paulo. **Conscientização – teoria e prática de libertação**: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3.ed. São Paulo: Centauro, 2001.

^D FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 50.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014.

movimientos de educación permanente, es necesario contar con espacios de reflexión y diálogo, en el contexto del trabajo, que permitan al profesional de la salud reflexionar sobre los problemas éticos y morales vividos y, en un proceso de acción-reflexión- actuar, modular su conducta ética, para brindar una atención segura y de calidad.

Y, quizás, la mayor provocación de este libro, ya sea para profesores, enfermeros y otros profesionales de la salud. Porque reconocer la importancia de la educación ética como se propone en este libro, requiere un nuevo significado para el rol de docente. No como quien enseña, sino como quien crea espacios de aprendizaje significativos; uno que ofrece alternativas para que el alumno construya sus propios caminos de aprendizaje, permitiendo la modulación de su mirada; un docente que crea ambientes democráticos, que estimulan la participación y la capacidad reflexiva y crítica de sus alumnos. Un maestro que baja del escenario y les da a los estudiantes un escenario, desde el protagonista hasta el actor secundario. Para hacer esto, necesita reconocer las habilidades necesarias para enseñar, desarrollándose como maestro. Después de todo, somos profesionales de la salud capacitados y, rara vez, profesores de enfermería y salud.

Y, finalmente, reafirmar que los conflictos y dilemas éticos no se viven de forma aislada en el contexto del trabajo en salud. Por eso es necesario aprender, en los procesos de formación inicial, a compartir y reflexionar juntos para la toma colectiva de decisiones. En este sentido, la enseñanza de la deliberación moral en problemas éticos en la formación inicial de los profesionales de enfermería y salud se presenta como un contenido estratégico para promover la educación interprofesional (EIP). Necesitamos construir prácticas de salud colaborativas, más allá de los límites disciplinarios.

Ojalá, la lectura de este libro nos provoque a pensar y actuar, provocando nuestro malestar, por las necesarias transformaciones que se requieren para la atención de salud en el siglo XXI, en el mundo del trabajo y en el mundo de la educación.

Dra. Marta Lenise do Prado

Enfermera. Doctorada en Filosofía de Enfermería

Profesora Titular de la Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC) y Profesora

Invitada de la Universidad Federal de Amazonas (UFAM)

APRESENTACIÓN

Este trabajo se produjo a partir de la investigación “La enseñanza simulada aplicada al proceso de deliberación moral en los problemas éticos que viven los estudiantes y profesionales de Enfermería”, financiada por la Coordinación de Perfeccionamiento del Personal de Educación Superior / CAPES, Premio Capes de Teses 2011 revertido en Financiamiento de Proyecto de Investigación. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos, vía Plataforma Brasil, bajo CAAE 41840915.1.0000.5361 y Opinión plasmada en 990.530.

Su intención fue apoyar el desarrollo y aplicación de estrategias de enseñanza simulada al proceso de deliberación moral en los problemas éticos vividos en la formación y en la práctica profesional de Enfermería. Sin embargo, en el campo del trabajo en salud colectiva, los problemas morales y la búsqueda de soluciones involucran, en su mayoría, a múltiples actores. El trabajo en salud es desarrollado por equipos multiprofesionales y todos estos trabajadores requieren habilidades morales. Con esto, se asume la centralidad de la experiencia de los profesionales y estudiantes como objeto de problematización y, por tanto, se enfoca en el desarrollo y aplicación de herramientas educativas reflexivas.

Se espera que aliente a los docentes y profesionales a reflexionar sobre cuestiones morales, a menudo invisibles en la actividad clínica y en la gestión de la salud, así como sobre estrategias educativas que promuevan las competencias ético-morales. De ahí que el mayor producto pueda ser ofrecer una guía o guion para elaborar y desarrollar racionalmente la deliberación moral, o el análisis crítico de situaciones / problemas concretos, entre los citados como ejemplo y muchos otros que interesan a los profesionales.

Los lectores observarán que, aunque el desarrollo de habilidades para la deliberación moral está en el horizonte, se movilizan al menos dos ampliaciones de enfoque:

- 1) El reconocimiento de que muchas de las cuestiones que plantea la práctica diaria de profesionales y estudiantes no se refieren a problemas clásicos de la bioética clínica. Aunque provoquen inseguridad y duda y exijan posicionamientos morales, muchas veces son conflictos de relaciones o

enfrentamientos con barreras institucionales, no implicando un claro conflicto de valores o no presentando todos los componentes necesarios para una deliberación en sesiones colectivas. En este caso, vale la pena preguntarse: - si estas preguntas son tan comunes, si causan angustia y si pueden amenazar el cuidado de las personas y la calidad de las relaciones, ¿por qué no deberían ser tratadas con igual importancia y responsabilidad? Y, para tratar con ellos, ¿qué lecciones podemos aprender del proceso de deliberación moral? ¿La deliberación tiene que limitarse necesariamente a “casos” claramente configurados dentro del método propuesto? ¿O podemos, utilizando lo que nos enseñan el método referencial y deliberativo, ejercer una mirada crítica sobre nuestros problemas y nuestros límites en las decisiones más cotidianas? Creyendo que lo es, vale la pena ejercitar nuestra reflexión sobre el trabajo diario de la salud, y así se hace esta primera lectura ampliada del método de deliberación moral.

- 2) El reconocimiento de que los profesionales, y en especial los docentes, en sus elecciones estratégicas en torno a la tarea educativa, son presentados, convocados e incluso seducidos por diferentes referencias y herramientas, sin que la elección de un método sea acompañada de una lectura crítica de sus bases teóricas. Así, en ocasiones, los profesores se ponen en la posición de decidir aplicar un recurso, aún con dudas sobre su consistencia o sobre la coherencia con los valores asumidos. En cuanto al referencial y al método de deliberación moral, existe, por ejemplo, una estrecha relación, en orígenes y fines, con el narrativismo o la bioética narrativa. Pero, ¿cómo se acercan, en qué se diferencian? Comprender sus conexiones ¿puede ayudar a desarrollar alternativas o aplicaciones mejor adaptadas o dirigidas a determinados contextos o temas? ¿Pueden ser útiles las nuevas pruebas científicas y los discursos sobre educación y moralidad? ¿Son contrarias o complementarias a los aportes de la deliberación, del narrativismo o de la enseñanza simulada? ¿Qué es controvertido debe eliminarse o debe ser tema de discusión, como temas como la neuroeducación y la neuroética? Es por estas preguntas que se abrió una segunda extensión del referencial, en la dirección de posibles diálogos con otros conceptos, como la sensibilidad moral, o las proposiciones

derivadas del conocimiento de las neurociencias o de las prácticas de enseñanza simulada, o cómo éstas también se sintonizan en algunos aspectos.

Por este motivo, este trabajo se organiza en tres partes. En la primera parte se presenta el Marco Teórico producido a partir del aporte de diferentes autores, reunidos no solo porque ya han encontrado relaciones coherentes, sino también porque plantean nuevas preguntas y aplicaciones. Al final de esta primera parte, se presenta una síntesis, en forma de Matriz de Referencia para el desarrollo de estrategias problematizantes en educación ética, como es el caso del abordaje de problemas morales y enseñanza simulada. La segunda parte consta de dos capítulos para profundizar en los dos ejes privilegiados de la obra, la deliberación moral y la enseñanza simulada. La tercera parte del libro señala formas prácticas que proporcionan una Guía para comprender, aplicar o construir casos ejemplares de deliberación moral, inspirados en los pasos del proceso de deliberación moral de Diego Gracia (expuesto en el capítulo 3), pero que pueden ser útiles en adaptaciones a situaciones de docencia diversa, en el abordaje de vivencias y problematizaciones más cotidianas, que no siempre constituyen sesiones completas de discusión y decisión en equipo. Finalmente, se demuestra la articulación de la educación para la deliberación moral con el método de simulación realista, a través de un informe de experiencia. Es importante resaltar que los casos de deliberación moral a construir no pueden ser considerados “casos reales”. Aunque inspirados en situaciones reales, deben ser reapropiados, sintetizados y transformados, informando solo sobre el tipo de problema, sin ninguna referencia a personas específicas. Dicha elaboración también puede tener lugar en un proceso continuo de discusión de diferentes participantes, con el fin de acercarnos a la experiencia de profesionales y estudiantes.

La obra se puede leer de varias formas. Se espera que su contribución promueva la reflexión sobre los referentes que subyacen a las actividades educativas en escenarios de formación profesional en salud, pregrado y educación permanente. Lo más importante es que docentes, estudiantes y profesionales de la salud se apropien de lo que ofrece la obra como ejemplo capaz de movilizar la sensibilidad, la creatividad y la construcción colaborativa de estrategias para el desarrollo de sus propias competencias ético-morales.

Dulcinéia Ghizoni Schneider
Flávia Regina Souza Ramos



PARTE 1

1

FUNDAMENTO TEÓRICO: ¿POSIBLES ARTICULACIONES?

Flávia Regina Souza Ramos, Dulcinéia Ghizoni Schneider, Grazielle de Lima Dalmolin, Isabela Saioron, Mario Sergio Bruggmann

Este capítulo presenta la propuesta de un posible fundamento teórico para el interés de subsidiar enfoques en la enseñanza de temas éticos o, en el sentido más amplio que se desee, de potenciar las competencias ético-morales en el proceso de formación profesional, en el enfrentamiento de problemas éticos y de demandas de deliberación moral.

Partiendo de un breve retrato del contexto que involucra la relación trabajo-educación, específicamente en los aspectos históricos y socio-técnicos del campo de la salud y la enfermería, se pasa a algunas bases teóricas y conceptos elegidos por su contribución al pensamiento de los objetivos y estrategias de las acciones educativas que privilegien la dimensión ética del camino formativo.

El escenario: del trabajo a la formación en salud y el reto de desarrollar habilidades ético-morales

En los últimos años, el sistema de salud en todo el mundo ha experimentado cambios que incluyen avances tecnológicos, nuevas herramientas y técnicas de diagnóstico, nueva atención e intervenciones médicas, así como restricciones y reformas presupuestarias. En este contexto, la atención médica para los trabajadores de la salud y las cuestiones éticas y morales a menudo se dejan en un segundo plano, ya que el mayor énfasis en la organización del trabajo es la creciente preocupación por la contención de costos, el costo-beneficio y el uso de tecnologías, lo que ha contribuido a un mayor énfasis en el profesionalismo mecanicista, oponiéndose a la necesidad de revisar las conductas éticas.¹⁻²

Los trabajadores a menudo están expuestos a problemas morales en su trabajo diario. En enfermería, Jameton³ diferencia tres categorías de problemas morales que afectan a las enfermeras, es decir, incertidumbre moral, dilemas morales y sufrimiento moral. La incertidumbre moral ocurre cuando el profesional no conoce el curso de acción éticamente correcto, pero siente una incertidumbre incómoda, una sensación de que algo no está bien, a menudo permanece en silencio porque se considera solo o por temor a parecer tonto al hacer preguntas. Los dilemas morales ocurren cuando existen dos

opciones de acciones opuestas, que pueden igualmente justificar éticamente al agente, que es incapaz de realizar ambas acciones, encontrándose en un dilema al tener que elegir un curso de acción a seguir, porque no hay un argumento lo suficientemente fuerte para indicar una opción sobre otra. Y el sufrimiento moral se da en situaciones en las que el profesional hace una evaluación y reconoce la acción éticamente adecuada a seguir, pero por coacciones internas o externas, se siente impedido de actuar de acuerdo con su conciencia.

La vivencia de estos problemas morales en el trabajo de la salud presenta implicaciones para los trabajadores, como llevarlos a experimentar residuo moral, que se refiere a la vivencia de integridad moral comprometida, que implica la anulación o vulneración de creencias, valores y principios, que pueden llevar a la indiferencia del profesional.⁴ También se puede decir que, dado que los problemas morales se centran en el componente moral y la agencia moral de estos trabajadores, también pueden limitar su sensibilidad moral.⁵

Se corrobora que la creciente complejidad de los conflictos y problemas morales y éticos contemporáneos en los servicios de salud constituye un desafío a la formación académica de estos trabajadores.⁶ Como principal estrategia para evitar la naturalización de estos problemas morales y mantener a los trabajadores en sus puestos, hay la educación ética, que incluye el proceso de formación y educación continua.⁷

En este sentido, se enfatiza que la reflexión sobre las cuestiones éticas del trabajo diario debe darse en el proceso de formación de los trabajadores, como estrategia para facilitar la percepción de conflictos y problemas éticos de la vida cotidiana, y para ayudar en la construcción de soluciones que favorezcan el fortalecimiento de los trabajadores en los enfrentamientos necesarios.⁸ Una posibilidad es la inversión en el desarrollo de la sensibilidad moral, ya que cada alumno ya tiene un título al iniciar el curso, pero este debe ser fortalecido y alentado a través de programas y cursos de ética, para la mejora de competencias y habilidades en la reflexión y el afrontamiento de los problemas morales en la práctica, evitando el desgaste y el sufrimiento moral.⁹

Así, se retoma la importancia de la educación ética y el desarrollo de la sensibilidad moral, lo que ha influido positivamente en el desarrollo de la confianza de los trabajadores de la salud, el uso de recursos éticos, la provisión de acciones morales y el cultivo de entornos laborales éticamente sólidos. La formación ética es fundamental para la acción moral de los trabajadores, favoreciendo su actuación como defensores del

paciente y su mayor participación en la resolución de desafíos éticos a pie de cama.¹⁰ La educación ética también propone la enseñanza de estrategias que incentiven el ejercicio del poder de los trabajadores, con modelos de comportamiento adecuados para enfrentar situaciones de dilemas y sufrimiento moral, así como para establecer relaciones interpersonales efectivas en el trabajo, es decir, prepararlos para diálogos éticos con todos los profesionales del equipo.¹¹⁻¹²

La enseñanza de la ética en la carrera de enfermería ha sido discutida y cuestionada sobre las mejores estrategias a adoptar, con el objetivo de desarrollar habilidades no solo técnicas, sino también éticas. Las asignaturas de ética profesional aisladas desarrollan la visión deontológica de la ética, con discusiones sobre el Código de Ética Profesional (CEP) y situaciones en las que la actitud del profesional no se ajusta a lo prescrito en el Código o la Ley de Ejercicio Profesional (LEP) resultan en infracciones. Es fundamental que el académico conozca su CEP, así como su LEP. También es importante que el alumno, al vivir situaciones de conflictos o problemas éticos, pueda percibir e identificar qué actitudes son adecuadas o inadecuadas y cuál es la mejor forma de deliberar moralmente, para que los resultados de las decisiones sean los mejores, tanto para el paciente como para familia, para el propio profesional y su equipo y para la institución que se propone brindar una atención de calidad.

La enseñanza transversal de la ética es una propuesta que se ha debatido durante mucho tiempo, pero que tiene poco efecto en la práctica, pues para que haya una enseñanza transversal en las asignaturas de la carrera de pregrado, debe haber una integración en el currículo y los docentes deben estar alineados en sus estrategias de enseñanza /aprendizaje y conducta que apunta a un resultado o impacto en el aprendizaje.

Ferreira y Ramos¹³ enfatizan la importancia de planificar y sistematizar la enseñanza de la ética y la bioética en los planes de estudio de enfermería de pregrado para que los estudiantes puedan tomar decisiones autónomas y reflexivas en los diversos contextos de práctica. Como propuestas plantean estos autores, además de docentes capacitados, la transversalidad de la enseñanza de la ética / bioética, el desarrollo de valores, virtudes y actitudes éticas por parte de los estudiantes, además de referencias consistentes de apoyo a la docencia.¹³

La interacción del estudiante con escenarios reales de trabajo promueve la construcción de relaciones con los usuarios de los servicios de salud, la familia y la comunidad y, en esta relación, surgen implicaciones éticas, producto de los desafíos de la

realidad.¹⁴ En este momento, el estudiante relaciona teoría y práctica para analizar críticamente situaciones y seleccionar los mejores comportamientos.

Sensibilidad moral y formación en salud

La sensibilidad moral se entiende como la capacidad de reconocer un conflicto moral, mostrando una comprensión contextual e intuitiva de la situación de vulnerabilidad del paciente, con una mirada sobre las consecuencias éticas de la toma de decisiones a favor del otro,¹⁵⁻¹⁶ involucrando las dimensiones de relación interpersonal, estructura moral, benevolencia, autonomía y confianza del profesional en sus valores y conocimientos.¹⁵ En este sentido, primero se debe reconocer, y luego mostrar sensibilidad ante una situación en la que el paciente es vulnerable, para tomar decisiones éticas.⁹

Es necesario, para una educación ética eficiente, el desarrollo de la sensibilidad moral entre los estudiantes de pregrado en los cursos de salud, ya que la sensibilidad moral es el principal requisito previo para el desempeño ético.² Se enfatiza que el desempeño y la conducta ética profesional es inseparable de la prestación de una atención de calidad y segura, basada en los requisitos de seguridad del paciente, los cuales también están conformados por los principios de la bioética, considerando las obligaciones y deberes profesionales de las instituciones de salud.¹⁷ Se cree que la atención de calidad implica una postura ética y sensibilidad moral por parte del profesional, orientada a la seguridad del paciente.

Entre los factores que presentan mayor representatividad en la expresión de la sensibilidad moral, destacan los personales, como la percepción del conflicto, la benevolencia, los valores personales y la responsabilidad, así como los factores contextuales, como la formación y la práctica profesional, el clima ético en el ambiente labora, las normas y regulaciones acordes con los valores profesionales y la carga de trabajo. Así, la sensibilidad moral debe involucrar tanto la conciencia, como la percepción e interpretación del problema ético, para una toma de decisiones justificable y prudente, que puede ser estimulada a través de estrategias de apoyo y enseñanza, como la educación ética.⁹

Ya se han realizado algunos estudios a nivel internacional sobre la sensibilidad moral en enfermeros y estudiantes de enfermería. Un estudio mostró niveles relativamente bajos de sensibilidad moral entre los estudiantes coreanos,¹⁸ otros

analizaron el impacto de los aspectos sociales y personales en la sensibilidad moral entre los estudiantes de enfermería.^{16,19} Un estudio más actual que en la búsqueda de asociaciones entre datos sociodemográficos y de estudiantes con sensibilidad moral identificó que el género, la edad y la situación familiar tienen una asociación significativa y deben ser considerados al diseñar la educación ética para los estudiantes de enfermería.²⁰

Aún a modo de ejemplo, otro estudio coreano describió la relación entre la formación en enfermería y el desarrollo moral de sus estudiantes, con una evaluación del nivel de sensibilidad y razonamiento moral de los estudiantes principiantes y concluyentes, observándose diferencias significativas, ya que estos últimos mostraron mayor percepción y sensibilidad en la atención al paciente, sus derechos y autonomía, percibieron situaciones de conflicto moral, identificó valores profesionales y tuvieron mayor confianza. Así, se enfatiza que la sensibilidad moral y las habilidades de razonamiento moral son extremadamente necesarias para el desempeño y la toma de decisiones éticas en enfermería y, como educación ética, deben constituir los planes de estudio de pregrado.¹⁹

Asimismo, en su vida diaria, los profesionales de la salud experimentan conflictos y dilemas éticos sin que muchas veces cuenten con suficientes subsidios para la toma de decisiones éticas. En algunas situaciones saben cuál es la mejor opción, pero no cuentan con los recursos necesarios, en otras situaciones se les dificulta la capacidad de decidir, o incluso no saben decidir. En este sentido, es necesario discutir y analizar la situación para que ocurra la deliberación moral.²¹

¿Neuroeducación y neuroética como herramientas para el desarrollo de la sensibilidad moral y las habilidades deliberativas?

En la actualidad, es indiscutible el avance del conocimiento en el área de las neurociencias, que se ha aplicado en diferentes contextos y particularidades, entre ellos el estudio de la ética y la educación.

Las neurociencias pueden entenderse como ciencias experimentales que tienen como objetivo explicar el funcionamiento del cerebro a través de la observación y la experimentación, mostrando que diferentes áreas del cerebro tienen diferentes especializaciones y funciones, a veces interconectadas.²² Asimismo, su concepto implica

el estudio del sistema nervioso, incluido el cerebro, que reúne una serie de especialidades, como la biología molecular, la bioquímica, la física médica, entre otras, además de constituir una asignatura en sí misma. Los estudios neurocientíficos han abordado ampliamente la estructura y función neurológica, cuyas funciones desempeñan partes del cerebro y sus procesos fisiológicos y cognitivos asociados, muy motivados por el uso de la neuroimagen. En este sentido, se han reconocido avances junto con enfoques genéticos, celulares y computacionales, favoreciendo diferentes perspectivas, como los estudios de lesiones neurológicas, neurocirugías, aplicaciones farmacológicas a circuitos neuronales, aplicándose también en situaciones de dependencia, aprendizaje, memoria, emociones, sueño, entre otros.²³

Son las técnicas de neuroimagen las que han permitido el acceso y mayor comprensión del funcionamiento del cerebro y sus actividades ubicadas, a través de la resonancia magnética estructural y funcional, permitiendo el avance de las neurociencias, y sus especializaciones, desde el reconocimiento de lugares y activaciones de las bases cerebrales ha fundamentado otras áreas como la educación y la ética, estableciendo nuevos términos como la neuroeducación y la neuroética.²⁴

Las neurociencias ofrecen la posibilidad de mejorar el aprendizaje a partir del conocimiento sobre las funciones cerebrales. Así, la llamada neuroeducación propone la construcción de puentes entre la neurociencia básica y sus posibles aplicaciones para favorecer la educación (neurociencia aplicada a la educación), armonizando las metodologías de enseñanza del profesorado con las técnicas de aprendizaje de los estudiantes,²⁵⁻²⁶ y puede caracterizarse como una herramienta importante para la educación ética en enfermería, junto con la aplicación de los conocimientos de las neurociencias a la constitución ética de estudiantes y profesionales.

En este tema, se intentó acercarse y reflexionar sobre la incorporación de la neuroética y la neuroeducación para el desarrollo de la sensibilidad moral y la toma de decisiones éticas entre estudiantes y profesionales de enfermería. Se asume que los riesgos de asimilaciones no críticas o mistificadoras del conocimiento de las neurociencias sólo pueden afrontarse leyendo estos conocimientos y sus proposiciones, fuera de cualquier aura de neutralidad, pero requiriendo siempre un esfuerzo para articular los propósitos y concepciones educativas asumidas. De esta forma, frente a una aparente incoherencia o inconsistencia con las referencias asumidas en los otros temas, lo que se desea es cuestionar las posibles articulaciones y apoyos que se pueden brindar.

La neuroeducación utiliza este tipo de conocimiento para desarrollar formas de favorecer el proceso educativo según la forma en que el cerebro interactúa con su entorno, ya que las técnicas de neuroimagen muestran las zonas cerebrales activadas en el proceso de aprendizaje cognitivo y emocional. De esta manera, se hace posible identificar el modo natural de aprendizaje humano y si ciertas metodologías educativas desarrolladas son realmente más eficientes.^{22,26-27} La neuroeducación integra tres áreas en sus enfoques: psicología, educación y neurociencia. Así, la Neuroeducación enfatiza la importancia, aunque tímidamente, del papel de las emociones y el contexto socio-económico-cultural en el aprendizaje y las diversas posibilidades para motivar a los estudiantes a aprender. Para los maestros, esta información se utilizaría para mejorar sus prácticas en el aula.²⁷⁻²⁹

La neuroética se puede distinguir de dos formas, una es la ética de la neurociencia y la otra la neurociencia de la ética. La primera se refiere al desarrollo de un marco ético que tiene como objetivo regular la investigación neurocientífica y la aplicación de sus conocimientos al ser humano, siendo considerada una ética aplicada, una rama de la bioética. La segunda, se refiere a la aplicación del conocimiento neurocientífico a la conducta ética misma, identificando las bases cerebrales de la agencia moral.²²

A la vista de los conceptos presentados, se puede decir que la aplicación de la neuroética y neuroeducación en enfermería, fundamentalmente en la educación ética, puede favorecer la toma de decisiones y la constitución de comportamientos y sujetos éticamente saludables en los espacios de actuación (o, al menos, la mejor comprensión de estos procesos), tanto para los estudiantes en formación como para los profesionales en formación continua. ¿Podrían ser estas constituirse en herramientas para la deliberación moral basada en el desarrollo de la sensibilidad moral?

Quizás en la actualidad aún no estemos en condiciones de articular consistentemente estos procesos, sin caer en reducciones (a ninguno de los lados) o descuidar la complejidad de la experiencia moral humana. Lo que no podemos dudar es que avanzamos hacia el reconocimiento de que ningún enfoque único es suficiente o capaz de negar la necesidad de nuevos recursos y diálogo entre saberes.

Por ejemplo, un metaanálisis estudió 45 experimentos con 959 participantes, 463 focos de activación en 43 artículos seleccionados para investigar el mecanismo neuronal de las funciones morales, comparando la actividad neuronal en situaciones que involucraban y no involucraban problemas morales, identificando focos comunes de

activación cerebral, además de comparar los correlatos neuronales de la sensibilidad moral y el juicio moral, como dos componentes funcionales del modelo neo-kohlberiano de funcionamiento moral.³⁰ Los aspectos del modelo de funcionamiento moral abarcan la sensibilidad moral, el juicio moral, la motivación moral y la personalidad moral. El primero se entiende como la capacidad de percibir un potencial problema moral en una situación dada, los cuales interactúan entre sí para producir un comportamiento moral, el segundo se relaciona con el proceso de toma de decisiones, el tercero es la capacidad de priorizar el valor moral en detrimento de los demás, y este último se refiere a la tendencia a sostener un comportamiento moral. Todos interactúan entre sí.³¹⁻³²

Así, en el metaanálisis se demostró que las regiones cerebrales muestran mayor actividad ante situaciones que involucran cuestiones morales, además de identificar las áreas que se activaron en la sensibilidad moral y el juicio moral, diferenciándolas. El estudio mostró que el funcionamiento moral, la red estándar y el procesamiento de la memoria autobiográfica están asociados entre sí a nivel neuronal. Además, mostró que las regiones del cerebro (temporoparietal derecha y circunvolución supramarginal) mostraron una actividad significativamente mayor en el juicio moral que en la sensibilidad moral. Así, se podrían sugerir intervenciones para mejorar el funcionamiento moral basadas en la unión temporoparietal, en el caso del juicio, y en la red de forma estándar, en el caso de la sensibilidad, mediante resonancia magnética.³⁰

Otro estudio corrobora esta cuestión cuando, utilizando la técnica de resonancia magnética funcional durante la aplicación de casos a los participantes, se observó que la sensibilidad moral y la agencia social comparten una gran cantidad de un sistema neuronal específico, pero distribuido. Es decir, cuando la situación se refería a una agencia emocionalmente neutral, como las relacionadas con los comportamientos sociales normativos, fueron activadas y compartidas redes neuronales vinculadas al modo estándar y la sensibilidad moral. Cuando se despertaron otras emociones morales, como la culpa, la compasión, la vergüenza, la indignación, entre otras, se activaron distintos patrones, lo que indica que la activación adicional de la función cerebral es causada por diferentes emociones morales. Es decir, cuando ocurre la violación de los valores y expectativas morales, se altera el equilibrio de la red neuronal, generando mayor actividad en regiones dentro de este circuito, de acuerdo con la vivencia de diferentes emociones morales.³³

Entonces, a partir de la verificación de las activaciones de diferentes áreas cerebrales y redes neuronales según diferentes estímulos, que comprenden acciones

morales y posible toma de decisiones ante situaciones conflictivas, uno se pregunta ¿cómo se podría utilizar esto para la mejora y educación ética? o ¿cómo las distintas áreas que favorecen la sensibilidad moral o el juicio moral podrían ser estimuladas para un mejor desempeño, sin interferir en la constitución de la personalidad del sujeto o sin la complejidad de los diferentes factores, individuales, sociales y culturales, que actúan en la decisión y la conducta moral se reduce a funcionalidades neurológicas?

En esta perspectiva, un ejemplo de herramienta que se ha estudiado se refiere a la mejora moral basada en el neurofeedback, que algunos autores creen que podría ser parte de la red tradicional de educación moral. El neurofeedback utiliza dispositivos como la resonancia magnética funcional en tiempo real (rtfMRI), el neurofeedback decodificado (DecNef) o el neurofeedback basado en la conectividad funcional (FCNef), que requieren de la contraparte del sujeto para realizar las técnicas y ejercicios propuestos, permitiéndolo ajustar los estados de su cerebro utilizando una representación en tiempo real de las actividades cerebrales, autorregulando sus emociones, cognición y comportamiento.³⁴⁻³⁵

Se puede fomentar el neurofeedback para la mejora moral porque ya se ha aplicado a la población general y en casos de trastornos, ayudando a ajustar la conducta. Simplemente decodifica información sobre el cerebro sin intervenir específicamente. La formación se puede personalizar centrándose en la región de interés o en el nivel de vóxel. Aún así, el neurofeedback puede considerarse seguro, ya que no adopta una noción específica de moralidad, y utiliza técnicas que requieren la contraparte del sujeto, es decir, su actividad voluntaria, evitando así también el fraude al exigir el esfuerzo del participante hasta llegar a apuntar al estado cerebral, así como mantener la diversidad moral, a diferencia del uso de drogas, por ejemplo.³⁴⁻³⁵

Incluso cuando dichas aplicaciones se presentan como seguras y no intervencionistas, es necesario considerar usos y consecuencias que van más allá de los usos inmediatos. Por ejemplo, ¿qué criterios se pueden utilizar para definir qué tipo de “trastorno” conductual se referiría a este tipo de técnica y a la luz de qué intereses? ¿Cómo garantizar que estos intereses sean los que preserven los plenos derechos de los sujetos? ¿Sería necesario establecer normas éticas específicas y detalladas, incluida la protección y el uso de la información a la que se accede, incluso para intervenciones futuras, como lo que sucede con el material genético?

Bioética narrativa

Para Moratalla,³⁶ la bioética narrativa solo puede entenderse en conjunto con la bioética hermenéutica (fundamento filosófico) y la bioética deliberativa (método), sin las cuales sería un simple instrumento ingenuo.

La bioética narrativa es una forma de hacer bioética y también una perspectiva o forma de ver las realidades y los problemas. Se busca, sobre todo, la sinceridad con la experiencia humana, en un esfuerzo de rigor con las cuestiones éticas del trabajo en salud, abordadas como “ética médica”, pero que se ha extendido a una perspectiva multi e interprofesional. En este campo de la salud, se aplica en la revitalización de la intención original de la bioética – de un puente entre disciplinas - para articular encuentros entre estas prácticas y la creación artística (literatura, cine, poesía). Tiene, pues, vocación formativa y autoformativa, al proponer la renovación educativa de la bioética. Si la educación en bioética presupone conocimientos, procedimientos y actitudes, la bioética narrativa contribuye a este elemento actitudinal y subjetivo de la sensibilidad narrativa, esencial para el proceso deliberativo, precisamente porque el conocimiento narrativo se ocupa del incierto mundo de la vida.³⁶

La práctica profesional de la salud está marcada por el encuentro de subjetividades. El cuidado diario se vuelve "desde" y "en estos" encuentros, en los que la narración tiene un lugar especial, ya que se narran, se comprenden, se interpretan las experiencias de vivir, enfermar, sufrir y cuidar. Al igual que un lector que pretende ser crítico, se espera que un profesional sea capaz de analizar cuestiones éticas dentro de narrativas, cargadas de creencias, valores, significados. Las habilidades narrativas se relacionan con la capacidad de interpretar y actuar sobre las historias de otras personas, construyendo puentes hacia relaciones más empáticas y veraces. Son habilidades para comprender lo que expresan las historias, que van más allá de la racionalidad lógica deductiva, pero indican un sentido o racionalidad narrativa y también un manejo respetuoso de situaciones que involucran al otro. Pueden entenderse como competencias para: - transportarse al mundo narrado (resonancia emocional) - cambiar de perspectiva (imaginación empática), y adoptar el punto de vista de otro (buscar coherencia interna en la narrativa).³⁷

Aún sobre la relación entre narratividad y deliberación moral, Almazán García³⁸ retoma los momentos deliberativos propuestos por Diego Gracia - deliberación sobre

hechos, valores y deberes - para señalar que en toda la narrativa se impone la razón, utilizando la trilogía imaginación-empatía-actitud moral. Incluso en el momento de la deliberación sobre los hechos, tan directamente reconocidos por su objetividad, nunca será posible separar los hechos humanos de las vivencias, dramas, biografías, proyectos e intenciones, en definitiva, el hecho necesita ser entendido en el horizonte de quienes le dan sentido. La tarea de comprender incluye acceder a las diferentes perspectivas que dan forma a los hechos.³⁸

Partiendo del principio de que la deliberación moral se puede aprender y mejorar, la Bioética Narrativa ofrece recursos prometedores para ello, ya que las narraciones pueden utilizarse como herramientas para el conocimiento de la vida humana. A través del intercambio de narrativas, las intenciones, condiciones y acciones humanas³⁹ se comprenden mejor, lo que es esencial para el proceso deliberativo.

En esta perspectiva, las narrativas deben ser estimuladas y conducidas adecuadamente para favorecer los procesos deliberativos morales. Para ello, la vertiente narrativa apuesta por el uso de diversos recursos artísticos, desde la pintura hasta la poesía. El uso de lenguajes artísticos se considera fundamental para los procesos interactivos humanos y no debe descuidarse,⁴⁰ siendo el vínculo ideal para conectar lo científico con lo humanístico.

Al equilibrar lo científico y lo humanístico, lo pragmático y lo narrativo, la Bioética Narrativa mantiene la integralidad de los individuos, posibilitando la construcción del conocimiento y el aprendizaje de manera integral, respetando y manteniendo los contextos socioculturales, valores y otras individualidades. Así, la Bioética Narrativa favorece el ejercicio deliberativo al brindar vías indispensables de construcción de la ética para el análisis de problemas relacionados con los valores morales, a través del intercambio de aspectos culturales y sociales, además del ejercicio deliberativo.

El narrativismo también puede ser un instrumento didáctico de excelencia, siendo particularmente prometedor para la educación deliberativa. El método deliberativo es reconocido como el más adecuado para la toma de decisiones prudentes, donde la lógica utilizada no es la clásica, ni positivista, sino descriptiva, argumentativa, hermenéutica y principalmente deliberativa. Es de gran potencial introducir temas sociales, culturales y ambientales en los procesos educativos deliberativos, ampliando los horizontes más allá de los temas biotecnológicos.³⁹⁻⁴² En otras palabras, la Bioética

Narrativa propone una deliberación narrativa como metodología de interpretación y toma de decisiones, un modo hermenéutico de conocimiento y actitud ética.

La Bioética Narrativa busca resolver problemas éticos enfatizando los procesos deliberativos, reconociendo y utilizando las experiencias únicas de cada ser. Se puede decir que aprender a deliberar es el propósito del narrativismo, que es una tarea compleja y requiere práctica.^{39,43}

Al analizar el “por qué”, el “para qué” y el “cómo”, presentes en las narrativas ante problemas morales, se hace posible desarrollar deliberaciones más empáticas y prudentes, favoreciendo la elaboración de opciones y la probable elección de la mejor conducta para ese contexto abordado.

El proceso de deliberación moral

En bioética clínica existen algunos métodos de análisis moral, que posibilitan un estudio racional, sistemático y objetivo de los conflictos morales que surgen en la atención al paciente, por lo que la decisión tomada es un acto prudente. Estos modelos fueron desarrollados por bioeticistas europeos y norteamericanos, y cualquiera de ellos puede ayudar a los profesionales de la salud y a los Comités de Bioética a llegar a un resultado satisfactorio, sirviendo como punto de partida para la formación en la metodología de discusión de casos.⁴⁴

En las decisiones éticas no basta apelar a la intuición o al sentido común porque la incertidumbre acompaña a la mayoría de situaciones que requieren un posicionamiento moral. Es importante apreciar la circunstancia particular y utilizar procedimientos sistemáticos para la toma de decisiones. En el proceso de deliberación de problemas éticos, se deben considerar los valores y deberes involucrados en los hechos para examinar la situación de conflicto moral, de manera razonable y prudente, a través de discusiones y decisiones tomadas en diálogo interpersonal.⁴⁵

La deliberación es un arte, basado en el respeto mutuo, en un grado de humildad o modestia intelectual y en el deseo de ampliar la comprensión de los hechos, escuchando e intercambiando opiniones y argumentos con otras personas involucradas en el proceso. La deliberación es una forma de análisis público y crítico de los propios puntos de vista. Necesita ciertos conocimientos, pero principalmente ciertas habilidades y, sobre todo, algunos rasgos de carácter. Una persona con severas restricciones psicológicas, con

miedos inconscientes o prejuicios rígidos, sin la capacidad de analizarlos y verbalizarlos de manera pacífica y sin ansiedad, tendrá una capacidad reducida para intervenir activamente en un proceso de deliberación.⁴⁶

La deliberación es un itinerario sistemático y contextualizado de análisis de problemas éticos para encontrar soluciones concretas, entre alternativas prudentes. Este análisis no es abstracto, sino que considera las circunstancias del hecho y las consecuencias previsibles. El objetivo de la deliberación son cursos de acción prudentes. En bioética clínica, la prudencia se expresa en la capacidad de valorar lo involucrado en el caso, con miras a decisiones razonables.^{45:393}

La experiencia muestra que el propio proceso de deliberación actúa como un proceso educativo, mejorando las capacidades de las personas involucradas en él. Se puede decir que nadie sabe deliberar de forma natural. La deliberación no es un comportamiento natural, sino moral. Naturalmente, todo el mundo cree que tiene la verdad y piensa que todo aquel que tiene opiniones o creencias distintas a las suyas es ingenuo o malo. La deliberación es un proceso de autoeducación. Quizás también sea un proceso de autoanálisis y, hasta cierto punto, una terapia. Sócrates pasó su vida educando a los jóvenes a través de la deliberación o en el proceso de deliberación. Sócrates no respondió preguntas, solo ayudó a las personas a encontrar sus propias respuestas a las preguntas.⁴⁶

La razón práctica es deliberativa, pero la deliberación es una tarea difícil. Necesita muchas posibilidades, como la ausencia de restricciones externas, la buena voluntad, la capacidad de dar razones, el respeto por los demás cuando están en desacuerdo, el deseo de comprensión, cooperación y colaboración. Este es el marco para un verdadero proceso de deliberación. La deliberación no se basa en la decisión, sino en el compromiso. La teoría de la deliberación es adecuada a nivel micro, el de las relaciones interpersonales y del trabajo en pequeños grupos.⁴⁶⁻⁴⁷

Existen varios modelos de toma de decisiones éticas y estos deben aplicarse a situaciones de problemas éticos vividos por los profesionales de la salud, evitando decisiones guiadas solo por la intuición y que no siempre son las mejores opciones.⁴⁵ La toma de decisiones en situaciones simuladas en educación para la salud, proporcionará el desarrollo de habilidades cognitivas relacionadas con la ética, tan fundamental y poco aplicada en la formación y educación continua.

Un modelo de deliberación considera al menos cuatro componentes principales, que van desde el análisis de las consecuencias / impactos de las decisiones en las partes

involucradas, hasta la ponderación de valores en conflicto, la elección de la mejor alternativa, hasta la exposición dialógica de las razones que la justifican.⁴⁸ La propuesta de Diego Gracia⁴⁶ también considera, en este itinerario deliberativo, la deliberación sobre los hechos (presentación del caso, aclaración de los hechos, información preliminar, levantamiento de hipótesis); deliberación sobre los valores (identificación de los problemas éticos del caso; indicación del problema ético fundamental e identificación de los valores en conflicto); la deliberación sobre los deberes (identificación de los cursos de acción extremos, intermedios y excelentes) y la deliberación sobre las responsabilidades (sometimiento del curso óptimo a las pruebas de coherencia de tiempo, publicidad y legalidad).⁴⁵

La discusión sobre el proceso deliberativo es aún reciente en el sector salud, y sus principios se utilizan más para la toma de decisiones políticas que para las decisiones de salud, como las referidas a los cuidados de enfermería y otras que involucran gran parte de la demanda de trabajo de un equipo de salud,^{41,49-50} Los profesionales de la salud comúnmente desarrollan sus actividades en entornos de trabajo conflictivos, con un gran volumen de trabajo, reducción del tiempo dedicado a los enfermos, restricciones económicas / materiales y mayores demandas y desafíos, lo que conduce al cansancio, la inseguridad y, a menudo, a la toma de decisiones apresuradas y con bajo peso. Se subestima el proceso deliberativo y los propios problemas / conflictos morales, reduciendo su complejidad y limitándose a soluciones simplistas o extremistas.⁵¹⁻⁵²

La deliberación moral es un proceso que tiene como objetivo reflexionar sobre la cuestión moral, mejorando la calidad de su resolución, además de mejorar las competencias morales de los involucrados, permitiéndoles ponderar cuestiones institucionales u organizacionales.⁵³⁻⁵⁴ Es un procedimiento lo cual requiere la capacidad de los involucrados para mediar y negociar, correlacionando los aspectos morales que lo rodean, entre juicios morales que surgen del diálogo entre personas receptivas al proceso.

Así, el acto de deliberar debe ser un enfoque colectivo, contemplando la evidencia y la interpretación a través de la discusión, definición de prioridades y co-creación de soluciones, bajo la influencia del conocimiento tácito de los participantes en el proceso, favoreciendo el entendimiento mutuo. El proceso deliberativo puede ser considerado un instrumento que facilita la toma de decisiones en un entorno clínico y requiere de habilidades profesionales, como seguridad, autocontrol de las emociones y madurez psicológica para que la deliberación se lleve a cabo con seriedad, eficiencia y

eficacia, donde quienes deliberan se vuelven responsable de los impactos resultantes de este proceso.^{45,48,50,52-53,55}

Cuando es posible vincular el tema del proceso deliberativo a la formación continua / educación permanente, la deliberación se vuelve aún más ventajosa, tanto para los profesionales como para la institución que la impulsa, ya que una de las características más importantes de este proceso es la combinación adecuada de los participantes, el uso apropiado de la evidencia de la investigación, un ambiente de reunión apropiado y el compromiso de los participantes.⁴⁹⁻⁵⁰

Formación ética y enseñanza de la deliberación moral

La formación ética no puede reducirse a la enseñanza de la ética, incluso cuando se consideran procesos educativos formales, como es el caso de la profesionalización en salud. La formación ética, o el desarrollo del sujeto moral, se da a lo largo de la vida, en múltiples y continuos procesos sociales. Estos procesos pueden ser tomados desde el punto de vista de la configuración de identidades individuales y sociales, aquí usando la perspectiva de Dubar,⁵⁶ incluso desde la socialización primaria y mucho más allá de la socialización profesional.

Si pensamos en la formación ética o la educación moral como dinámica y permanente, la escolarización y la formación profesional también tendrán esa dimensión ética, o tendrán una participación importante. Al profesionalizarse se construye una identidad, se relacionan con un colectivo y se adquieren modelos y referencias que actúan como guías de percepción, juicio y acción.

Esta educación de la mirada, del gesto y de la razón no se da solo en las lecciones del aula, sino en múltiples 'lecciones' y vectores. En la educación formal es necesario considerar el peso del currículo paralelo, vivido en actividades extramuros, así como el currículo oculto, que concomitante a las formas más visibles de aprendizaje, promueve la incorporación de valores, comportamientos y una cultura social / profesional por parte de los estudiantes, contribuyendo para el ajuste del individuo al grupo.⁵⁷⁻⁵⁹

La propia bioética puede ser entendida y problematizada a partir de dos tesis: I) la bioética como potencial “sistema abstracto capaz de producir reflexividad, ordenando la experiencia y el proyecto de identidad subjetiva del trabajador de salud”; II) la formación ética / bioética del trabajador de la salud como inseparable de un conjunto de

dispositivos pedagógicos que relacionan el mundo laboral y el mundo escolar en "formas de ser profesionales".⁶⁰

Esto significa articular formación e identidad, ampliar la noción de formación y considerar críticamente las potencialidades de conocimientos como el de la bioética, que, al ser propuesto como base necesaria para la práctica profesional moralmente responsable en el campo de la salud, se convierte también en condición / elemento de la constitución de la identidad profesional. Así, se amplía el potencial de la bioética – y de la enseñanza de la ética y la bioética-- como herramienta para el manejo de problemas y dilemas de la práctica, esencialmente dispuesta a promover el razonamiento moral en los procesos de toma de decisiones, por herramientas que un trabajador se cree calificado para las acciones, se diferencie de los demás y reconozca en sí ciertos atributos, lógica y valores.⁶⁰

Este ensanchamiento del enfoque debe preceder a la posterior reducción de ese mismo enfoque, cuando se quiere elegir o priorizar un componente o estrategia que forma parte de este complejo proceso de formación. Sólo después de dar luz a este entendimiento se puede alcanzar la enseñanza de la deliberación moral propiamente dicha.

El primer enfoque parte del proceso de formación ético-moral para la formación profesional y de allí para la enseñanza de la ética y la bioética, es decir, se hace un “zoom” sobre un momento y escenario específico (formación universitaria), reconociendo incluso que las propuestas de este trabajo se aplican a otros escenarios donde los momentos de formación profesional se multiplican y amplían, a través de la educación permanente. El segundo enfoque parte de esta enseñanza para un nuevo “zoom” sobre la enseñanza de la deliberación moral, considerando su importancia en el desarrollo de habilidades reflexivas, dialógicas, argumentativas y críticas, inherentes a la toma de decisiones calificada y responsable.

Los profesionales de la salud necesitan tener los conocimientos pertinentes para gestionar la prestación de los cuidados de los que son responsables.²¹ Sin embargo, es común que la dimensión ética de su trabajo sea desatendida o descuidada, dadas las presiones del tiempo y la rutina, lo que lleva a una mayor valoración responderse a sí mismo que los métodos utilizados para producirlo, poniendo en duda la posibilidad de reflexionar y deliberar en el trabajo diario.^{54,61}

Reconocer la importancia de ofrecer un espacio para la reflexión ética / bioética en la formación de los profesionales de la salud implica superar las modalidades tradicionales de enseñanza-aprendizaje, que se limitan a la transmisión de definiciones,

temas y códigos / estándares, sin promover el diálogo, el intercambio de conocimientos y perspectivas.⁶²⁻⁶³

La deliberación no solo es resolutoria, sino también educativa. El diálogo deliberativo favorece el aprendizaje mutuo entre profesores-alumnos-equipos, compartiendo experiencias, motivación, sentimiento de pertenencia,⁴⁹ contribuyendo a calificar la docencia en discusiones sobre problemas públicos, intervenciones basadas en evidencias, cambios en el curso, entre otros.⁵⁰

Ante este potencial, destacan las iniciativas para estudiar y experimentar con métodos innovadores y adecuados para dicho aprendizaje, tanto en la formación académica como en la formación continua de los profesionales. Por lo tanto, las estrategias y métodos problemáticos, participativos, activos y reflexivos deben mejorarse y socializarse continuamente. La metodología adoptada implica necesariamente la valorización de la experiencia práctica como fuente de conocimiento y objeto de análisis, y del diálogo como apertura al otro, condición para el enriquecimiento de las perspectivas morales (ética dialógica).⁶³

Si bien en este trabajo se destaca el aporte teórico-metodológico de Diego Gracia, hay que reconocer que otros autores han aplicado la Deliberación Moral de Caso en la práctica profesional de la salud, con el objetivo de mejorar la competencia moral de los profesionales y la calidad de la atención.^{61-62,64-67} Se señalan los contenidos necesarios para la Deliberación Moral del Caso (MCD) para promover el razonamiento moral, incluyendo el dominio teórico sobre el razonamiento moral (ética basada en principios y orientada a las relaciones), definiciones y hechos sobre la situación psicosocial del paciente, soluciones al problema (acciones concretas para la situación del paciente y para la institución) e indicativos para el proceso de abordaje del DCM.⁶⁸

Un estudio sobre la aplicación de la Deliberación sobre Casos Morales destaca que la mayoría de los participantes perciben la relevancia de aplicar esta metodología en su trabajo diario, lo que contribuye a la calidad del diálogo de manera positiva. También aumenta la sensibilidad moral y la efectividad de la comunicación, reduciendo los prejuicios y las respuestas automáticas.⁶⁵

Los objetivos de la discusión en la Deliberación de Casos Morales son principalmente reflexionar sobre el caso para analizar qué significa ser un buen profesional y mejorar la calidad de la atención, además de ampliar las habilidades morales de los participantes.^{61,66}

Se destaca el estudio brasileño⁶⁹ en el que se desarrollaron elementos de un marco metodológico para la deliberación moral y / o sistematización del análisis de denuncias y procesos ético-profesionales de enfermería, contruidos a partir del marco analítico de los discursos expresados en los procesos ético-profesionales de enfermería. Dicho referencial sugiere aplicación en la evaluación de denuncias éticas y en procedimientos que involucran deliberación en procesos éticos. Representa una propuesta genérica, que requiere adaptaciones según la situación de denuncia o proceso ético, o según la toma de decisiones institucional. Ampliando el contexto de la aplicación, es posible proponer este modelo para diferentes aplicaciones prácticas, como en entornos educativos.⁶⁹

Al resaltar la pluralidad de autores y aportes, se reafirma el potencial de aplicaciones creativas, fieles a los fines de los métodos y sus bases conceptuales, ya sea que dichas aplicaciones estén dirigidas a la resolución de problemas morales en la práctica clínica y los comités de ética / bioética, ya sea para la problematización de situaciones cotidianas que involucran la práctica profesional, ya sea para promover la reflexión, la sensibilidad y la capacidad de abordar y enfrentar problemas morales en los estudiantes.

Por esta misma apertura a propuestas metodológicas, alineadas con perspectivas solidarias, se hace coherente asumir la multidimensionalidad de la realidad social y las perspectivas de los sujetos, y buscar un mayor apoyo en el narrativismo, para la tarea educativa de fomentar la pluralidad de pensamientos y habilidades mentales, para enriquecer y "abrir mentes" a los diferentes.^{39:167}

Se cree que la formación de competencias ético-morales a través de la deliberación y el narrativismo, por su coherencia con métodos activos y problematizadores --en este trabajo ejemplificado por la enseñanza simulada-- tiene un gran potencial en la formación profesional en salud, y debe ser desarrollado estratégicamente.

MATRIZ REFERENCIAL PARA LA ENSEÑANZA SIMULADA DE DELIBERACIÓN MORAL Y ABORDAJE DE PROBLEMAS ÉTICOS EN LA FORMACIÓN EN SALUD

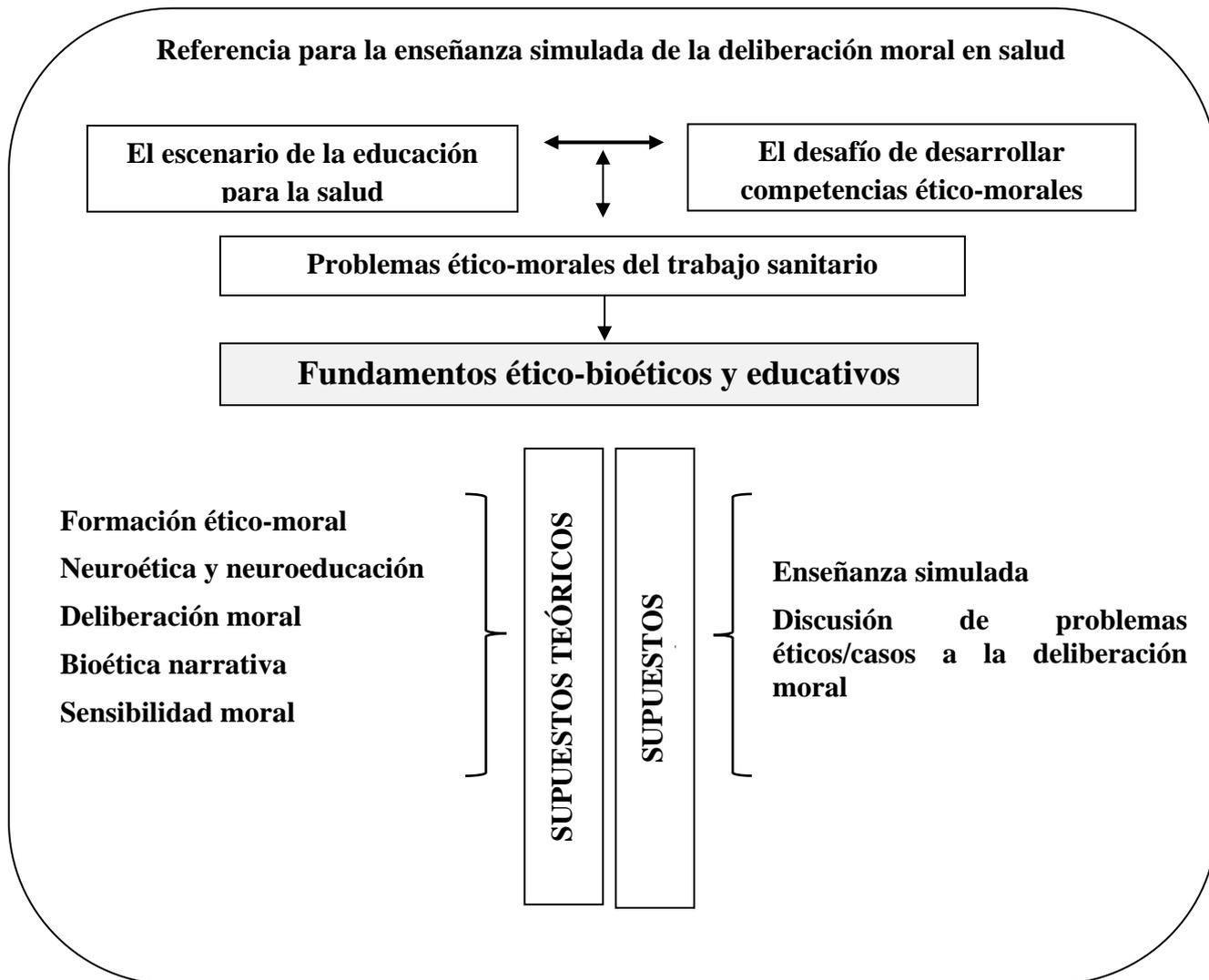
Flávia Regina Souza Ramos, Dulcinéia Ghizoni Schneider

El presente trabajo se construyó para responder al desafío de la educación ético-moral, articulando conceptos y referencias que resultan útiles para proponer herramientas pedagógicas. Desde el marco hasta el momento presentado, se resumen los supuestos que pueden apoyar tal tarea, en esta o en proposiciones prácticas diferenciadas.

A partir de las bases elegidas, presentadas en el tema anterior, es posible sintetizar las posiciones asumidas, o los supuestos básicos que orientan la proposición de estrategias educativas. Vale decir que ninguna forma de desarrollar la acción educativa está libre de concepciones e intenciones, explícitas o implícitas. Es de destacar que cada autor / docente / usuario de un método o estrategia puede y debe buscar los fundamentos que mejor le den coherencia y consistencia a sus prácticas, o incluso, reflexionar críticamente sobre las concepciones y bases teóricas que sustentan las propuestas que se le presentan o impuestas en "paquetes".

Lo que hacemos aquí es explicar nuestra forma de entender y captar el conjunto de ideas de los diferentes autores abordados sintéticamente, constituyendo una singular apropiación de las mismas, en forma de supuestos que sustentan las proposiciones más prácticas. No significa la única, más correcta o completa forma de traducir y aplicar tales bases conceptuales, sino sólo una posible lectura y articulación de diferentes aportes, mencionados en el transcurso del capítulo 1. Lo importante es que se puedan realizar otras lecturas, en el permanente ejercicio de mejorar las prácticas educativas orientadas a la formación ético-moral. Así, esta Matriz debe utilizarse como sugerencia de nuevas apropiaciones, reformulaciones y adaptaciones que interesen y apliquen al contexto educativo específico. La clave está en notar la importancia de esta etapa de esclarecer conceptos, principios y valores que se quiere poner en práctica en la experiencia pedagógica, sin la cual está sujeta a aplicaciones simples de fórmulas y modas prefabricadas.

En general, el camino de esta construcción se puede resumir en el diagrama siguiente.



Supuestos teóricos

Formación ético-moral^E

En las prácticas profesionales de la salud, se requieren habilidades morales para la actuación responsable frente a la complejidad de la vida y el sufrimiento humano, de las relaciones interprofesionales, de los conflictos e incertidumbres en los campos científicos, técnicos e institucionales.

La formación ética y moral de los profesionales de la salud articula los procesos socioculturales a lo largo de la vida, integrando además las variadas experiencias de formación profesional, que participan en la construcción de identidades profesionales.

^EInspirado por los autores: Hardingham, 2004⁴; Lütznén, Cronqvist, Magnusson, Andersson, 2003⁵; Oguisso; Schmidt; Freitas, 2007⁶; Bordignon et al, 2011⁸; Lang, 2008¹⁰, Sporrang, Höglund, Arnetz, 2006¹¹; Nathaniel, 2006¹²; Ferreira; Ramos, 2006¹³; Ramos et al, 2013¹⁴.

La enseñanza de la deliberación moral debe ser asumida por los educadores y las instituciones educativas como parte fundamental de la formación profesional, basada en preceptos éticos y bioéticos compatibles con las responsabilidades del campo profesional y su contribución al civismo y la cultura.

Neuroética y neuroeducación^F

La comprensión de la conducta moral tal como se elabora social y culturalmente puede ser convergente con el conocimiento de su base intrínseca (neurológica, genética, intuitiva), para apoyar procesos educativos orientados a la formación ético-moral.

El cerebro / mente / persona necesita interacción para dar sentido a las situaciones sociales y, por lo tanto, las actividades cooperativas y las metodologías activas pueden estimular la interacción, la motivación y el compromiso, sin limitarse a los recursos auxiliares para el procesamiento y la memorización de la información.

Deliberación moral^G

La deliberación moral es un proceso educativo, que opera en un itinerario sistematizado y contextualizado, mejorando las competencias morales, el diálogo, la mediación y la calidad de los juicios que se resuelven.

La deliberación moral se basa en el compromiso colectivo de crear soluciones, optimizando capacidades y conocimientos, en un entorno de respeto, seguridad y madurez.

Bioética narrativa^H

La bioética narrativa es crítica y autocrítica, fomenta la experiencia moral en contextos de relaciones y responsabilidades y encarna el mundo de los valores en expresiones concretas de la complejidad y diversidad de la vida humana.

La bioética narrativa es una forma de hacer bioética y una perspectiva o forma de mirar las realidades y los problemas, proporcionando la narración como un acceso

^FInspirado por los autores: Cortina, 2018²²; Cortina, 2010²⁴; Felip, 2015²⁵; Béjar, 2014²⁶; Rodgers, 2015²⁷; Tokuhama-Espinosa, 2008²⁸; Zaro et al., 2010²⁹; Bebeau, Rest, & Narvaez, 1999³¹; Rest & Narvaez, 1994³²; Moll et al, 2007³³; Han, 2017³⁰; Tachibana 2017³⁴; Tachibana 2017³⁵.

^GInspirado por los autores: Gracia, 2001⁴⁶; Gracia, 2002⁴⁷; Gracia, 2014⁵²; Loch, 2008⁴⁴; Zoboli, 2013⁴⁵; Dalla Nora, Zoboli, Vieira, 2015⁴⁹; Acosta, Oelke, Lima, 2017⁵⁰; Schaefer; Vieira, 2015⁵¹; Legault, 2014⁵⁵; Legault, 2016⁴⁸.

^HInspirado por los autores: Moratalla, 2016³⁶; Moratalla, 2014³⁹; Feito Grande, 2016³⁷; Almazán García, 2017³⁸; Manchola, 2017⁴⁰; Manchola, 2014⁴²; Lima, Cambra, 2013⁴¹; Stein, 2016⁴³.

sensible al otro y a uno mismo y, así, combatiendo la despersonalización de los procesos de cuidado.

La narratividad estimula la problematización, la imaginación y la creatividad, siendo un recurso valioso en el proceso de formación ética y construcción de competencias morales.

Sensibilidad moral^I

La Sensibilidad Moral es un elemento central (dimensión intelectual) para la percepción y comprensión de los profesionales sobre los problemas éticos y la promoción de conductas morales.

La sensibilidad moral está estrechamente relacionada con el razonamiento moral, ya que el profesional debe conocer su código de ética, la legislación del ejercicio profesional y los posibles conflictos susceptibles de ocurrencia, ante ellos, al reconocerlos, para identificar qué es lo correcto a hacer, preservando la salud, la seguridad y los derechos del paciente.

La educación moral ética expande la sensibilidad humana, la cual, a su vez, aumentará las habilidades de percepción de las dimensiones morales involucradas en situaciones problemáticas, empoderando a la persona para el proceso de deliberación moral, desarrollando habilidades para actuar moralmente.

Supuestos metodológicos

De la enseñanza simulada a la deliberación moral y al acercamiento de problemas éticos en la educación para la salud^J

La enseñanza simulada como estrategia para el desarrollo de habilidades en educación para la salud, posibilita la creación de un entorno realista, con etapas bien definidas que facilitan la participación activa del alumno en la relación entre teoría y práctica, reflexión y acción, posibilitando la aplicación de los conocimientos aprehendidos en un ambiente controlado, que permite la repetición y evaluación en la etapa de *debriefing*.

^IInspirado por los autores: Lützén, Dahlqvist, Eriksson, Norberg, 2006¹⁵; Comrie, 2012¹⁶; Dalla Nora, Zoboli, Vieira, 2017⁹; Borhani et al, 2015²; Tuveesson, Lützén, 2016²⁰; Park, Kjervik, Crandell, Oermann, 2012¹⁹.

^JInspirado por los autores: Oliveira, Massaroli, Martini, Rodrigues, 2018⁷⁰; Bland, Topping, Wood, 2011⁷¹; Neves; Pazin-Filho, 2018⁷²; Fabri et al, 2017⁷³; Zoboli, 2013⁴⁵.

La enseñanza simulada de la deliberación moral proporciona un acercamiento a los problemas éticos inherentes a la práctica profesional en una situación realista, contribuyendo a aprender de la discusión en equipo, diálogo que respeta otros puntos de vista, abriendo un abanico de posibilidades para cursos de acción, evitar que el problema se convierta en un dilema.

La enseñanza simulada de la deliberación moral ofrece al alumno la posibilidad de reflexionar sobre lo que haría en teoría (idealización) y lo que realmente hace (simulación), movilizand o conocimientos y sentimientos. El método de deliberación moral organiza, orienta y contribuye a la reflexión sobre las posibilidades de toma de decisiones en el abordaje de problemas éticos en la educación para la salud.

Discusión de problemas éticos / casos de deliberación moral^K

El punto de partida para la deliberación es un caso o situación concreta que moviliza o demanda una deliberación moral, en la que se identifica un tema moral, que debe ser debidamente formulado, compartido por los participantes, reconociendo a los afectados por el problema, sus valores e intereses involucrados.

La formulación del caso o problema moral a abordar debe tener referencia a la realidad de las prácticas y escenarios de educación en salud, incorporando la pluralidad de visiones sobre el problema, conceptos y valores potenciales que apoyan la reflexión, alternativas de acción y consecuencias tangibles.

El grupo de personas, estudiantes y profesionales, funciona como un grupo deliberativo, y debe expresar autonomía, compromiso, responsabilidad y conocimiento; ser heterogéneos, expandidos en conocimientos y perspectivas.

La dinámica y el grupo deben realizarse de manera flexible, equilibrada y tolerante; evitando ansiedades, inseguridades, intimidaciones y frustraciones, ya que requiere diversidad de habilidades e implicación.

El facilitador o mediador del proceso argumentativo-deliberativo, no influenciado por la jerarquía profesional, debe ser capaz de trabajar con relaciones de poder y emociones, garantizar la escucha de diferentes perspectivas, promover el diálogo moral abierto y constructivo, apoyando el razonamiento conjunto y planificación de acciones.

^KInspirado por los autores que abordan el proceso de deliberación moral desde la perspectiva de la bioética clínica, como el referente de Diego Gracia⁴⁶, o la metodología “Moral Case Deliberation” (Tan, ter Meulen, Molewijk et al, 2018⁶⁷; Svantesson, Silén, James, 2017⁶⁸; Molewijk et al, 2008⁶²; Molewijk et al, 2008⁶⁴; Molewijk et al, 2008⁶⁵; Plantinga et al, 2012⁶⁶; van Der Dam et al, 2011⁶¹; van Der Dan et al, 2013⁵⁴; Molewijk; Kleinlugtenbelt; Widdershoven, 2011⁵³).

La sesión didáctica, de simulación o deliberativa requiere preparación, un ambiente propicio y tiempo para el desarrollo de todas las etapas y reflexiones.

La apertura a la creatividad, la imaginación y el diálogo deben orientar la elección de recursos adicionales, que amplíen el enfoque de la descripción del caso al desarrollo de la sensibilidad, articulando la dimensión racional y afectiva, a través de la representación artística y simbólica en la tarea educativa.

Referencias (Parte 1)

1. Eizenberg MM, Desivilya HS, Hirschfeld MJ. Moral distress questionnaire for clinical nurses: instrument development. *J Adv Nurs*. 2009 Apr; 65(4):885-92. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04945.x>.
2. Borhani F, Abbaszadeh A, Mohamadi E, Ghasemi E, Farahani MJH. Moral sensitivity and moral distress in Iranian critical care nurses. *Nurs Ethics*. 2017 Jun; 24(4):474-82. Doi: <https://doi.org/10.1177/0969733015604700>.
3. Jameton A. *Nursing Practice: The ethical issues*. Prentice-Hall: Englewood Cliffs; 1984.
4. Hardingham LB. Integrity and moral residue: Nurses as participants in a moral community. *Nurs Philos*. 2004 Jul;5(2):127-34. Doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-769X.2004.00160.x>
5. Lützén K, Cronqvist A, Magnusson A, Andersson L. Moral stress: synthesis of a concept. *Nurs Ethics*. 2003 May;10(3):312-22. Doi: <https://doi.org/10.1191/0969733003ne608oa>
6. Oguisso T, Schmidt MJ, Freitas GF de. Ética e a bioética na enfermagem. In: *O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
7. Dalmolin GL, Lunardi VL, Barlem ELD, Silveira RS. Implicações do sofrimento moral para os(as) enfermeiros(as) e aproximações com o Burnout. *Texto contexto-enferm*. 2012 Mar; 21(1):200-208. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000100023>.
8. Bordignon SS, Lunardi VL, Dalmolin GL, Tomaschewski JG, Lunardi Filho WD, Barlem ELD, Zacarias CC. Questões éticas do cotidiano profissional e a formação do enfermeiro. *Rev enferm UERJ*. 2011 Jan/mar; 19(1):94-9.
9. Dalla Nora CR, Zoboli E, Vieira MM. Sensibilidade moral dos enfermeiros avaliada por Scoping Review. *Cogitare Enferm*. 2017; 22(2): e47162. DOI <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i1.47162>.

10. Lang KR. The Professional ills of moral distress and nurse retention: Is ethics education an antidote? *Am J Bioeth.* 2008 Apr; 8(4):19-21. Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/15265160802147181>.
11. Sporrong SK, Höglund AT, Arnetz B. Measuring moral distress in pharmacy and clinical practice. *Nurs Ethics.* 2006 Jul; 13(4):416-27. Doi: <http://dx.doi.org/10.1191/0969733006ne880oa>.
12. Nathaniel A. Moral Reckoning in nursing. *West J Nurs Res.* 2006 Jun; 28(4):419-38. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0193945905284727>.
13. Ferreira HM, Ramos LH. Diretrizes curriculares para o ensino da ética na graduação em enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2006; 19(3): 328-31.
14. Ramos FRS, Brehmer LCF, Vargas MAO, Schneider DG, Drago LC. A ética que se constrói no processo de formação de enfermeiros: concepções, espaços e estratégias. *Rev. Latin- Am Enfermagem.* 2013 21(esp): 113-121. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700015>.
15. Lützén K, Dahlqvist V, Eriksson S, Norberg A. Developing the concept of moral sensitivity in health care practice. *Nurs Ethics.* 2006 Mar; 13(2):187-96. Doi: <http://dx.doi.org/10.1191/0969733006ne837oa>
16. Comrie RW. An analysis of undergraduate and graduate student nurses' moral sensitivity. *Nurs Ethics.* 2012 Jan; 19(1):116–127. Doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733011411399>.
17. Romero MP, González RB, Calvo MSR, Fachada AA. A segurança do paciente, qualidade do atendimento e ética dos sistemas de saúde. *Rev bioét.* 2018; 23(3):333-42. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-80422018263252>.
18. Ahn S, Yeom HA. Moral sensitivity and critical thinking disposition of nursing students in Korea. *Int J Nurs Pract.* 2014 Oct; 20(5):482-9. Doi: 10.1111/ijn.12185.
19. Park M, Kjervik D, Crandell J, Oermann MH. The relationship of ethics education to moral sensitivity and moral reasoning skills of nursing students. *Nurs Ethics.* 2012; 19(4): 568–80. Doi: <https://doi.org/10.1177/0969733011433922>
20. Tuvevsson H, Lützén K. Demographic factors associated with moral sensitivity among nursing students. *Nurs Ethics.* 2017; 24(7):847-55. Doi: 10.1177/0969733015626602.
21. Schneider DG. Discursos profissionais e deliberação moral: análise a partir de processos éticos de Enfermagem. [tese de doutorado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem; 2010.
22. Cortina A. Neuroética y neuropolítica. Sugerencias para la educación moral. Tecnos: Madrid. 4ed. 2014. Reimpressão 2018. 262p.

23. Pickersgill M. The social life of the brain: neuroscience in society. *Current Sociology*. 2013; 61(3):322–340. Doi: <https://doi.org/10.1177/0011392113476464>.
24. Cortina A. Neuroética: Las bases cerebrales de una ética universal con relevância política? *Isegoría. Revista de Filosofía Moral y Política*. 2010; 42:129-148.
25. Felip MJC. *Neuroeducación en virtudes cordiales: cómo reconciliar lo que decimos con lo que hacemos*. 1 ed. Barcelona: Octaedro; 2015. 169 p.
26. Béjar M. Una mirada sobre la educación: neuroeducación. *Padres y Maestros*. [Internet]. 2014; [citado 2019 Mai 15]; 10(355): 49-52. Disponível em: <http://revistas.upcomillas.es/index.php/padresymaestros/article/view/2622/2322>.
27. Rodgers DL. The Biological Basis of Learning: Neuroeducation Through Simulation. *Simulation & Gaming*. 2015 Jul; 46(2):175-86. Doi: <https://doi.org/10.1177/1046878115590585>
28. Tokuhama-Espinosa TN. *The scientifically substantiated art of teaching: a study in the development of standards in the new academic field of neuroeducation (mind, brain, and education science)*. United States. Dissertação [Mestrado em Filosofia]. Capella University; 2008.
29. Zaro MA, Rosat RM, Meireles LOR, Spindola M, Azevedo AMP, Bonini-Rocha AC, et al. Emergência da Neuroeducação: a hora e a vez da neurociência para agregar valor à pesquisa educacional. *Ciências & Cognição*. [Internet]. 2010 [citado 2019 Mai 15]; 15(1): 199-210. Disponível em: http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v15_1/m276_10.pdf
30. Han H. Neural correlates of moral sensitivity and moral judgment associated with brain circuitries of selfhood: A meta-analysis. *J Moral Educ*. 2017; 46(2): 97-113. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/03057240.2016.1262834>.
31. Bebeau MJ, Rest JR, Narvaez D. Beyond the Promise: A Perspective on Research in Moral Education. *Educ Res*. 1999 May; 28(4):18-26. Doi: <https://doi.org/10.3102/0013189X028004018>
32. Rest JR, Narvaez D. *Moral development in the professions: Psychology and applied ethics*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1994.
33. Moll J, de Oliveira-Souza R, Garrido GJ, Bramati IE, Caparelli-Daquer EM, Paiva ML, et al. The self as a moral agent: Linking the neural bases of social agency and moral sensitivity, *Social Neuroscience*. 2007; 2(3-4):336-352, DOI: <https://doi.org/10.1080/17470910701392024>.
34. Tachibana K. Neurofeedback-Based Moral enhancement and the notion of morality. *Annals of the University of Bucharest Philosophy Series*. 2017; LXVI(2):25-41.

35. Tachibana K. Neurofeedback-Based moral enhancement and traditional moral education. *Humana Mente J Philosophical Studies*. 2017; 33:19-42.
36. Moratalla TD. La bioética será narrativa o no será – una cuestión de perspectiva. *Bioética Complutense* [Internet]. 2016 Sep [citado em 2018 Nov 17]; 27:7-11. Disponível em: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/137-2016-10-07-Biotica-Complutense2027.pdf>.
37. Feito Grande L. La importância de la competência narrativa. *Bioética Complutense* [Internet]. 2016 Sep [citado 2019 Abr 6]; 27:2-3. Disponível em: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/137-2016-10-07-BioéticaComplutense29.pdf>.
38. Almazán García G. La importância de la razón narrativa para la deliberación (2ª parte). *Bioética Complutense* [Internet]. 2017 Mar (citado 2019 Abr 6); 29:8-13. Disponível em: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/137-2017-04-06-BioéticaComplutense29.pdf>.
39. Moratalla TD. La ética narrativa como fundamento del encuentro entre cine y bioética. In: CapellaVB. (Org.) *Bioética y cuidados de enfermeira*. Vol. 1. Valencia-Espanha: CECOVA; 2014 [citado 2018 Nov 19]. Disponível em: http://www.bibliotecadigitalcecova.com/contenido/revistas/cat6/pdf/libro_75.pdf
40. Manchola C. Tres apuestas por una bioética práctica. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2017; 25 (2): 264-74.
41. Lima NS, Cambra IB. El origen narrativo de la bioética. *Estética y subjetividad en las primeras obras de Fritz Jahr*. *Anu. Investig. [Internet]* 2013 [citado 2019 Mar 15]; 20(2):291-9. Disponível em: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v20n2/v20n2a36.pdf>.
42. Manchola C. Por una bioética distinta: narrativa y latino-americana. *Rev. Redbioetica/UNESCO* [Internet]. 2014 (citado 2018 Nov 17); 2(10): 70-80. Disponível em: http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_10/Art7-Manchola-R10.pdf.
43. Stein M. Uma abordagem narrativa da bioética: a ética da autenticidade e as tecnologias de aprimoramento. *PERI* [Internet]. 2016 [citado 2018 Nov 16]; 8(1): 81-103. Disponível em: <http://www.nexos.ufsc.br/index.php/peri/article/viewFile/1068/843>.
44. Loch J. *Bioética, interdisciplinariedade e prática clínica*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2008.
45. Zoboli E. Tomada de decisão em bioética clínica: casuística e deliberação moral. *Rev. Bioét [Impr]*. 2013;21(3):389-96. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a02v21n3.pdf>
46. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med. Clin*. 2001; 117(1):18-23.

47. Gracia D. De la bioética clínica a bioética global: treinta años de evolución. *Acta Bioethica*. 2002; 8(1):27-39.
48. Legault GA. La délibération éthique au coeur de l'éthique appliquée. *Revue Française D'Éthique Appliquée*. [Internet] 2016 [citado 2019 Abr 18]; 1(1):37-44. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-francaise-d-ethique-appliquee-2016-1-page-37.htm>.
49. Dalla Nora CR, Zoboli ELCP, Vieira MM. Deliberação ética em saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev. Bioet. (Impr)* 2015 Abr; 23(1):114-23. Doi: 10.1590/1983-80422015231052.
50. Acosta AM, Oelke ND, Lima MADS. Considerações teóricas do diálogo deliberativo: contribuições para prática, política e pesquisa em enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [citado 2019 Abr 2]; 26(4):1-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-e0520017.pdf>.
51. Schaefer R, Vieira M. Competência ética como recurso de enfrentamento do sofrimento moral em enfermagem. *Rev. Texto Contexto Enferm*. 2015; 24(2):563-73. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015001032014>.
52. Gracia D. La deliberación como método de la bioética. In: Porto D, Schlemper Jr. BR, Martins GZ, Cunha T, Hellmann F. (Orgs.) *Bioética: saúde, pesquisa, educação*. v. 2. Brasília- DF: Conselho Federal de Medicina & Sociedade Brasileira de Bioética; 2014.
53. Molewijk, B.; Kleinlugtenbelt, D.; Widdershoven, G. The role of emotions in moral case deliberation: theory, practice, and methodology. *Bioethics*. 2011 Sep; 25(7):383-93. doi: 10.1111/j.1467-8519.2011.01914.x.
54. van der Dam S, Schols JM, Kardol MJ, Molewijk BC, Widdershoven GA, Abmad TA. The discovery of deliberation. From ambiguity to appreciation through the learning process of doing Moral Case Deliberation in Dutch elderly care. *Social Science & Medicine* [online]. 2013; 83: 125-32. Doi:10.1016/j.socscimed.2013.01.024.
55. Legault GA. Ethical deliberation for bioethics: capacitating ethical reasoning in the classroom. In: Porto D, Schlemper Jr. BR, Martins GZ, Cunha T, Hellmann F. (Orgs.) *Bioética: saúde, pesquisa, educação*. Vol. 2. Brasília- DF: Conselho Federal de Medicina & Sociedade Brasileira de Bioética; 2014.
56. Dubar C. *A socialização: construção das identidades sociais e profissionais*. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
57. Finkler M, Caetano JC, Ramos FRS. Modelos, mercado e poder: elementos do currículo oculto que se revelam na formação em odontologia. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2014; 12(2):343-61.

58. Finkler M, Caetano JC, Ramos FRS. Ética e valores na formação profissional em saúde: um estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18(10):3033-3042. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000028>.
59. Finkler M, Caetano JC, Ramos FRS. O cuidado ético-pedagógico no processo de socialização profissional: por uma formação ética. *Interface (Botucatu)*. 2012 Dez;16(43):981-93. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000046>.
60. Ramos FRS, Do Ó JR. Bioética e identidade profissional: a construção de uma experiência de si do trabalhador da saúde. *Interface (Botucatu)*. 2009 June; 13(29): 259-70. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000200002>.
61. Van Der Dam S, Abma TA, Molewijk AC, Kardol MJ, Schols JM, Widdershoven GA. Organizing moral case deliberation Experiences in two Dutch nursing homes. *Nursing Ethics*. 2011; 18 (3):327–40. DOI: 10.1177/0969733011400299.
62. Molewijk AC, Abma T, Stolper M, Widdershoven G. Teaching ethics in the clinic. The theory and practice of moral case deliberation. *J Med Ethics* [online]. 2008 [citado 2018 Dez 19]; 34(2): 120-4. <http://dx.doi.org/10.1136/jme.2006.018580>.
63. Stolper M, Molewijk B, Widdershovenn GAM. Learning by Doing. Training Health Care Professionals to Become Facilitator of Moral Case Deliberation. *HEC Forum*. [Internet] 2014 [citado 2018 Nov 19]; 27(1):47-59. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25218568>.
64. Molewijk B, Van Zadelhoff E, Lendemeijer B, Widdershoven G. Implementing moral case deliberation in Dutch health care; Improving moral competency of professionals and the quality of care. *Bioethica Forum*. [Internet], 2008 [citado em 2018 Dez 19]; 1(1): 57–65. Disponível em: http://www.bioethica-forum.ch/docs/08_1/1_08_12.pdf.
65. Molewijk B, Verkerk M, Milius H, Widdershoven G. Implementing moral case deliberation in a psychiatric hospital: process and outcome. *Medicine, Health Care and Philosophy*. [Internet] 2008 Mar [citado 2018 Dez 19]; 11(1): 43–56. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11019-007-9103-1>.
66. Plantinga M, Molewijk B, de Bree M, Moraal M, Verkerk M, Widdershoven GAM. Training healthcare professionals as moral case deliberation facilitators: evaluation of a Dutch training programme. *Journal of Medical Ethics*. 2012; 38(10): 630–5. Doi: 10.1136/medethics-2012-100546.
67. Tan DYB, ter Meulen BC, Molewijk A, Widdershoven G. Moral case deliberation. *Pract Neurol*. 2018; 18:181–6. doi:10.1136/practneurol-2017-001740.
68. Svantesson M, Silén M, James I. It's not all about moral reasoning: understanding the content of moral case deliberation. *Nursing Ethics*. 2018; 25(2): 212-29. DOI: <https://doi.org/10.1177/0969733017700235>.

69. Schneider DG, Ramos FRS. Moral deliberation and nursing ethics cases: elements of a methodological proposal. *Nursing Ethics*. 2012; 19(6):764-76. DOI: 10.1177/0969733011420096.
70. Oliveira SN, Massaroli A, Martini JG, Rodrigues J. From theory to practice, operating the clinical simulation in Nursing teaching. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(Suppl 4):1791-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0180>.
71. Bland AJ, Topping A, Wood B. A concept analysis of simulation as a learning strategy in the education of undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*. 2011; 31(7):664-70.
72. Neves FF, Pazin-Filho A. Construindo cenários de simulação: pérolas e armadilhas. *Sci Med*. 2018;28(1):ID28579. DOI: <http://doi.org/10.15448/1980-6108.2018.1.28579>.
73. Fabri RP, Mazzo A, Martins JCA, Fonseca AS, Pedersoli CE, Miranda FBG, et al. Development of a theoretical-practical script for clinical simulation. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03218. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016016403218>.



PARTE 2

3

DELIBERACIÓN MORAL: MÉTODO PARA UNA BIOÉTICA DE LA RESPONSABILIDAD

Mirelle Finkler

[...] la bioética se debe a la necesidad que siente la sociedad civil de reflexionar y deliberar sobre los problemas relacionados con la gestión del medio ambiente, el cuerpo y la vida de los seres humanos presentes y nuestros deberes con las generaciones futuras. Ya no pueden ser los médicos, los políticos, los economistas, ni los sacerdotes o teólogos los que tengan el monopolio de la decisión sobre este tipo de cuestiones. Depende de toda la sociedad deliberar y decidir sobre ellos. Sólo así lograremos lo que, además, todos consideramos imprescindible, la vislumbre de un mundo nuevo, más humano; es decir, de una nueva cultura.^{1:39} (nuestra traducción).

Somos participantes de la democracia y, por tanto, corresponsables de ella: este es el fundamento de una educación ética. Tal participación requiere una comprensión de los valores humanos y una competencia deliberativa para la toma de decisiones en sociedades pluralistas como la nuestra. Por tanto, la educación es fundamental para la ciudadanía democrática y debe nutrir el discurso público y la participación de la sociedad civil en el bien común. Para ello, requiere, además de conocimiento, conciencia ética, reflexión crítica y compromiso con la acción.²

Dados los desafíos del avance de la ciencia y la tecnología, la persistencia de problemas humanitarios históricos y, aún así, el auge actual del autoritarismo en varios países del mundo, la deliberación se presenta como un instrumento importante para la toma de decisiones responsable en sociedades que pretenda ser democrática y que luche por la ética civil ciudadana.

En Brasil, durante las primeras décadas del Sistema Único de Salud, las posibilidades de participación profesional se han ampliado, por ejemplo, en consejos de salud y comités de ética en investigación. La deliberación ética colectiva pasó a ser necesaria como una nueva excelencia profesional, necesaria para la mejora ética de las prácticas de salud.³

En este contexto, se puede decir que “la deliberación es una escuela de vida (...) y (que) los cursos de bioética deben ser verdaderas escuelas de deliberación”. 4:13 Pero ¿a qué deliberación nos referimos?

Pose:^{5:88} (nuestra traducción) nos advierte que “lo habitual es identificar la deliberación como un simple diálogo, o creer que se trata de ayudar a tomar decisiones por consenso. Este es un gran error”. De hecho, la palabra "deliberación" se describe en el diccionario portugués como "acción o efecto de deliberar o deliberarse"; como

"argumentación sobre un tema controvertido", sinónimo de "debate"; "Discusión cuyo propósito es solucionar un problema"; y sin embargo, "acto realizado o resolución tomada después de la reflexión".⁶ Así, es un término ampliamente utilizado y que posee diferentes significados en el sentido común, en el ámbito político, jurídico y filosófico.

En una perspectiva filológica, la deliberación proviene del latín *deliberativo*, que deriva de la raíz *liber*. *Libertas* significaba un estado de ausencia de coerción. De esto se desprende que la deliberación depende de la libertad de decisión, ya sea externa (ausencia de coacción), o interna (ausencia de ignorancia, incontinencia o inautenticidad). Por tanto, se decide actuar de forma autónoma. *Liber* también formó la expresión *liberum arbitrium*, que significa peso, es decir, una medida que se pone en la balanza para contrastar con otros elementos. Término que sugiere, entonces, el equilibrio entre distintos factores y la elección de la opción que surge entre ellos.⁵

En la bioética, la deliberación obviamente ocupa un espacio central, pero también es necesario en este ámbito identificar a qué tipo de deliberación se refiere. La Comisión Presidencial de Estados Unidos para el Estudio de Cuestiones Bioéticas, por ejemplo, propone la "deliberación democrática" como un método de toma de decisiones en el que los participantes debaten y discuten un asunto de interés colectivo, con el objetivo de llegar a una decisión procesable mediante políticas o ley. Para ello, proponen como etapas del proceso deliberativo democrático: comenzar con una cuestión política abierta; dedicar tiempo a la deliberación con el máximo impacto; invitar a participar a expertos en el tema y público en general; promover la discusión y el debate abiertos; y desarrollar recomendaciones de acción detalladas.²

En la literatura bioética, la deliberación moral se revela como un medio e instrumento para sistematizar la gestión de los problemas éticos. Promueve la formación permanente de los profesionales, a través del desarrollo de la competencia ética que involucra conocimiento, sensibilidad y habilidades críticas y dialógicas para el análisis y resolución prudente de los conflictos morales en salud. Su concepto se ha anclado en diferentes autores, así como los métodos para estructurar el proceso deliberativo son variados.⁷

Independientemente de la afiliación, a la deliberación se le ha atribuido una serie de aportes al trabajo de salud. De manera individual, se menciona un abordaje integral y profundo de los usuarios y situaciones éticas; conciencia, reconocimiento, discernimiento y reflexión crítica sobre los problemas éticos; disminución de la frustración y la angustia

con el alivio del sufrimiento moral; seguridad para manejar problemas éticos; asistencia para encontrar respuestas a ellos; así como el desarrollo de la competencia moral. Desde la perspectiva de los equipos multidisciplinares de salud, se mencionan como aportes del método, entendimiento y cooperación entre profesionales; fortalecimiento del diálogo; favorecimiento del proceso educativo y del aprendizaje interprofesional; creando un ambiente de reciprocidad, solidaridad y empatía con espacio para compartir experiencias; motivación en el trabajo; sentimiento de pertenencia al equipo; utilidad en la vida diaria; y mejora de la calidad de la atención. Es, por tanto, un método capaz de promover la humanización del cuidado de la salud.⁷

En este texto abordamos la deliberación moral desde la concepción teórico-filosófica y propuesta metódica de Diego Gracia,⁴ quien la rescata de Sócrates^L y, especialmente, de Aristóteles, quien la introdujo y sistematizó^M. A pesar de su origen clásico^N, es un enfoque en la Ética que recién en el siglo XX, luego de la crisis de la razón pura y de la revalorización de los sentimientos en la vida moral, comenzó a llamar la atención de los filósofos por su alcance, ahora, muy diferente del tradicional.⁵

Esta opción está anclada en la amplia difusión del método que ha sido utilizado con éxito en los comités institucionales, clínico-asistenciales y de investigación durante cerca de cuatro décadas⁷⁸ (I); en nuestras experiencias pedagógicas formativas y deliberativas en la educación superior en salud⁹ (II); en el reconocimiento de su valor práctico-instrumental y en la apreciación de su fundamento teórico (III) que, a diferencia de otras referencias bioéticas -deontológicas o utilitarias- no se ve afectado por determinadas morales, abriendo así un espacio para un diálogo verdaderamente plural.

La bioética de la responsabilidad de Diego Gracia

La historia de la ética del siglo XX es la del descubrimiento de un nuevo criterio de acción moral: el de la responsabilidad por el futuro. Nunca antes en la historia de la ética les había dado a los seres humanos esta idea de

^LEn Sócrates, la deliberación tenía una estructura de diálogo, consistente en un método de evaluación de ideas y creencias propias con la ayuda de otros (la llamada “mayéutica”), para descubrir los límites de la sabiduría.¹⁰

^MSe debe a Aristóteles “el reconocimiento de que existen diferentes clases de ciencias (teóricas, prácticas y productivas), diferentes tipos de conocimientos (científico o demostrativo y testarudo o probabilístico), diferentes tipos de lenguajes argumentativos (apodítico, dialéctico, retórico y sofístico) y, en consecuencia, diferentes métodos (deductivo y deliberativo) y diferentes grados de verdad (certeza y prudencia)”.^{10:74}

^NDesde una perspectiva histórica, el origen de la deliberación fue político. El término griego para deliberación era boulesis, un sustantivo vinculado a otro nombre, Boulé, que era el Consejo de Ancianos en la antigua Grecia: una instancia de pensamiento y consejo público, compuesto por hombres de sabiduría adquiridos por la experiencia, los llamados “Prudente” (phronimoi).^{5:65}

responsabilidad. Se trata de responsabilidad hacia el futuro; la otra, la responsabilidad por el pasado y el presente ya formaba parte, de una forma u otra, de la conciencia moral. La novedad ahora es que la responsabilidad es fundamentalmente para el futuro, que siendo técnicamente posible no sabemos si debe ser éticamente.^{10:172} (nuestra traducción).

Diego Gracia Guillén - filósofo, médico, psicólogo clínico, psiquiatra y educador- es el máximo exponente de la bioética en España, y uno de los bioeticistas más influyentes del mundo, gracias a su formación filosófica y clínica, así como a su conocimiento de la Historia de la Medicina y Antropología Médica. Reconocido por su riguroso trabajo intelectual, sus estudios filosóficos y la base de su bioética están estrechamente vinculados a la filosofía de Xavier Zubiri y al pensamiento de Pedro Laín Entralgo, de quien fue discípulo.¹¹

La maduración de su trabajo en bioética pasó por diferentes fases, de las cuales destaca la versión más actual, que justifica la insuficiencia del lenguaje de principios y consecuencias - propio del mundo anglosajón - y la inadecuación del lenguaje de deberes y derechos - típico del mundo germánico - como lenguajes propios de la ética. Reemplazando el lenguaje clásico de las virtudes por el más moderno de los valores, su “Bioética deliberativa”¹² tiene como eje central la axiología^O de la vida - la bioética como construcción y realización de valores,¹³ como fundamento de los juicios morales, una ética de la responsabilidad^P, y como método, la deliberación moral.¹⁰

La “Bioética de la Responsabilidad” de Diego Gracia tiene tres características fundamentales: I. La globalidad, porque considera la dignidad una calidad moral de todos; porque toma la bioética como primer intento de pensar en la ética de manera global; y porque aboga por la bioética ecológica; II. La autonomía em relación a las religiones, a las leyes y a la técnica, y III. Su carácter prudencial y deliberativo. De esta manera, su producción - de una bioética clínica a una bioética global<3.1 – ha ido estructurando un marco teórico y práctico que ha contribuido significativamente a la toma de decisiones en

^OSe recomienda encarecidamente a los lectores interesados en desarrollar el método de deliberación moral que lean “GRACIA, D. La cuestión del valor. Real Academia de Ciencias Morales y Políticas: Madrid, 2011. 203p. En concreto, la segunda parte del libro, donde el autor aborda el mundo de los valores morales, la relación de los valores con la ética y los programas de educación moral o formación ética.

^PLa ética de la responsabilidad nació a principios del siglo XX en el contexto del existencialismo. Trató de responder a la pregunta que es realmente moral (¿qué debemos hacer?) Considerando que ya no era necesario mirar atrás, hacia principios universales o deberes a priori, sino hacia adelante, hacia nuestros proyectos, hacia el futuro, ya que el hay que construir la esencia del ser humano, que es la libertad. De esta forma, el ser humano debe resolver su problema moral de forma autónoma y soportar las consecuencias de su propia decisión. De ahí que sea una ética de la responsabilidad, y la bioética --que surgió en la tercera parte de este siglo como un movimiento concreto dentro del movimiento más general de la ética de la responsabilidad-- es una bioética de la responsabilidad.^{5:103-104}

el ámbito de la vida, con la intención de colaborar con un nuevo modelo de democracia – una democracia deliberativa.¹⁰ Entendiendo que a bioética es en esencia deliberación, considera que podrá guiar tal transformación,¹ a partir de juicios morales basados en una perspectiva secular, plural, autónoma, razonable y responsable.¹⁰

Como nos explica el autor, la moralidad es constitutiva del ser humano, porque es una necesidad natural, un fenómeno biológico del que depende nuestra supervivencia. Y esto se debe a que, a diferencia de los animales sujetos a la ley de la “selección natural”, el ser humano no se adapta al medio, sino que valora todo y a todos los que le rodean, proyectando acciones hacia su futuro. A partir de esta capacidad de estimación o valoración, transforma el mundo natural en cultural, añadiéndole valores. Por tanto, vive bajo la ley de la "elección moral". Es precisamente por su capacidad y necesidad de proyectar todo aquello a lo que atribuye valor, que es, necesariamente, un ser moral. Más que realizar proyectos o acciones, el ser humano necesita justificarlos, fundamentarlos, para sí mismo y para los demás, porque sus proyectos y acciones le piden cuentas, incluso antes de que se lleven a cabo. Esta solicitud de cuentas a menudo se denomina responsabilidad o justificación. Necesitamos justificar lo que queremos hacer o lo que hacemos frente a nuestra conciencia moral.¹⁴

Nuestros vínculos con los demás y con la realidad surgen de nuestras obligaciones, y de ellas derivan nuestros deberes y responsabilidades. Ésta es la base de la experiencia del deber, que es nuestra experiencia moral.¹⁵ Los valores exigen su realización. En otras palabras, exigen hacerse realidad, ganar cuerpo y encarnar. Por tanto, sentimos que estamos obligados a hacer ciertas cosas y no a otras. Por ello, promover los mejores valores es nuestro deber ético.^{12,15} La ética consiste en descubrir cuáles son nuestros deberes morales y hacerlo analizando los hechos y valores presentes en los conflictos morales.

Un conflicto es algo muy determinado. No es lo mismo, por ejemplo, un conflicto que un problema. El término problema proviene del griego *próblema*, que a su vez deriva del verbo *pró-bállo*, que significa lanzar, proponer. La vida es un problema, porque tenemos que estar “proyectando” continuamente, eligiendo entre las distintas alternativas que se presentan en cada situación. Elegir siempre es un problema [...] un problema no es un conflicto. El problema surge de la necesidad de elegir entre diferentes cursos de acción posibles. El conflicto, por el contrario, consiste en el choque entre dos o más cosas.^{16:231-232}

Hay conflictos de hechos, conflictos de valores y conflictos de deberes. Y también los llamados "conflictos morales". Los hechos son datos de percepción. Son

contundentes y definitivas, por lo que en el lenguaje común, usamos esta palabra para expresar el significado de algo indiscutible. Los hechos se perciben directa o indirectamente, de forma inmediata o mediante instrumentos. Pero hay cosas en la vida que no son datos de percepción o hechos: son valores. A diferencia de los hechos, los valores no se perciben, sino que se estiman, aprecian, valoran. Es una distinción importante entre percepción y valoración: percibiendo lo mismo, podemos valorar de forma diferente. Otro tema importante es que sin hechos no hay valores. Los valores son diferentes de los hechos, pero dependen de ellos. Significa decir que los hechos son soportes de valores o que los valores están respaldados por los hechos.¹⁵

El mundo de los valores es muy rico, pero en él somos casi analfabetos. Si bien los valores son lo más importante en nuestra vida, y que valorar es una función esencial, no sabemos cómo hablar de ellos y menos aún, cómo gestionarlos en situaciones de conflicto de valores. La incompatibilidad entre valores aparece cuando, en un intento por alcanzarlos, la promoción de uno impide la realización total o parcial de otro.^{13,16}

En el ser humano, además del mundo de hechos y valores, también hay un mundo de deberes. Diferimos sobre el contenido de nuestros deberes, pero la experiencia del deber es prácticamente universal. Y como se dijo anteriormente, lo que debemos hacer es realizar los valores: paz, justicia, libertad, amor, solidaridad, belleza, verdad y muchos más. Estos ideales se imponen sobre lo real, haciéndonos sentir obligados a realizarlos. De la misma manera que los valores se basan en hechos, los deberes se basan en valores. Es decir, los valores apoyan, fundamentan y justifican nuestros deberes.^{13,16}

Nuestros valores solo entran en conflicto cuando pasamos del segundo al tercer mundo, es decir, cuando pasamos de la axiología a la ética. Significa decir que un conflicto de valores es, en realidad, un conflicto en la realización de valores. Y si es así, son, estrictamente hablando, conflictos de deberes. Estos conflictos pueden ser de dos niveles, momentos o dimensiones. El primero se refiere al nivel del ideal, donde no se consideran las circunstancias. Sería, por tanto, el momento del "debería", es decir, la realización de valores ideales puros. El segundo nivel es el de darse cuenta de valor en casos específicos, donde las circunstancias son adecuadas y conocidas. En este caso, sería el momento "imprescindible", de la realización de los valores en la realidad bajo análisis. Esta diferencia entre lo que debería (deberes *prima facie*) y lo que debería (deberes reales) es lo que se denomina conflicto de deberes. Los conflictos morales, por tanto, son conflictos de valores así como conflictos de deberes.^{13,16}

Para resolverlos, primero debe comprender su lógica. A diferencia de los problemas matemáticos que suelen tener solución y, además, tienen una solución única y demostrable como verdadera, casi todos los demás problemas del mundo tienen otra lógica. Los juicios morales son racionales, pero no apoditas. Son dialécticos, es decir, se ocupan de la lógica de la opinión^Q. Las opiniones son juicios racionales que también involucran elementos no racionales como creencias, sentimientos y valores. Nuestras opiniones no agotan el análisis de los problemas, permitiendo juicios diferentes e incluso opuestos que también pueden ser ciertos. Por lo tanto, es la lógica polivalente de la probabilidad, y no la lógica del tipo verdadero/falso.¹⁶⁻¹⁷

Las decisiones de salud a menudo son problemáticas precisamente porque conllevan cierto grado de incertidumbre. Ser un profesional de la salud competente incluye saber cómo manejar esta incertidumbre adecuadamente, conscientes de que podemos actuar con prudencia incluso si es probable que nuestras decisiones sean las correctas. En el contexto de los hechos clínicos, estamos acostumbrados a utilizar métodos clínicos típicos para definir diagnósticos, pronósticos y tratamientos, reduciendo la incertidumbre y la inseguridad a límites razonables. Esto es muy importante, ya que la inseguridad promueve decisiones irracionales e irracionales, además de causar cierto grado de sufrimiento. Resulta que en la clínica, como en cualquier otra, no hay hechos puros, porque como se dijo, los valores de las personas que los analizan siempre se construyen sobre los hechos. Y en el mundo de los valores, seguimos luchando, especialmente en situaciones de conflictos morales.¹⁴

En estas situaciones, nos embarga la angustia, que desencadena mecanismos de defensa como la *negación* - no escuchar o considerar al otro como interlocutor; la *agresión*: la imposición del propio punto de vista mediante coacción o coerción; la *proyección*, que intenta acabar con la angustia buscando un culpable; y la *racionalización*, que encuentra razones irreales o incorrectas para justificar o imponer puntos de vista propios, o para excluir a otros de la toma de decisiones.¹⁴ Todas, formas de actuar que refuerzan el modelo de relación clínica paternalista, frente al modelo emancipatorio.⁵

Nuestras emociones nos llevan a posturas extremas, de total aceptación o total rechazo, y convierten los conflictos morales en dilemas, es decir, nos reducen a cuestiones

^QLa lógica apodítica se deriva del razonamiento teórico. Es demostrativo, convincente y no admite contradicciones. Demuestra la conclusión a partir de las premisas, asegurando la veracidad de la misma, sin posibilidad de una alternativa o un resultado distinto. La lógica dialéctica es la del razonamiento práctico, donde al menos una de las premisas es una opinión. Es la lógica de la esfera moral.^{4:136}

con sólo dos posibles soluciones: extremas, incompatibles e irreductibles. El dilema de un conflicto moral suele ser el resultado de la angustia.¹⁶ Pero los conflictos morales no necesitan entenderse como dilemas. Esta es solo una de las posibles posiciones, y no por casualidad, precisamente la que cuenta como la mayor bibliografía en la literatura médica y la que más está presente en los medios de comunicación. Frente a esta postura dilemática o mentalidad decisoria o tecnocrática, el objetivo de la ética sería dar argumentos que inclinen más o menos la balanza del juicio moral, en función de la probabilidad y las preferencias o valores.^R La postura dilemática se basa en el supuesto de que habría una decisión correcta a seguir y solo una.¹⁷ En la discusión bioética, esta reducción de las posibilidades de acción a solo dos posiciones antagónicas se ha denominado la “falacia del dilema”^{S, 18}

La toma de decisiones sobre un conflicto moral solo es óptima cuando todos los valores en choque se pueden salvar, al menos hasta cierto punto. Esto requiere la búsqueda de soluciones intermedias, que generalmente no se perciben fácilmente, porque nuestra tendencia natural es argumentar imponiendo nuestro punto de vista y tratando de convencer a otros de nuestros argumentos. Es de la naturaleza humana querer tener la razón. Más que eso: querer tener toda la razón.¹⁴ Para lidiar con la incertidumbre controlando la angustia, debemos seguir un método que nos dice cómo analizar un tema y tomar una decisión: el método de la deliberación.¹⁹

Esta deliberación requiere la problematización de los conflictos morales y no su dilema. Los problemas son preguntas abiertas que no sabemos si podemos resolver. Sus soluciones no se dan de antemano, pero deben crearse. La problematización asume que la realidad es siempre más compleja que cualquier teoría o idea posible o, para decirlo de otra manera, que existe una insuficiencia inevitable entre la realidad y nuestro razonamiento. Esta brecha es evidente en la práctica, en asuntos políticos, éticos y técnicos. En estos asuntos, la certeza es imposible y solo se puede lograr la probabilidad. Así, el razonamiento ético no sería el de episteme / ciencia, sino el de doxa / opinión.

^RBasada en la Teoría de la Utilidad, cuya versión ética es el utilitarismo, asume la idea de maximizar los resultados preferenciales, tomando la utilidad como principal criterio ético. Esta mentalidad dilema también está presente hoy en día en muchos deontólogos convencidos, debido a que piensan que las cuestiones morales se pueden resolver con exactitud y que solo hay una respuesta correcta que sería universal y absoluta, que se descubriría mediante la aplicación directa y deductiva de principios y Normas.

^SLa falacia del dilema también está presente en los debates de la sociedad civil. Se puede observar cuando los participantes defienden posiciones ideológicas que polarizan el diálogo, dificultando la búsqueda de soluciones consensuadas, que terminan definiéndose como base para la votación o reducidas a la perspectiva legal, otorgada a alguien que tiene experiencia en el tema. Este es el núcleo de la falacia dilemática, caracterizada como retórica, porque desconcierta el argumento y hace imposible la discusión.

Significa decir que las opiniones son inciertas, pero no irracionales.¹⁹ Comprender esta diferenciación entre mentalidad decisoria (que se centra en la toma de decisiones) y mentalidad problemática (que se centra en el compromiso con el proceso deliberativo) es fundamental en la propuesta de Diego Gracia.²⁰

La deliberación colectiva no es algo natural, sino moral, algo que podemos aprender. Sin embargo, se trata de un difícil proceso de aprendizaje que requiere, como punto de partida, el supuesto de que nadie tiene toda la verdad y que el otro, pensando diferente, puede enriquecer nuestra perspectiva de análisis. De esta manera, la deliberación solo es posible a través del autocontrol psicológico y emocional que se manifiesta en forma de conductas prácticas que facilitan la deliberación, a saber: disposición al diálogo; habilidades para escuchar y deseo de comprender las opiniones de los demás; y una cierta dosis de humildad.^{16,19} Por todo ello, la deliberación es signo de madurez psicológica. Solo aquellos que sean capaces de controlar los sentimientos de miedo y angustia pueden estar íntegros y tener la presencia de espíritu que requiere el método.¹⁶

Todos deliberamos individualmente antes de tomar una decisión, para que sea prudente, responsable. No se delibera sobre lo obvio ni sobre lo demostrable, porque lo demostrable está demostrado, probado, prescindiendo de la deliberación. Mientras que la demostración de la certeza absoluta, la deliberación de la prudencia a decisiones sobre las que no se puede hablar de certezas.¹⁴

La deliberación moral es, pues, el procedimiento técnico que nos ayuda a encontrar los cursos de acción intermedios que suelen ser los más prudentes. Puede ser individual, pero como la realidad concreta siempre es más rica que nuestros esquemas intelectuales, hay que sumar otros puntos de vista al nuestro, especialmente cuando los problemas son complejos y/o afectan a muchas personas.¹⁹ Todos los afectados por las consecuencias de las decisiones son agentes morales válidos²¹ y deberían, idealmente, participar en su proceso deliberativo. Cuando esto no sea posible, es necesario tenerlos en cuenta, para que la decisión sea moralmente aceptable para ellos.¹⁴

El resultado de la deliberación está siempre en la diferencia entre el punto de partida y el punto de llegada, en relación con la expansión de nuestras perspectivas sobre el problema ético deliberado. Un proceso deliberativo apropiado es aquel que nos permite ver mejor la solución al problema, la solución óptima, solo al final. En algunos casos, los miembros de un grupo de deliberación no llegarán a un consenso sobre la solución final

del caso deliberado, pero la articulación de sus razones cambiará la percepción de todos sobre el problema. Este es tu gran aprendizaje. Por tanto, el proceso deliberativo es, ante todo, una poderosa herramienta de educación ética para una sociedad global y democrática.^{19,21}

El método de deliberación moral propuesto por Diego Gracia

Como se vio anteriormente, el vínculo entre hechos, valores y deberes es fundamental en la construcción de juicios morales que ocurren en la deliberación. De ello se desprende que el procedimiento deliberativo se desarrolla en tres niveles: deliberación sobre hechos, deliberación sobre valores y deliberación sobre deberes.¹⁹ Su itinerario se puede ver en el cuadro 1.

Cuadro 1 - Etapas del método de deliberación moral. Fuente: Gracia¹⁶

<p><i>Deliberación sobre los hechos</i></p> <ol style="list-style-type: none">1. <i>Presentación del caso</i>2. <i>Aclaraciones de los hechos</i> <p><i>Deliberación sobre valores</i></p> <ol style="list-style-type: none">3. <i>Identificación de problemas éticos</i>4. <i>Elección del problema ético a resolver</i>5. <i>Identificación de valores en conflicto</i> <p><i>Deliberación de deberes</i></p> <ol style="list-style-type: none">6. <i>Identificación de posibles cursos de acción</i><ol style="list-style-type: none">a. <i>Identificación de cursos de acción extremos</i>b. <i>Identificación de cursos de acción intermedios</i>c. <i>Identificación del curso de acción óptimo</i>7. <i>Prueba de coherencia en las decisiones</i><ol style="list-style-type: none">a. <i>Prueba de legalidad</i>b. <i>Prueba de publicidad</i>c. <i>Prueba de temporalidad</i>8. <i>Toma de decisiones</i>
--

La demanda del proceso deliberativo surge de la necesidad de que una persona tome una decisión sobre qué hacer en relación con un problema ético particular. Así, la presentación del caso debe ser realizada por quienes tienen el problema.¹⁶ Esta presentación debe planificarse con anticipación, de manera que se incluya toda la información relevante para la valoración del caso. Si el caso está relacionado con un

paciente o una enfermedad, por ejemplo, se debe presentar la situación clínica, diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Es importante que dicha planificación se realice por escrito y en detalle, buscando minimizar todas las incertidumbres. Los aspectos relacionados con las condiciones sociales, familiares, culturales, educativas y religiosas suelen ser necesarios para comprender los aspectos morales del problema²⁰ y deben detallarse tanto como sea posible.

Una vez finalizada la presentación del caso, los participantes de la sesión deliberativa deben preguntar a la persona que presentó el caso todo lo que aún consideren necesario saber para comprenderlo mejor. La aclaración de los hechos debe agotar las dudas de los participantes, abarcando todos los aspectos relacionados. Muchos de los errores en los juicios morales se deben a un mal análisis de los hechos. Por tanto, una buena deliberación sobre los hechos es fundamental para una buena deliberación moral. Por lo tanto, es función del moderador estimular las preguntas de los participantes y dar tiempo suficiente para este paso. La mejor forma de saber cuándo terminarlo es estar atento a las redundancias, es decir, los argumentos que comienzan a repetirse sin introducir nuevas perspectivas de análisis.¹⁶ Eventualmente, puede suceder que el presentador sea incapaz de resolver dudas importantes sobre los hechos, siendo aconsejable posponer la deliberación para obtener primero esas respuestas.

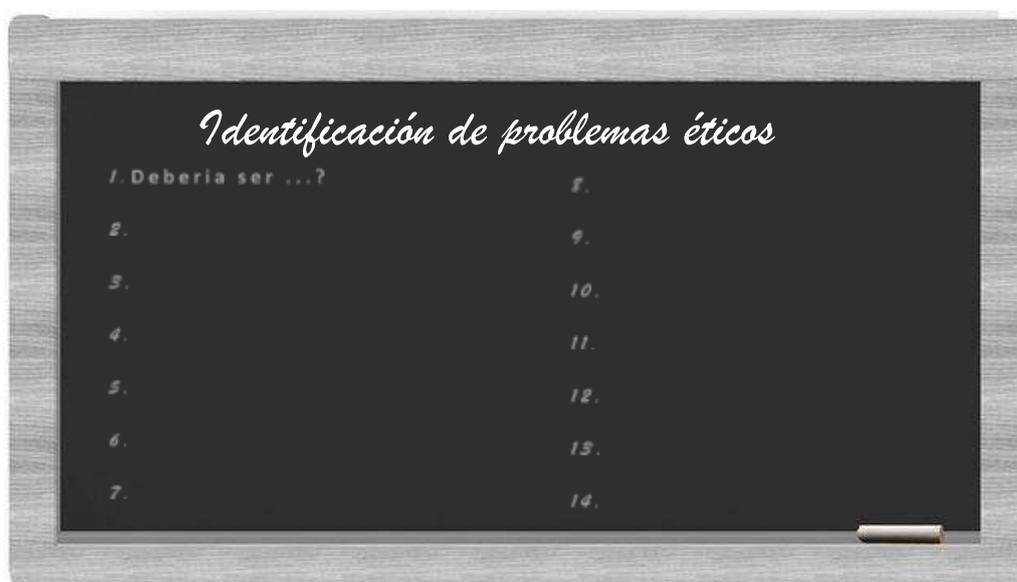
Nuestra experiencia en la enseñanza y el aprendizaje de la deliberación moral muestra que la falta de experiencia con el método y/o madurez de los participantes plantea interrogantes en esta etapa que no se limitan a los hechos, como si se tratara de anticipar posibles soluciones. Ante esta situación, le corresponde al moderador docente explicar la importancia de que cada nivel deliberativo se lleve a cabo en tiempo y forma. Puede ser pedagógicamente interesante aprovechar también esta oportunidad para aclarar cuáles son los hechos (distinguiéndolos de cursos de acción, por ejemplo) e identificar los sentimientos que despierta el método, alertando sobre la importancia del desarrollo emocional para su éxito.

Una vez finalizada la deliberación sobre los hechos, se deliberan los valores. Luego, el moderador debe alentar a los participantes a identificar los problemas éticos relacionados con el caso. Aquí el término "problema" se usa intencionalmente en toda su ambigüedad. El problema ético será todo aquello que, para alguien, intuitivamente, sea un problema ético. Así, el objetivo es romper el miedo inicial de los participantes a manifestarse. Lo importante es que todo el que crea haber identificado un problema ético

lo diga. La mayor dificultad en esta etapa, sin embargo, no está en la dificultad de identificarlos, sino de comunicarlos. Somos capaces de expresarnos con precisión en las cosas que suceden en el mundo de los hechos, pero nos cuesta hacerlo dentro del ámbito de los valores. Esto hace que las personas intenten verbalizar los problemas identificados con explicaciones largas e inexactas. Lo ideal es, por el contrario, que se comunique de la manera más precisa y sucinta posible. Como son problemas, conviene plantearlos como preguntas. Y como se trata de problemas éticos, el verbo de la frase debería ser preferiblemente el verbo “deber”.¹⁶

En esta etapa, el moderador debe enumerar, en una tabla visible para todos, los problemas éticos que se están comunicando en forma de preguntas (Figura 1). A la hora de enseñar y aprender el método, puede ser importante que el moderador-docente anime a los miembros a expresar los problemas que han identificado e incluso los ayude reformulando la elaboración de preguntas más imprecisas. Aunque el método no prevé que se enumere un número específico de problemas en cada caso, la experiencia muestra que nunca debe ser inferior a siete. Al igual que con el paso de aclaración de hechos, una estrategia para saber si es el momento de pasar al siguiente paso es prestar atención a la aparición de problemas redundantes.

Figura 1 - Lista para identificar problemas éticos en la 3a etapa del método deliberativo



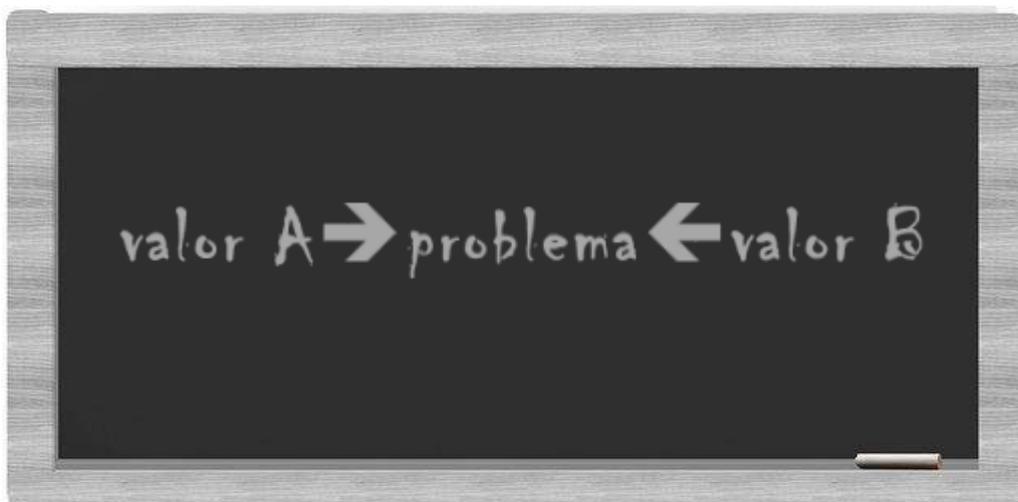
Identificar y comunicar problemas éticos son habilidades que deben capacitarse. Al hacerlo, estamos aumentando la sensibilidad ética, mejorando la capacidad de comprender y expresar los problemas morales y enriqueciendo nuestra perspectiva basada en la escucha atenta de los demás. Tales acciones, además de contribuir a la educación

moral de cada participante, son importantes para los siguientes pasos del método. De no hacerse así, en la continuación del análisis cada uno puede estar refiriéndose a un problema ético diferente, imposibilitando llegar a una solución. Por tanto, es necesario elegir el problema ético a resolver.

Esta elección debe ser realizada por quien presentó el caso, es decir, quien propuso la deliberación por necesitar un consejo para resolver un problema específico. No debe participar activamente en la etapa anterior, sino los diferentes integrantes del grupo deliberativo. Una vez que la lista de problemas éticos está completa, se le debe preguntar si entre los problemas identificados está el que le preocupa. En caso afirmativo, debe indicarlo y, en caso contrario, agregar a la lista su problema ético, que a partir de ese momento será objeto de análisis deliberativo. La experiencia en el método demuestra que el análisis adecuado de un solo problema toma no menos de dos horas y, por lo tanto, una sesión de deliberación solo puede manejar el análisis de un solo problema.¹⁶

En el último paso de la deliberación de valores, es necesario identificar los valores en conflicto, es decir, transformar el problema ético en un conflicto moral, pasando del lenguaje concreto de los problemas al lenguaje abstracto de los valores.¹⁶ Para ello, es útil borrar la lista de problemas identificados en el paso 3, dejando solo el problema ético que se resolverá. Luego buscamos, colectivamente, identificar cuáles son los valores que en el caso específico están colisionando (Figura 2).

Figura 2 - Identificación de valores en conflictos en la 5ta etapa del método deliberativo.

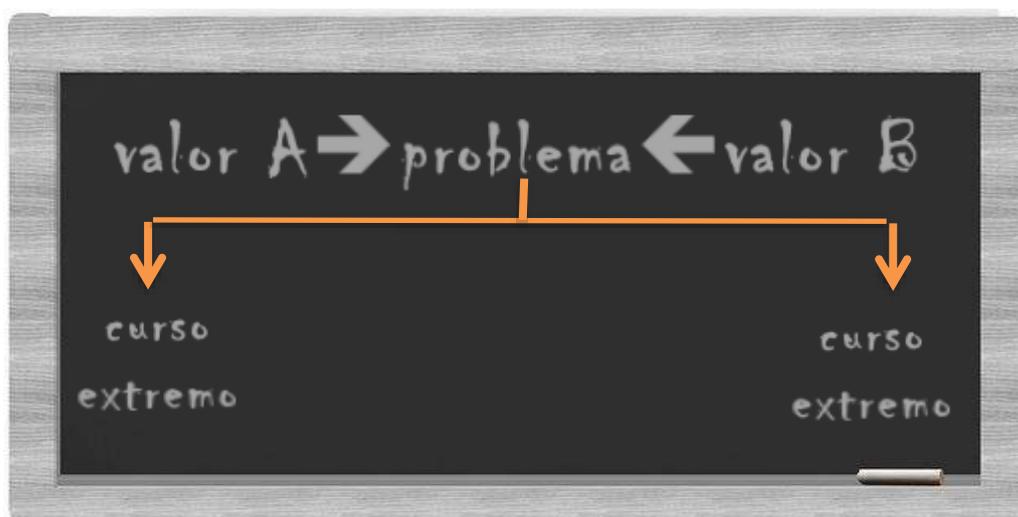


“Un conflicto de valores mal definido compromete el resto del proceso deliberativo, pues se pierde la esencia del caso [...] [por lo tanto] requiere una doble atención”.^{20:56} Este es uno de los pasos más difíciles para personas inexpertas en el

método, pero a medida que continúan deliberando, los valores comienzan a ser más fácilmente identificables. Un error frecuente es la indicación de un valor positivo y su opuesto, un valor negativo, porque en este caso no habría conflicto y la deliberación sería innecesaria. En el aula, este paso también puede ser importante para aumentar la comprensión de qué son y qué son los valores morales, distinguiéndolos, por ejemplo, de los principios éticos.

La deliberación de deberes comienza, entonces, con la identificación de posibles cursos de acción. Los cursos de acción son posibles formas de salir de una situación dada. La mente humana tiende a reducir los cursos de acción a dos, uno frente al otro, como si viéramos blanco y negro, pero no todos los tonos de gris en el medio. Dada esta propensión, comenzamos por identificar los cursos de acción extremos (Figura 3). Ya sabemos de antemano que tienden a dañar drásticamente los valores, pero debemos identificarlos. Los recorridos verdaderamente extremos siempre consisten en lo mismo: eligiendo uno de los valores, el otro es aniquilado. Por eso son trágicos, imprudentes y deben evitarse. No deben elegirse como una decisión final a menos que todos los cursos intermedios hayan fracasado.¹⁶ Por lo tanto, siempre deben considerarse como soluciones extraordinarias y excepcionales”.^{20:56}

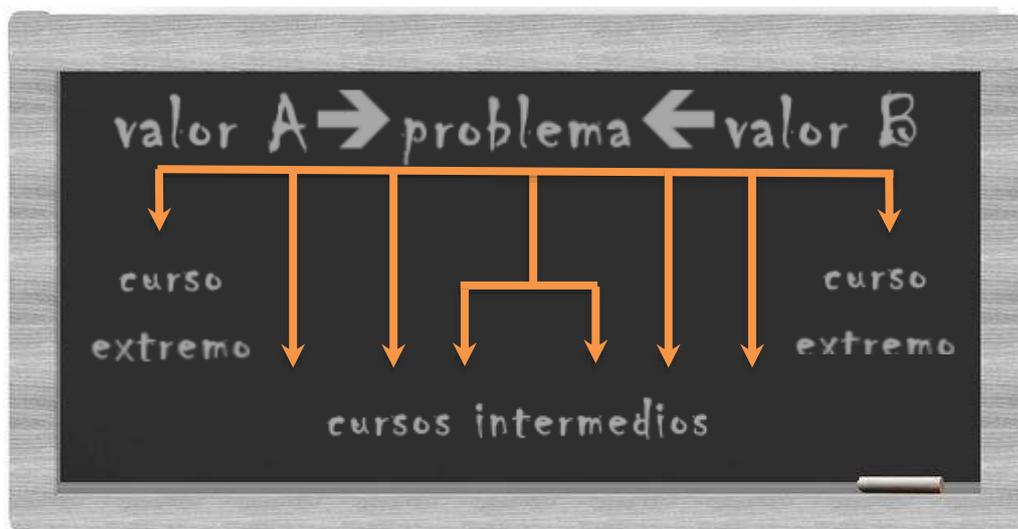
Figura 3 - Identificación de los cursos de acción extremos en la sexta etapa del método deliberativo



El siguiente paso es identificar cursos de acción intermedios (Figura 4), que parten de los extremos hacia el centro, donde suele encontrarse la solución más prudente, mostrando así la racionalidad problemática que subyace en la deliberación.²⁰ Esta tarea

depende del tiempo y la imaginación, siendo optimizado por la presencia de miembros en el grupo con diversos antecedentes y experiencias, que enriquecen el análisis y amplían el número y la calidad de los resultados. Se puede tomar como regla que los posibles cursos son siempre cinco o más y que si se identificaron menos, el proceso de análisis fue defectuoso.¹⁶

Figura 4 - Identificación de cursos de acción intermedios en la 6ta etapa del método deliberativo



Una vez identificados los cursos de acción extremos e intermedios, es necesario deliberar sobre el curso de acción óptimo, el que logra plenamente cada uno de los valores en conflicto o los perjudica lo menos posible. Es la búsqueda de la decisión más prudente y responsable, que solo se puede definir después de considerar todas las circunstancias.¹⁶ A menudo, el curso óptimo se compone de más de un curso de acción intermedio, como un conjunto de medidas que se pueden adoptar en el caso. También suele haber consenso sobre el curso óptimo, aunque este no es el objetivo del método.

Si bien en este punto del procedimiento ya se ha definido un rumbo óptimo, la prudencia nos obliga a probarlo. Por tanto, debe someterse a determinadas pruebas de coherencia de la decisión. Los más importantes son: la prueba de legalidad - ¿es legal la decisión? la prueba publicitaria: ¿estaría dispuesto a tomar la misma decisión si se hiciera público? y la prueba de la temporalidad: ¿tomaría la misma decisión si tuviera más tiempo para decidir?

La prueba de legalidad tiene como objetivo garantizar que la decisión no sea ilegal. La ética y la ley son cosas diferentes, por lo que una decisión puede ser moral e

ilegal, o al contrario, inmoral y legal. El método no tiene en cuenta las leyes hasta el final del proceso precisamente para evitar confundir análisis ético y legal. Pero en este punto del análisis es importante considerar lo que dicen las leyes sobre el curso óptimo. En primer lugar, porque no es prudente dar consejos contrarios a la ley y, en segundo lugar, porque si la decisión óptima es ilegal, la persona a la que se aconseja debe estar alerta. La prueba de publicidad es importante porque no puede estar seguro de que la decisión no se hará pública o de que no llegará a los tribunales. Así, si alguien no se siente capaz de justificar públicamente la decisión, también debe repensarla. Y finalmente, la prueba de la temporalidad, que se basa en el hecho de que las decisiones acaloradas, tomadas bajo fuertes emociones, a menudo son imprudentes. El paso del tiempo reduce nuestras emociones, aumentando la prudencia de nuestros juicios morales. Por tanto, esta prueba intenta reflexionar si estamos tomando la decisión impulsados por las emociones, o si tomaríamos la misma decisión si pudiéramos esperar unas horas o días.¹⁶

Si una decisión resiste esta prueba, podemos considerarla prudente y asesorarla como decisión final a la persona que presentó el caso. A ella le corresponderá tomar la decisión, ya que el proceso deliberativo no es ejecutivo ni decisorio, sino consultivo, y las sesiones de deliberación no eximen a las personas de sus responsabilidades.^{16,19}

Se recomienda al coordinador de la sesión de deliberación conocer el tiempo que requerirá cada uno de los pasos. En lo cuadro 2 se muestra una distribución adecuada del tiempo entre las etapas de una sesión deliberativa de dos horas.

Cuadro 2 - Distribución del tiempo entre actividades relacionadas con los pasos del método.

Tempo (min)	Actividades relacionadas con los pasos del método
10	Presentación de los participantes
10	Presentación del caso
25	Aclaración de los hechos
20	Identificación de problemas éticos
5	Identificación de valores en conflicto
5	Identificación de cursos extremos
30	Identificación de cursos intermedios
5	Selección del curso óptimo
5	Evidencia de coherencia en la decisión
5	Toma de decisiones

Adaptado de Gracia^{4:49}

En lo cuadro 3 se pueden encontrar otras recomendaciones para el coordinador de la sesión, derivadas de años de experiencia en la conducción de sesiones deliberativas del proponente del método.

Cuadro 3 - Lineamientos para el coordinador de la sesión de deliberación moral.

<p>El coordinador de la sesión de deliberación DEBE:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tener experiencia en el método, ya que es necesario dominar esta habilidad para la conducción exitosa del proceso.• Tener la formación adecuada para el caso y el conocimiento técnico suficiente de los hechos.• Realizar sesiones con grupos de tamaño adecuado (idealmente con 12 personas), porque en grupos más grandes el tiempo para la participación de todos será insuficiente y porque en grupos más pequeños, la diversidad / riqueza de perspectivas puede verse amenazada• Controlar el tiempo y permitir que todos hablen, evitando las conversaciones cruzadas o los discursos muy largos;• Fomentar la participación inicial, cuando los participantes suelen ser todavía tímidos, aprovechando el discurso de quienes lo inician (se debe tener cuidado de no permitir el monopolio del debate por parte de las personas más participativas, especialmente aquellas que se sienten gratificadas por el coordinador cuando su primera intervención)• Considerar un tema agotado y pase a otro cuando las líneas comiencen a repetirse sin agregar nuevos argumentos, siempre justificando por qué se termina este punto y pasando al siguiente• Rescatar el propósito de la sesión cuando las opiniones están muy dispersas o el debate se desvía, enfatizando la necesidad de centrar la atención en un punto.• Justificar la razón para no volver a los pasos anteriores del proceso, cuando un participante hace una publicación relevante en uno de esos pasos.• Estar muy atento para exigir respeto cuando haya algún conflicto entre los participantes• Tener en cuenta que su rol es coordinar, sin manipular ni dirigir, lo cual es más fácil cuando no expresa su punto de vista• Haga todo lo posible por no imponerse• Rotar la conducción de las sesiones entre los participantes una vez que estén bien entrenados en su dinámica, para que tengan la posibilidad de desarrollar esta habilidad• Si opcionalmente se utiliza un observador entre los participantes que tiene la función de eximirse de la deliberación para hacer un análisis crítico de la sesión al final.

Adaptado de Gracia^{4:50}

Es cierto que se aprende a deliberar deliberando, pero también es cierto que la calidad de la deliberación dependerá del conocimiento y la experiencia del coordinador de la sesión. En este sentido, se recomienda leer directamente los materiales referenciados en este texto, en particular los del profesor Diego Gracia, para una mejor comprensión de su Bioética de la Responsabilidad. Además, se sugiere consultar los “casos clínicos comentados” que componen una sesión específica de la revista Bioética Complutense^T, que desde 2010 publica informes de sesiones de deliberación moral, siendo una fuente importante de casos reales, especialmente útil para la enseñanza y el aprendizaje del método.

Finalmente, volvemos a las palabras de Gracia,^{16:259} para aquellos [...].

[...] aprender a deliberar lleva a conocerse un poco mejor a sí mismo y a respetar más a los demás. La gran tragedia de nuestro tiempo está, a mi modo de ver, en esta muy pequeña capacidad de deliberación. En lugar de enseñarnos

^TDisponible en: <https://www.ucm.es/hc/bioetica-complutense>.

a deliberar en la escuela primaria, nos entrenan, al contrario, a imponer nuestro propio punto de vista, a dogmatizar nuestras afirmaciones, a elegir cursos extremos. Es por ello que la bioética tiene hoy, a principios del siglo XXI, una función social de primer orden, promoviendo la deliberación, no solo en el campo de la salud, sino en el conjunto de la sociedad.

Referencias

1. Gracia D. De la bioética clínica a bioética global: treinta años de evolución. *Acta Bioethica*. 2002; 8(1):27-39.
2. Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues. 2016. *Bioethics for every generation. Deliberation and education in health, science, and technology*. Washington, D.C.; 2016.
3. Gomes D.; Parisi S. Deliberação coletiva: uma contribuição contemporânea da bioética brasileira para as práticas do SUS. *Trab. Educ. Saúde*. 2017; 15(2):347-71.
4. Gracia D. The mission of ethics teaching for the future. *Int. J. Ethics Educ*. 2016; 1:7-13.
5. Pose C. *Lo bueno y lo mejor: introducción a la bioética médica*. Triacastela: Madrid; 2009. 133p.
6. Dicio. Dicionário online de português. [citado 2019 Jun 11]. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/deliberacao/>.
7. Dalla Nora CR, Zoboli ELCP, Vieira MM. Deliberação ética em saúde: revisão integrativa da literatura. *Bioética*. 2015; 23(15):114-23.
8. Gomes D, Finkler M, Siurana JC. Melhoramento ético das práticas em saúde: comitês de Bioética em Espanha e Brasil. *RIB*. 2017; (4): 1-17.
9. Finkler M, Negreiros DP. Formação x educação, Deontologia x ética: repensando conceitos, reposicionando docentes. *Rev. ABENO*. 2018; 18(2):37-44.
10. Pose C. *Bioética de la responsabilidad: de Diego Gracia a Xavier Zubiri*. Triacastela: Madrid; 2011. 178p.
11. Cortina A. Discurso de contestación. In: Gracia D. *La cuestión del valor*. Real Academia de Ciencias Morales y Políticas: Madrid; 2011. 186-203p.
12. Zoboli E. A aplicação da deliberação moral na pesquisa empírica em bioética. *RIB*. 2016; (2):1-19.
13. Gracia D. *La cuestión del valor*. Real Academia de Ciencias Morales y Políticas: Madrid; 2011. 203p.
14. Gracia D. (coord.) *Ética y ciudadanía: construyendo la ética*. PPC: Madrid; 2016. 307p.

15. Gracia D. Prólogo a la segunda edición. In: Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Triacastela: Madrid; 2007. p.1-8.
16. Gracia D. La deliberación como método da bioética. In: Porto D, et al (Org.). Bioética: saúde, pesquisa, educação. CFM/SBB: Brasília; 2014. v.2. p. 223-259.
17. Gracia D. Moral deliberation: the role of methodologies in clinical ethics. Med Health Care Philos. 2001; 4(3):223-32.
18. Junges JR. Falácia dilemática nas discussões da bioética. Bioética. 2019; 27(2):196-203.
19. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Med. Clin. 2001; 117(1):18-23.
20. Zoboli E. Bioética clínica na diversidade: a contribuição da proposta deliberativa de Diego Gracia. Bioethikos. 2012; 6(1): 49-57.
21. Gracia D. Ethical case deliberation and decision making. Med Health Care Philos. 2003;6(3):227-33.

Concepciones sobre simulación

La simulación, en su sentido genuino, es una imitación de la realidad. Se simula a través de juegos, arte, entrenamiento para la guerra, aviación y también en educación para la salud. En salud, la simulación ayuda en el desarrollo de la atención brindada a personas, grupos y comunidades, con mayor dominio de conocimientos, destrezas y actitudes. Atención que necesariamente debe brindarse de manera competente, ética y de alta calidad.

La simulación clínica es la recreación de una situación asistencial diaria, seleccionada para desarrollar habilidades específicas enumeradas por el docente, guiadas por el plan docente de la disciplina o curso en cuestión. Con una fuerte influencia de la aviación que ha utilizado programas de entrenamiento de vuelo sistemáticos desde 1930, la simulación se ha incorporado a la educación durante al menos tres décadas.¹

Gaba² afirma que la simulación es una técnica y no una tecnología. Es decir, no son los dispositivos tecnológicos los que determinan el uso o no de la simulación, sino la forma en que se aplica en las formas de enseñanza, independientemente de los recursos que se utilicen para tal fin. Merhy³ contribuye presentando una clasificación tecnológica más completa que incorpora tanto equipos (tecnología dura) como procesos (tecnología ligera-dura) y relaciones (tecnología ligera). Con base en esta definición, la simulación clínica se puede clasificar como una tecnología ligera-dura, ya que es una forma de enseñanza, con pasos bien definidos y no se limita al uso del simulador.

Un estudio analizó diferentes conceptos atribuidos a la simulación y presentó una definición que engloba a todos los demás, que es la simulación clínica como:

[...] un proceso dinámico, que implica la creación de una oportunidad hipotética, que incorpora una representación auténtica de la realidad, facilitando la participación activa del alumno e integrando las complejidades del aprendizaje práctico y teórico con oportunidades de repetición, retroalimentación, evaluación y reflexión.^{4:668}

La teoría del aprendizaje experiencial, en este caso, es una de las más utilizadas cuando se trata de simulación clínica. Esta teoría, desarrollada por David Kolb,⁵ presenta el aprendizaje como resultado de una reflexión sobre la experiencia vivida. El ciclo de

Kolb predice que el individuo que vive una experiencia concreta y puede observarla de forma reflexiva, logra teorizar sobre esta experiencia y replantearla, para modificar su práctica futura. Este proceso, conocido como el Ciclo de Aprendizaje Experiencial, sostiene y dialoga con los supuestos pedagógicos que anclan el uso de la simulación clínica en la enseñanza de las profesiones de la salud, tanto en la formación inicial, como en los procesos de formación permanente y continua.⁵

Por tanto, los objetivos de este capítulo son reflexionar sobre el uso de la simulación clínica como método de enseñanza en enfermería, considerando el proceso de elección de la simulación clínica, los elementos que intervienen en la planificación de la experiencia de simulación, los roles docente y estudiantil en la simulación clínica y las implicaciones éticas del uso de esta herramienta.

El capítulo está organizado en base a preguntas desencadenantes que pueden ayudar a los lectores en su aproximación al texto, que pretende servir más como un puente de diálogos sobre el tema que como una forma de hacer un texto de simulación. A partir de las experiencias de los autores, cosidas con la literatura disponible, se espera que la organización de las ideas aquí traídas pueda ofrecer condiciones de aprendizaje y creación para quienes estén interesados en el tema.

Uso de la simulación en Enfermería

Enfermería siempre ha utilizado la simulación para enseñar sus técnicas de cuidado, ya sea a través de una naranja para la aplicación de inyectables o con el uso de demostraciones entre compañeros, el posicionamiento en la cama, la aplicación de vendajes, o incluso utilizando los maniqués, inicialmente hechos de tela y actualmente denominados simuladores de pacientes, comercializados con este fin.

Lo que antes era solo una forma de ilustrar el conocimiento teórico, permitiendo la visualización de sus etapas, comenzó a ganar cada vez más espacio en los entornos académicos, con el objetivo de aumentar la seguridad del paciente, las oportunidades de experiencias clínicas y el aprendizaje reflexivo.

La Asociación Internacional de Enfermería para la Simulación Clínica y el Aprendizaje (INACSL)⁶ desarrolló los Estándares de Mejores Prácticas de INACSL, basados en evidencia científica, que tienen como objetivo brindar un mejor aprendizaje

para ofrecer una atención más efectiva al paciente. Están organizados en 11 criterios: (Cuadro 1)

Cuadro 1 - Estándares de mejores prácticas de la Asociación Internacional de Enfermería para la simulación clínica y el aprendizaje (INACSL, 2016) ⁶

Estándares de mejores prácticas de la Asociación Internacional de Enfermería para la simulación clínica y el aprendizaje (INACSL, 2016) ⁶
1. Realizar una evaluación de necesidades para proporcionar evidencia fundamental de la necesidad de una experiencia basada en simulación bien diseñada.
2. Construya metas mensurables.
3. Estructurar el formato de simulación con base en el propósito, teoría y modalidad de la experiencia basada en simulación.
4. Cree un escenario o caso para proporcionar el contexto para la experiencia basada en simulación.
5. Utilice varios tipos de lealtad para crear la percepción necesaria de realismo.
6. Mantenga un enfoque facilitador centrado en el participante y guiado por los objetivos, el conocimiento de los participantes o el nivel de experiencia y los resultados esperados.
7. Comience los experimentos basados en simulación con un aprendizaje previo (briefing).
8. Siga las experiencias basadas en simulación con una sesión informativa y / o de retroalimentación.
9. Incluya una evaluación de los participantes, facilitadores, experiencia basada en simulación, personal de instalación y apoyo.
10. Proporcione materiales y recursos de preparación para promover la capacidad de los participantes para cumplir los objetivos y lograr los resultados esperados de la experiencia basada en la simulación.
11. Realice una prueba piloto de los experimentos basados en simulación antes de la implementación completa.

Fuente: Asociación Internacional de Enfermería para la Simulación Clínica y el Aprendizaje (2016)⁶ (nuestra traducción)

¿Por qué usar la simulación clínica?

Cada vez más, la simulación clínica ha sido un espacio en la formación de los profesionales de la salud, tanto por los avances en el área de seguridad del paciente, derechos de los usuarios de los servicios de salud, pasando por la responsabilidad legal de los centros de formación de recursos humanos en salud y, más recientemente, por la idea de entornos de aprendizaje seguros.

Desde la perspectiva de la construcción del conocimiento, según la Pirámide de Miller,⁷ el conocimiento se organiza en un modelo jerárquico de 4 niveles: Saber, Saber hacer, Mostrar cómo y Hacer. El “Mostrar cómo” es un paso importante para los profesionales de la salud que deben ser capaces de asistir a pacientes reales con un nivel suficiente de base teórica y práctica. La simulación garantiza este espacio de aprendizaje

que une el conocimiento teórico (saber) con una situación clínica (saber cómo) y una necesidad de acción (mostrar cómo) para una práctica clínica segura (hacer).⁷

Desde el punto de vista práctico-conceptual de la Seguridad del Paciente, el expresivo número de muertes resultantes de errores cometidos por los profesionales de la salud está documentado en la literatura, con base en el informe “*To Err is Human: Building a Safer Health System*” de la *National Academy of Sciences*, publicado en 2000, utilizando la simulación como una de las estrategias para reducir los errores⁸. En un estudio reciente con estudiantes de enfermería, los autores identificaron la simulación como un momento oportuno para revisar errores evitables en el futuro, lo que contribuye a aumentar la seguridad del paciente.⁹

La simulación clínica permite que eventos que requieren acciones complejas como la toma de decisiones, que requiere ética, responsabilidad profesional y la activación de recursos emocionales y psicológicos, se desarrollen en un espacio de aprendizaje seguro, cuya experiencia permite “la preparación emocional de los futuros enfermeros, porque, al permitir que los estudiantes practiquen sus habilidades en entornos seguros, se pueden trabajar sentimientos como la ansiedad y el estrés y se logra un mejor aprendizaje”.^{10:1030}

Si bien la propia historia de la enfermería brasileña demostró, desde su creación a principios del siglo XX, el uso de simuladores y una preocupación a priori por el paciente, no hubo necesariamente una preocupación explícita / consciente por el estudiante. Desde entonces, el avance de los estudios sobre simulación y su uso como método de enseñanza, ha sumado tanto la seguridad del paciente como la oferta de un entorno de aprendizaje seguro.

¿Por dónde empezar?

Mapear las necesidades para el correcto desarrollo de un proceso de simulación que considere los estándares descritos anteriormente y contemple una estructura lógica en el proceso de enseñanza-aprendizaje parece ser uno de los mayores desafíos para docentes e instructores, pues implica tener una razón clara para adoptar simulación clínica como método de enseñanza. En este momento inicial, es necesario considerar algunas dimensiones que pueden ayudar a las personas y / o grupos que están liderando este proceso.

La dimensión pedagógica es una de las perspectivas que mejor debe planificarse y estructurarse porque trata de la intencionalidad pedagógica que el docente pone en el uso de la simulación clínica. Gómez¹¹ al reflexionar sobre las nuevas formas de aprendizaje en la educación contemporánea, aborda el incentivo a la pluralidad metodológica. Se trata de considerar que un método de enseñanza no responde plenamente a ningún objetivo de aprendizaje y en cualquier situación, por lo que es necesario tener en cuenta la amplitud de posibilidades metodológicas para los diferentes estudiantes, escenarios y tipos de conocimiento. Quizás aquí radica una de las riquezas del uso de la simulación: la toma de decisiones de que esta es, de hecho, la herramienta que mejor se adapta a la intención pedagógica en el trabajo con el desarrollo de habilidades entre los participantes en una experiencia de simulación.

La otra dimensión considerada fundamental para este momento es la operativa, momento en el que se evalúa la disponibilidad de recursos humanos, materiales y logísticos. Aquí es relevante reflexionar sobre cómo la simulación clínica demandará acciones de otros sectores de la institución, como la compra de materiales para el escenario, incluyendo simuladores, búsqueda de actores cuando sea necesario, espacio físico. Estos elementos son importantes cuando el objetivo es retratar algo muy cercano a lo real. Por ejemplo, ¿cómo ejecutar un escenario en una cama de hospital en el aula? ¿Qué tan confiable es este escenario? O ¿a cuántas personas tiene que apoyar el docente para organizar el escenario, moviendo muebles, instrumentos hospitalarios y material de enfermería? ¿Hay un laboratorio disponible? Preguntas como las que se describen a continuación pueden ayudar en este momento inicial. (Cuadro 2)

Cuadro 2 - Dimensión pedagógica y operativa de la simulación clínica.

Pensando en la dimensión pedagógica del uso de la simulación clínica	Pensando en la dimensión operativa del uso de la simulación clínica
¿Qué habilidades quieres desarrollar? ¿Por qué la simulación clínica es el mejor método para desarrollar tal competencia? ¿Quién es el público objetivo de la simulación clínica? ¿Todos los estudiantes deberían girar / entrar al escenario?	¿Cuál es el número de profesores involucrados? ¿Cuál es el número de participantes / grupos involucrados? ¿Cuál es la disponibilidad de espacio físico (laboratorio, centro de simulación, in situ)? ¿Existe un equipo de apoyo para el rodaje del escenario de simulación (asistente de audio y video, técnico informático, asistente de laboratorio), considerando montaje, grabación, uso de simuladores, etc.?

Fuente: Los autores.

Se entiende, por tanto, que pensar en las dimensiones pedagógica y operativa antes de proceder a la planificación, organización y realización de la simulación clínica puede ser determinante en la ejecución de las próximas actividades. Esto no significa que la simulación clínica solo pueda suceder si todos estos elementos están disponibles. Pensar en dimensiones, más que tener estas o aquellas condiciones, significa tener claro la exigencia del proceso, aumentar la comodidad del instructor docente en su uso y evitar sorpresas desagradables en el transcurso de las actividades. Después de todo, el objetivo es que “la experiencia de simulación sea lo más creíble posible, reteniendo al participante inmerso el mayor tiempo posible y, a su vez, aumentando el uso de la actividad”.^{12:8}

Además, se entiende que la recopilación de la información necesaria en registros sistemáticos parece ayudar a los profesores, instructores y participantes en la comprensión de la simulación clínica, siendo un recurso de consulta siempre que sea necesario, con posibilidad de mejora continua. Amaya Afanador¹³ en un texto sobre la importancia de las guías de simulación clínica, describe este documento como un producto de enseñanza intelectual:

“Las guías de simulación clínica las podemos definir como las herramientas didácticas utilizadas en simulación clínica, producto de un consenso académico de docentes quienes unifican criterios para generar conceptos claros, con identidad científica, de grupo y de institución, para dar respuesta a un sentido de formación profesional con base en un proyecto educativo con identidad propia que responde a las necesidades curriculares que exige en la actualidad la resolución de los problemas individuales, sociales y culturales de atención en salud.”^{13:310}

Las guías clínicas, a partir de esta lectura, son documentos que deben contener un detalle de las actividades que ocurren antes de la simulación, durante su desarrollo en el escenario y luego de esta etapa, recabando información para que el docente pueda tener un acceso rápido, facilitando todos los elementos desarrollados para la experiencia de simulación clínica.¹⁴

¿Cuáles son los pasos para organizar la simulación clínica?

El primer paso a la hora de aplicar el método de simulación clínica en educación para la salud es definir qué competencias se pretenden desarrollar y si este método es realmente el más adecuado para desarrollarlas. Muchas veces se decide utilizar la simulación clínica a priori, sin considerar las habilidades que se quieren alcanzar y se corre el riesgo de invertir tiempo y recursos creando escenarios clínicos y toda la

estructura que requiere una simulación clínica e incluso así triunfar en la propuesta educativa. La adquisición de habilidades técnicas, por ejemplo, tiene más éxito con el entrenamiento repetitivo seguido de la retroalimentación que en la ejecución de escenarios, que deben usarse para desarrollar habilidades de toma de decisiones, trabajo en equipo, razonamiento clínico.

Una vez definida la simulación como el mejor método para lograr las competencias deseadas, el segundo paso es definir los objetivos de aprendizaje generales y específicos. Los objetivos generales están relacionados con la propuesta de experiencia, mientras que los específicos se refieren a las medidas de desempeño de los participantes. Por ejemplo: La atención de un paciente con insuficiencia cardíaca descompensada (FHD) comprende un objetivo general al que los estudiantes deben tener acceso. Identificar ya los signos y síntomas de disnea, uno de los principales síntomas del paciente con (FHD), sería uno de los objetivos específicos que el docente estaría evaluando de este participante en este contexto. Este objetivo específico sólo el profesor tendría conocimiento.

Neves y Pazin-Filho¹² abogan por la importancia de construir objetivos de aprendizaje, defendiendo la idea de que este momento pasa por la composición de los contenidos curriculares a abordar, quiénes son los participantes y qué se espera que logren. Por ejemplo, si el público son estudiantes de licenciatura en enfermería, se espera que al final del escenario, puedan tomar decisiones en base a los conocimientos acumulados hasta ese momento. En el caso de los profesionales sanitarios en formación para actualizar el proceso de trabajo, los objetivos de aprendizaje ya serán diferentes. Es decir, un mismo tema puede requerir un diseño diferente para los objetivos de aprendizaje según el público objetivo.

Una vez definidos los objetivos, el siguiente paso es la construcción de situaciones clínicas, o escenarios clínicos, que mejor representen los contextos reales en los que se pueden aplicar las competencias clínicas. ¿Dónde tendrá lugar el escenario? ¿En una emergencia, enfermería, casa del paciente? ¿Quiénes serán los personajes en este escenario? ¿Paciente, familiar, acompañante, equipo multidisciplinario? ¿Cuál es la situación clínica presentada o el contexto para el inicio del escenario? ¿Qué le sucede al paciente que requiere que la enfermera actúe?

Fabri y colaboradores aportan en el sentido de que este momento debe estar estructurado en los “mejores niveles de evidencia disponibles, y no justificado solo por

las experiencias personales de los formadores, hecho que fortalece la confianza de los estudiantes".^{15:5} Además, cuanto mejor sea la descripción del caso (esto no significa que haya demasiados detalles), incluidos los documentos del paciente, los registros médicos, los exámenes, "menos posibilidades hay de que la información proporcionada en el último minuto interfiera con la credibilidad del escenario".^{12:5}

Construido este guion, es necesario definir los recursos materiales necesarios para poner en práctica la situación clínica planificada. Simuladores, participantes simulados (actores), *moulage* (se puede utilizar maquillaje y atrezzo para dar más realismo a la escena, como sangre artificial, estomas, moretones, etc.). Si se filma la simulación, para utilizar las imágenes en el momento de la discusión, es necesario pensar en cámaras, micrófonos, parlantes, televisores o proyectores. Además de estos equipos, se debe configurar todo el escenario para lograr la fidelidad de la simulación, haciéndola lo más realista posible. En este sentido, la creatividad se puede utilizar intentando acercar la apariencia del laboratorio al contexto real que se pretende simular. Es importante que los materiales necesarios para la realización de los cuidados estén presentes en el escenario y que no sea necesario "imaginar" que ellos existan, o que funcionen.

Además de los recursos materiales, es necesario contar con recursos humanos. Un escenario requiere control del tiempo, manipulación de las cámaras, reposición de materiales en el escenario para el siguiente grupo, organización de los grupos y orientación previa, observación cercana de la escena, realización del debriefing. Dependiendo del número de participantes y del tiempo disponible para realizar la actividad, puede ser necesario un mayor número de profesores o asistentes técnicos.

Los participantes en la simulación clínica, estudiantes o profesionales, deben conocer previamente este método de enseñanza y aprendizaje. Conocer sus etapas y los objetivos del aprendizaje formativo, en el que el error es solo un elemento que conducirá a la reflexión y al aprendizaje significativo, sin castigo ni exposición.¹⁴

El contenido teórico debe estar elaborado con anticipación, ofreciendo elementos para el desempeño de los participantes basados en la mejor evidencia científica. Significa que los participantes, al ingresar a una experiencia de simulación, ya deben haber tenido actividades que respondan a los objetivos de aprendizaje de dominios menos complejos como conocer, identificar, relacionar y ya estar preparados para desarrollar objetivos de aprendizaje más complejos como analizar, crear y evaluar. Sumado a esto, la elección del tema debe dialogar con las necesidades reales y auténticas que se viven en

los servicios de salud, y eso requiere una planificación y atención sistemática en el proceso de creación.¹⁵

El pre-briefing o briefing, es el momento que precede a la escena donde el docente aclara dudas sobre el escenario, introduce el simulador y sus funcionalidades, duración y tiempo de cierre de la simulación, es decir, es la etapa de presentación de las reglas del juego. En este momento también se firma el contrato de ficción, un acuerdo que se realiza para garantizar una inmersión más efectiva en el escenario. El alumno debe considerar como verdaderos algunos aspectos que no son tan realistas en el escenario, como el tiempo que pasará más rápidamente entre una acción y la evolución del paciente, la presencia de gases ficticios, entre otros. Significa decir, entonces, que hay un acuerdo para suspender las incredulidades de que el escenario no es real, estando de acuerdo de que la simulación es cierta y los participantes están involucrados cognitivamente en la situación clínica real.¹⁶

También en el briefing, el docente contextualiza la situación clínica para que el participante pueda iniciar su labor, por ejemplo: “Usted es el enfermero de la unidad de internación de la clínica médica y está ingresando a un paciente con situación clínica X, realice la anamnesis de este paciente e identifique los principales problemas de enfermería presentados. Tienes x minutos para esta actividad, cuando estés listo puedes empezar”.

Durante el escenario, el enfoque del docente es identificar los elementos que pueden ayudar en la discusión para promover la reflexión y así generar un aprendizaje duradero. El docente busca situaciones que pueda explorar en el debriefing con el fin de comprender cómo el alumno desarrolló su línea de razonamiento para la toma de decisiones y así corregir o mejorar esta habilidad, de modo que en situaciones similares, el alumno pueda rescatar estas conexiones asertivas para realizar toma de decisiones más eficiente. Así, la experiencia en el escenario debe ser capaz de brindar al participante una experiencia fiel de cognición, psicomotricidad y afecto, que sea capaz de avanzar en la construcción vivencial del conocimiento del participante para su aplicación en escenarios clínicos reales.¹⁵

El *debriefing* es entonces el momento de tomar conciencia de lo que se hizo, por qué se hizo, cómo se podría hacer. El alumno se convierte en el protagonista de estas reflexiones y corresponde a la docente orientarla con preguntas y provocaciones que agudicen la curiosidad y promuevan la discusión y la construcción colaborativa de un nuevo conocimiento. Boostel y colaboradores^{10:1035} exploran la simulación como un

proceso que mejora la “percepción de los estresores relacionados con la falta de competencia y la relación interpersonal para trabajar con el paciente, el equipo multiprofesional y los compañeros en comparación con la clase práctica convencional en un laboratorio de habilidades”.

Sin querer prescribir formas de hacer, es una metodología que teórica y conceptualmente se compone de constructos complejos (autonomía, toma de decisiones, reflexión, responsabilidad), que requiere la implicación de todos los participantes en la experiencia de simulación, especialmente el profesor de simulación y / o instructor durante la conducción. Aunque muchos de los elementos están claramente definidos, la mirada autocrítica y pedagógica del docente debe acompañar todo el proceso de planificación, ya que es un proceso educativo, relacional, de encuentro entre sujetos de aprendizaje. Por tanto, es un proceso que está siempre en proceso de devenir, nunca dado y fechado, dada la riqueza de la naturaleza humana propia del acto educativo.

¿Cuáles son los roles y responsabilidades de los profesores y participantes en la simulación clínica?

Revisando la literatura y a partir de la experiencia con compañeros, profesores y alumnos, uno se da cuenta de lo común que es que surjan dudas sobre los roles de los profesores, participantes y actores. Muchos necesitan visitar centros de simulación, hablar con los coordinadores de cursos y profesores y ver las simulaciones para comprender la organización y distribución de los roles y responsabilidades de cada persona involucrada.

Por tanto, el objetivo fue recabar datos de la literatura especializada en simulación de salud con información sobre procesos pedagógicos para compartir algunas consideraciones sobre cómo se entienden las actividades desarrolladas por docentes y participantes.

Habiendo abordado ya los elementos clave para la simulación clínica en un momento anterior y procediendo a una discusión más detallada, aquí se presenta la lista de actividades docentes y estudiantiles en el proceso de enseñanza-aprendizaje, utilizando la simulación clínica como herramienta pedagógica (Cuadro 3). Es la operacionalización de los elementos y momentos clave de la simulación en relación con las actividades de cada participante.

Cuadro 3 - Relación de actividades docentes y estudiantiles en el proceso de enseñanza-aprendizaje, utilizando la simulación clínica como herramienta pedagógica

Relación de actividades docentes y estudiantiles en el proceso de enseñanza-aprendizaje, utilizando la simulación clínica como herramienta pedagógica			
Etapas / momentos de identificación de SM	Elementos clave para la simulación clínica	Profesor	Participante
Pre-simulación	Objetivos de aprendizaje	Dibuja los objetivos de aprendizaje generales y específicos	Conoce los objetivos generales de aprendizaje
	Tema	Selecciona / enumera dentro de las posibilidades del curso qué tema ayuda mejor en el desarrollo del objetivo de aprendizaje diseñado	Desarrolla y conoce (estudia / aprende) Participa en el proceso de enseñanza-aprendizaje sobre el tema.
	Situación clínica	Construye la situación clínica para ampliar las posibilidades de aprendizaje, dialogando lo más cerca posible de la realidad. A menudo utiliza su experiencia clínica profesional para crear situaciones clínicas.	Conoce la situación clínica en el briefing (familiarización)
	Preparación del estudiante	Prepara al participante durante el proceso de enseñanza-aprendizaje, ofreciendo condiciones de aprendizaje teórico (clases, seminarios, casos prácticos, etc.) y teórico-práctico (formación de habilidades) sobre el tema a trabajar en la simulación clínica.	Participa en el proceso de enseñanza-aprendizaje en clases, seminarios, casos prácticos, formación de habilidades y evaluaciones sobre el tema a trabajar en la simulación clínica.
Simulación clínica adecuada	Briefing	Describe el caso, aportando elementos contextuales, clínicos, sociales, entre otros, fundamentales para abordar el escenario. Presenta información que es realmente necesaria para iniciar el escenario (hay elementos que el participante conocerá durante el escenario) Realiza el contrato de ficción con un participante, momento en el que se pactan acuerdos para el correcto desarrollo del escenario, considerando que no se pueden simular rigurosamente todos los elementos de un escenario (por ejemplo, se puede acordar una pantalla que	Recibe la situación clínica presentada por el docente, respondiendo preguntas sobre el escenario, materiales disponibles y cualquier acción a realizar. Realiza el contrato de ficción

		divida dos ambientes que será un muro entre dos habitaciones dentro de un servicio de salud)	
	Escenario	Observa (mirada pedagógica) al participante en contacto con el escenario, así como las habilidades, conocimientos y actitudes presentados en el rodaje del escenario Se considera un momento de recolección de datos para el docente, porque los elementos aquí recolectados serán relevantes para el debriefing.	Experimenta el escenario, aplica los conocimientos teóricos construidos, usa / activa habilidades y competencias, toma decisiones
	Debriefing	Proporciona al participante describir lo que sucedió en el escenario y qué sentimientos están involucrados Anima al participante a relacionar la experiencia con momentos previos (teoría) del proceso de enseñanza-aprendizaje El docente es un investigador cognitivo ¹⁷ y necesita comprender cómo se organizó el pensamiento en ese escenario (¿qué hizo que el participante actuara de esa manera?)	Participa activamente comentando lo que experimentó y sintió en el escenario (describe tanto la secuencia de actividades, acciones y eventos) como los sentimientos y emociones asociados Reflexiona sobre el escenario, reuniendo elementos teóricos, teórico-prácticos, profesionales y éticos Realiza autoanálisis de su desempeño en el escenario

Fuente: Los autores.

Implicaciones profesionales, pedagógicas y éticas del uso de la simulación clínica

Considerando que el cuidado de la salud se da principalmente a través de una práctica multiprofesional, la educación interprofesional se apunta como un atributo que debe integrarse en la formación inicial y permanente de los profesionales de la salud. Si los profesionales de diferentes profesiones necesitan / tienen una práctica de salud colaborativa, es esencial reflexionar sobre cómo aprender / podrían aprender juntos. Así, la educación interprofesional puede ser una posible clave de aprendizaje para calificar la atención de la salud.¹⁸

A partir de la complejidad del cuidado de la salud, se entiende que la simulación clínica se presenta como una herramienta que permite analizar estas diferentes experiencias profesionales, es decir, la simulación clínica puede permitir que estudiantes

de diferentes profesiones aprendan juntos sobre cómo crear un proyecto terapéutico singular. Los profesionales del equipo de salud también se benefician de la simulación clínica cuando aprenden sobre nuevos temas, cuando comparten decisiones entre los miembros del equipo. La riqueza en el uso de la simulación clínica con la educación interprofesional también se destaca en la forma en que los estudiantes / profesionales aprenden sobre el desempeño de sus colegas, porque llegan a conocer las acciones de los demás.¹⁸

Dicho esto, es fundamental mencionar el componente ético y su relación con la simulación clínica como herramienta pedagógica, ya sea en el ámbito académico o si se utiliza en procesos de formación continua de profesionales de la salud. Habiendo presentado los elementos que intervienen en la elaboración, construcción, realización y evaluación de este proceso, se sugiere prestar atención a algunos puntos, como una forma de enriquecer la práctica de la simulación clínica, otorgándole la dimensión necesaria por tratarse de una experiencia muy cercana a la real.

Machin y colaboradores¹⁹ en una publicación reciente socializan reflexiones sobre cómo planificar la educación interprofesional guiada por la ética. Se trata de un grupo de investigadores de dos universidades del norte de Inglaterra que, problematizando la enseñanza de la ética desde la educación interprofesional, diseñaron una guía práctica que dialoga con los intereses de este capítulo. Los autores presentan lecciones clave para la planificación de la educación interprofesional guiada por la ética que, leídas junto con la literatura pedagógica disponible, pueden ser una fuente para calificar la relación entre los constructos de la ética y la educación interprofesional. Se entiende, por tanto, que la simulación clínica agrega calidad al proceso de enseñanza-aprendizaje de sus participantes cuando se ancla en supuestos pedagógicos asertivos, comprometidos con la actividad final del área de salud, que es la prestación de una atención más segura y responsable, sin daños, profesionalmente integrado y con orientación ética.

Machin e colaboradores¹⁹ afirman que la ética y la educación interprofesional tienen un mismo objetivo y esta coherencia trae beneficios al conjugar los dos temas, de tal manera que el marco teórico-conceptual de la ética pueda orientar las prácticas de la educación interprofesional.

Así, los mismos autores¹⁹ consideran las siguientes lecciones clave para una planificación de la educación interprofesional guiada por la ética, que establece relaciones

bien establecidas con la simulación clínica aquí discutida: la importancia de la planificación en la elección del formato, estructura y temática de la actividad; la claridad del diseño del itinerario de aprendizaje del participante en la actividad; el momento oportuno de inclusión en el currículo de esta actividad; preparar a los estudiantes para la actividad; la creación de un espacio de aprendizaje seguro; reflexión sobre el aprendizaje de los estudiantes en general; el énfasis en el debriefing, además de la retroalimentación, la implicación de los profesionales de los servicios de salud e incluso de los pacientes, la preocupación por ofrecer una actividad que sea flexible y tenga en cuenta las preferencias de los estudiantes y grupos.¹⁹

En este contexto, la simulación clínica también puede entenderse como una herramienta guiada por la ética, desde su inclusión como elemento pedagógico en el currículo hasta el proceso de debriefing, que tiene su gran característica en el proceso reflexivo. Y, considerando que el cuidado de la salud se desarrolla principalmente en equipos interprofesionales para una práctica colaborativa, la simulación también se circunscribe como un espacio para el desarrollo de habilidades interprofesionales, ya que cuentan con elementos suficientes para experiencias de aprendizaje colectivo (Cuadro 4).

Cuadro 4 - Relaciones entre la educación interprofesional orientada a la ética y la simulación clínica

Relaciones entre la educación interprofesional orientada a la ética y la simulación clínica		
Educación interprofesional de orientación ética	¿La simulación clínica como método de enseñanza permite?	Elementos
Elección de formato, estructura y temática de la actividad.	Sí	Elección del tema Creación de la situación clínica
Claridad en el diseño de la ruta de aprendizaje del participante en la actividad	Sí	Diseño de objetivos de aprendizaje Ruta de aprendizaje del participante Actividades de los estudiantes en el escenario
Inclusión oportuna en el plan de estudios de esta actividad	Sí	Relación entre simulación y desarrollo de habilidades profesionales
La preparación de los estudiantes	Sí	Preparación teórica Briefing
Creación de un espacio de aprendizaje seguro	Sí	Todo proceso lo permite, siempre que la propuesta sea conocida por todos los participantes
Reflexión sobre el aprendizaje de los estudiantes en general	Sí	Centrarse en el desarrollo de habilidades Ruta de aprendizaje del participante Debriefing

Resalte para el debriefing	Sí	Debriefing
Participación de los profesionales sanitarios y los pacientes	Sí o en parte	Profesionales y pacientes en el escenario
Preocupación por ofrecer una actividad flexible	Sí	Cada simulación es un proceso único desde el punto de vista del aprendizaje experiencial Visión pedagógica del docente
Preferencias de los participantes	Sí	Ruta de aprendizaje del participante, utilizando sus propias referencias El maestro es un investigador

Fuente: Los autores.

Además, la simulación debe ser guiada por un profesional calificado que conozca la propuesta metodológica para que el aprendizaje se produzca de forma planificada, respetando los principios éticos. La *Society for Simulation in Healthcare (SSIH)* publicó en 2018 el “Healthcare Simulationist Code of Ethics” que presenta los siguientes valores clave para la práctica de la simulación: Integridad, Transparencia, Respeto mutuo, Profesionalismo, Responsabilidad y Orientación a resultados.²⁰

El código de ética, redactado originalmente en inglés, está disponible para su consulta en el sitio web de *SSIH*²⁰ y ya tiene versiones traducidas a otros idiomas. Este material orienta la práctica del simulacionista (persona que realiza la simulación) y nos hace reflexionar sobre las implicaciones éticas que permean el uso de este método de enseñanza no solo desde el punto de vista de la seguridad del paciente, sino también del entorno psicológicamente seguro para el aprendizaje.

Así, se espera que este capítulo haya podido ampliar las referencias de los lectores sobre el tema de la simulación clínica como método de enseñanza en enfermería, señalándola como una poderosa herramienta que reúne características capaces de preparar a los futuros enfermeros para la práctica profesional. así como ayudar en el desarrollo del pensamiento reflexivo. Más que eso, que la enseñanza mediante simulación clínica es un proceso ético involucrado con respeto por el ser humano que se preocupa y el ser humano que aprende.

Referencias

1. Rauen CA. Simulation as a teaching strategy for nursing education and orientation in cardiac surgery. *Critical Care Nurse*. [Internet]. 2004 [citado 2019 Jun 13]; 24(3):46-51. Disponível em: <http://ccn.aacnjournals.org/content/24/3/46.full.pdf+html>.
2. Gaba DM. The future vision of simulation in health care. *BMJ Quality & Safety*. 2004; 13 (suppl 1):i2-10. DOI: 10.1136/qhc.13.suppl_1.i2.
3. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
4. Bland AJ, Topping A, Wood B. A concept analysis of simulation as a learning strategy in the education of undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*. 2011; 31(7):664-70.
5. Kolb DA. *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. 2nd Edition. New Jersey: Pearson Education, Inc.; 2015. E-book.
6. INACSL Standards Committee. INACSL standards of best practice: SimulationSM Simulation design. *Clinical Simulation in Nursing*. [Internet] 2016 Dec [citado 2019 Jun 15];12(S), S5-S12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2016.09.005>.
7. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic medicine* [Internet] 1990 Sep [citado 2019 Jun 24]; 65(9):S63-7. Disponível em: https://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/1990/09000/The_assessment_of_clinical.45.aspx
8. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS [Edit]. Institute of Medicine. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: The National Academies Press; 1999.
9. Teixeira CRS, Pereira MCA, Kusumota L, Gaioso VP, Mello CL, Carvalho EC. Evaluation of nursing students about learning with clinical simulation. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(2):311-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680218i>
10. Boostel R, Felix JVC, Bortolato-Major C, Pedrolo E, Vayego SA, Mantovani MF. Stress of nursing students in clinical simulation: a randomized clinical trial. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(3):1029-37. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0187>.
11. Gómez, AIP. Competências ou pensamento prático? A construção dos significados de representação e de ação. In: Sacristán JG, et al. *Educar por competências: o que há de novo?* Porto Alegre: Artmed; 2011. p.65-114.
12. Neves FF, Pazin-Filho A. Construindo cenários de simulação: pérolas e armadilhas. *Sci Med*. 2018;28(1):ID28579. DOI: <http://doi.org/10.15448/1980-6108.2018.1.28579>.

13. Amaya Afanador A. Importancia y utilidad de las "Guías de simulación clínica" en los procesos de aprendizaje en medicina y ciencias de la salud. *Universitas Médica* [Internet]. 2011 (Julio-Septiembre) [citado 2019 Jun 1]; 52(3): 309-14. Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia. Disponible em: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=231022506006>.
14. Oliveira SN, Massaroli A, Martini JG, Rodrigues J. From theory to practice, operating the clinical simulation in Nursing teaching. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(Suppl 4):1791-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0180>.
15. Fabri RP, Mazzo A, Martins JCA, Fonseca AS, Pedersoli CE, Miranda FBG, et al. Development of a theoretical-practical script for clinical simulation. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2017;51e03218. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016265103218>.
16. Muckler VC. Exploring suspension of disbelief during simulation-based learning. *Clinical Simulation in Nursing*. [Internet] 2016 [citado 2019 Jun 20]; 13(1):3-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2016.09.004>.
17. Rudolph JW, Simon R, Dufresne RL, Raemer DB. There's no such thing as "nonjudgmental" debriefing: a theory and method for debriefing with good judgment. *Simul Healthc*. [Internet] 2006 [citado 2019 Jun 20];1(1):49-55. Disponible em: https://journals.lww.com/simulationinhealthcare/Fulltext/2006/00110/There_s_No_Such_Thing_as__Nonjudgmental_.6.aspx#pdf-link.
18. World Health Organization. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. [Internet] 2010 [Citado 2019 Jun 10]. Disponible em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf;jsessionid=64B81D0A81549311F9EF11280A5CCBFB?sequence=1.
19. Machin LL, Bellis KM, Dixon C, Morgan H, Pye J, Spencer P, Williams RA. Interprofessional education and practice guide: designing ethics-orientated interprofessional education for health and social care students. *Journal of Interprofessional Care*. [Internet] 2018 [citado 2019 Jun 20]; 1-11. DOI: 10.1080/13561820.2018.1538113.
20. Park C, Murphy T, et al. Healthcare Simulationist Code of Ethics. Code of Ethics Working Group. Society for Simulation in Healthcare – SSIH [Internet] 2018 [citado 2019 Jun 30]. Disponible em: <http://www.ssih.org/Code-of-Ethics>.



PARTE 3

5

GUÍA PARA LA CREACIÓN Y APLICACIÓN DE CASOS DE DELIBERACIÓN MORAL Y EL ABORDAJE DE PROBLEMAS ÉTICOS EN LA FORMACIÓN EN SALUD

Dulcinéia Ghizoni Schneider, Flávia Regina Souza Ramos

Objetivo:

- Orientar la elaboración de casos de deliberación moral (MDL) relevantes a necesidades específicas
- Proporcionar una guía para la aplicación de casos de deliberación moral.

Al igual que la propuesta del Marco Teórico (capítulo 1), elaborado a partir de la contribución de diferentes autores, y la propia Matriz (capítulo 2), destinada a promover nuevas apropiaciones, esta Guía también se presta como ejemplo de una posible apropiación, o una forma de operacionalizar y orientar a los profesionales y educadores en su tarea de dar vida a las bases teóricas en las actividades docentes.

La Guía en sí misma no mantiene una fidelidad absoluta a una única referencia, aunque es destacable el razonamiento en el proceso de deliberación moral de Diego Gracia¹⁻² (detallado en el capítulo 3). Como ya se mencionó, se ha estudiado el uso de la deliberación de casos morales como método de enseñanza y, aunque no revelan incompatibilidades entre diferentes propuestas, no señalan bases y estrategias unificadas.

Esta situación, en lugar de ser considerada negativa, se toma como un momento productivo y creativo en este campo de inquietudes y producciones, donde circulan filósofos, educadores, bioeticistas y profesionales de la salud. Es precisamente en el sentido de contribuir a la apertura a nuevas experiencias y a problemas más cotidianos que esta Guía busca dar respuesta. No pretendía contar “los casos” ya reportados y utilizados, sino incentivar que la experiencia del grupo (docentes, estudiantes y profesionales) sea abordada de manera sistemática y consistente, ampliando la riqueza del camino educativo, más allá del momento de “deliberar” (rico en sus etapas), valorando los momentos de preparar, imaginar, narrar, crear, compartir y deliberar, en definitiva, crecer como sujeto moral.

En la síntesis que se presenta a continuación en los “Pasos preparatorios y de aplicación o desarrollo”, las acciones sugeridas se concretan en aplicaciones que consideran los “casos” como recursos para desarrollar el proceso de deliberación con fines educativos y también como ejercicio creativo, es decir, oportunidad de problematizar la experiencia y hacerla “un caso” movilizándolo al grupo a la reflexión. Por ello, se presentan en paralelo acciones que se aplican al objetivo de elaborar nuevos casos o aplicar casos de deliberación moral ya construidos. También se detallan las acciones

que son más útiles en educación para la salud, cuando pasos como “Estrategias prácticas; Marcos y conceptos teóricos que sustentan la decisión; y Relación con el Código de Ética profesional (Enfermería u otros)” se puede destacar exactamente para que los futuros profesionales se apropien de aspectos que en otros espacios puedan estar más estabilizados e incorporados.

En este sentido, la elaboración de casos para la aplicación del método de deliberación moral en la enseñanza, debe basarse en información que promueva la discusión, la reflexión y el razonamiento para la decisión que se considere más apropiada / prudente en esa circunstancia, considerando el contexto y la situación. de los involucrados. La Guía tiene como objetivo promover la reflexión, con los estudiantes, en la creación de situaciones que fomenten la sensibilidad moral y promuevan el desarrollo de competencias ético-morales para la acción ética frente a los problemas morales que se involucran en la atención de la salud.

1 Etapa preparatoria

Para preparar MDL	Para la aplicación propuesta de MDL
<p>1. <u>Reconocer el propósito y las PERSONAS participantes:</u> ¿son profesionales (una o más categorías) o estudiantes? ¿Cuáles son los antecedentes y la experiencia del grupo? ¿Están vinculados a una institución? ¿Presentan una demanda específica (en torno a una situación común)?</p>	
<p>2. <u>Seleccionar el FOCUS CDM y el TEMA CENTRAL para estar preparado:</u> ¿Qué situación real o ficticia será relevante? ¿Qué elementos de la realidad se deben agregar (escenario, sujetos y problema específico)?</p>	<p>2. <u>Seleccionar el MDL que se utilizará:</u> por su relevancia directa para la demanda o por su utilidad para movilizar la reflexión</p>
<p>3. <u>Describir el CASO:</u> definir el guion general del caso a partir de los datos de la situación, personas involucradas, escenario y contexto</p> <p><u>Plantear previamente otros COMPONENTES del proceso deliberativo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • valores en conflicto; • personas afectadas por la decisión; • alternativas o cursos acción / decisión; • consecuencias de cada curso de acción; • decisión más prudente; • estrategias prácticas; • referencias y conceptos teóricos que fundamentan la decisión; • relación con el código ético profesional <p>ATENCIÓN: el relevamiento previo de los componentes o etapas forma parte de la elaboración del MDL, pero no lo encierra ni cierra por lo que se suman nuevas reflexiones y puntos de vista por la reflexión grupal</p>	<p>3. <u>Definir adaptaciones, si es necesario:</u> se pueden cambiar aspectos de la descripción (por ejemplo, incluir características específicas de los involucrados, como género, estatus social, tipo de servicio, entre otros)</p> <p>ATENCIÓN: cambios sustanciales implican revisar todo el curso de la deliberación, ya que los ejercicios propuestos no son cerrados, sino que se limitan a los aspectos mencionados</p>

<p>4. Preparación del CONDUCTOR-MEDIADOR: docente o profesional que liderará el proceso de deliberación del caso, lo que implica lectura y comprensión previa de todas las partes y etapas.</p>
<p>5. REAPROPIACIÓN (por parte del conductor-mediador): paso fundamental, ya que el MDL nunca puede tomarse como decisiones definitivas y perfectas, son ejemplares en la búsqueda de resoluciones para el momento y el caso. Se deben estimular nuevas perspectivas, preguntas críticas y referencias</p>
<p>6. Definir TIEMPO, LUGAR Y RECURSOS: es importante garantizar el tiempo necesario para realizar todas las etapas (aunque estén divididas en etapas); un espacio adecuado, cómodo y privado (que permita la demostración sin restricciones); pueden ser necesarios recursos y apoyos, de acuerdo a la complementación de estrategias (teatro, simulación, discusión en subgrupos, consulta de bibliografía, entre otros)</p>

2 Etapa de aplicación o desarrollo

Calefacción y convenios colectivos

Acción importante e inicial en ejercicios prácticos en grupo. Los participantes deben acordar las reglas de relación y conducción de la actividad, a modo de ejemplo (se pueden acordar otras):

- a) Respetar el tiempo esperado y el rol del mediador / conductor;
- b) Escuchar la descripción completa del MDL antes de comenzar la discusión;
- c) Pedir la palabra y esperar a que cada uno hable;
- d) Evitar monopolizar la palabra o insistir demasiado en sus argumentos: la capacidad de escuchar y respetar la posición del otro es parte del proceso;
- e) Desarrollar tolerancia y cordialidad.

Descripción del caso: situación / personas involucradas / escenario y contexto

Preguntas básicas: ¿Cuál es el caso? ¿Cuál es la situación problemática?
Se refiere a la presentación del caso, en lenguaje narrativo, ubicando al grupo en el contexto en el que se inserta la situación problemática. Recuerde que normalmente una persona es la encargada de elegir el curso de acción y es quien trae el problema al grupo (en Comités / Comisiones de Ética o Bioética y como lo presenta Diego Gracia¹⁻²). En el caso de Enfermería, y también en equipos multiprofesionales, es común abordar decisiones que involucran a uno o más profesionales que comparten responsabilidades.

Valores en conflicto

Preguntas básicas: ¿Qué valores están involucrados? ¿Qué conflictos de valores están presentes? Se refiere al momento de clarificación de los valores, es decir, resaltar posibles valores que chocan en la perspectiva de las distintas partes involucradas, así como aclarar sobre posibles jerarquías o priorización de valores (colación, clasificación, razonamiento) y cuál es la base para establecer tales prioridades.

Personas afectadas por la decisión

Preguntas básicas: ¿Quién se verá afectado por la decisión?

Además de los directamente afectados, es necesario pensar en todos los que sufrirán alguna repercusión por la decisión tomada. En situaciones clínicas o de atención y gestión de la salud, pueden ser usuarios / personas cuidadas, familiares, comunidades o grupos específicos, servicios e instituciones, profesionales, entre otros.

Alternativas o cursos de acción / decisión

Preguntas básicas: ¿Cuáles son las posibles alternativas o cursos de acción / decisión?

Se deben plantear y discutir varias alternativas o decisiones, evitando previamente eliminar cualquier posibilidad, independientemente de que sea inusual (a la práctica habitual o la experiencia y perspectiva de los involucrados) o cuestionable - el cuestionamiento es importante y debe promoverse.

Consecuencias de cada curso de acción

Preguntas básicas: ¿Cuáles son las consecuencias de cada curso de acción?

Una vez planteadas las posibles alternativas, estas deben ser objeto de un análisis detallado, a partir de la identificación o predicción de las consecuencias que generarían si fueran aplicadas. Las consecuencias deben ser discutidas, sean positivas o negativas, considerando los efectos deseables, aceptables o inaceptables, a la luz de los valores / principios y condiciones de los sujetos, considerando vulnerabilidades, desigualdades, protecciones y derechos.

Decisión más prudente

Preguntas básicas: ¿Cuál es la decisión más prudente? ¿Se puede tomar esta decisión públicamente?

La decisión más prudente es el horizonte, el resultado deseado por el proceso deliberativo. Prudente es la decisión que aprovecha todos los valores en conflicto, que suele ubicarse en los cursos intermedios y solo se puede definir después de considerar todas las circunstancias. La decisión prudente siempre se puede poner a prueba y exponer al conocimiento público, ya que ha sido madura, imparcial, no teme el escrutinio y es racionalmente defendible.^{1-2,12}

Estrategias prácticas

Preguntas básicas: ¿Cuáles son las estrategias a poner en práctica?

Luego de elegir el curso de acción, es necesario aclarar qué impacta en la conducta de los involucrados, cuáles son las responsabilidades o cómo actuarán los profesionales para que se logre el camino decidido. ¿Qué pasa con cada uno? ¿Cuáles son los siguientes pasos? ¿Qué comunicaciones y desarrollos es necesario realizar?

Marcos teóricos y conceptos que subyacen a la decisión

Preguntas básicas: ¿Qué marcos teóricos sustentan la decisión?

Considerando la finalidad educativa y el compromiso con el desarrollo continuo de las competencias morales, a la finalidad de resolver el problema o deliberación se suma la preocupación por la profundización teórica. Por lo tanto, es necesario romper con puntos de vista simplistas y de sentido común, que generalmente vinculan los atributos personales para la deliberación moral solo con habilidades o experiencias técnicas. Luego de esclarecer valores y definir la decisión más prudente, se debe promover la continuidad de los estudios y la búsqueda de lecturas y reflexiones que amplíen las bases de los sujetos sobre el caso presente y para casos futuros. Se deben retomar los conceptos y principios discutidos hasta la etapa final, a fin de indicar bibliografías o tareas de investigación para mayor aclaración.

Relación con el Código Ético Profesional (de Enfermería u otros)

Preguntas básicas: ¿Qué artículos del código de ética profesional se relacionan con el problema y la decisión más prudente? ¿Existen indicios de infracción en la actuación profesional informada en el caso? ¿En qué artículos la alternativa elegida encuentra fundamento para su justificación bajo el código de ética profesional? ¿Fueron respetados o no los principios expresos en el código?

En el campo de la salud, el proceso deliberativo involucra profesiones reguladas y prácticas profesionales que deben responder a sus propias normas éticas. De ahí que se destaca , especialmente por la finalidad educativa del proceso, para movilizar no solo el conocimiento sobre tales regulaciones, sino una reflexión crítica sobre ellas.

INFORME DE EXPERIENCIA DE LA ENSEÑANZA DE DELIBERACIÓN MORAL CON CASO SIMULADO

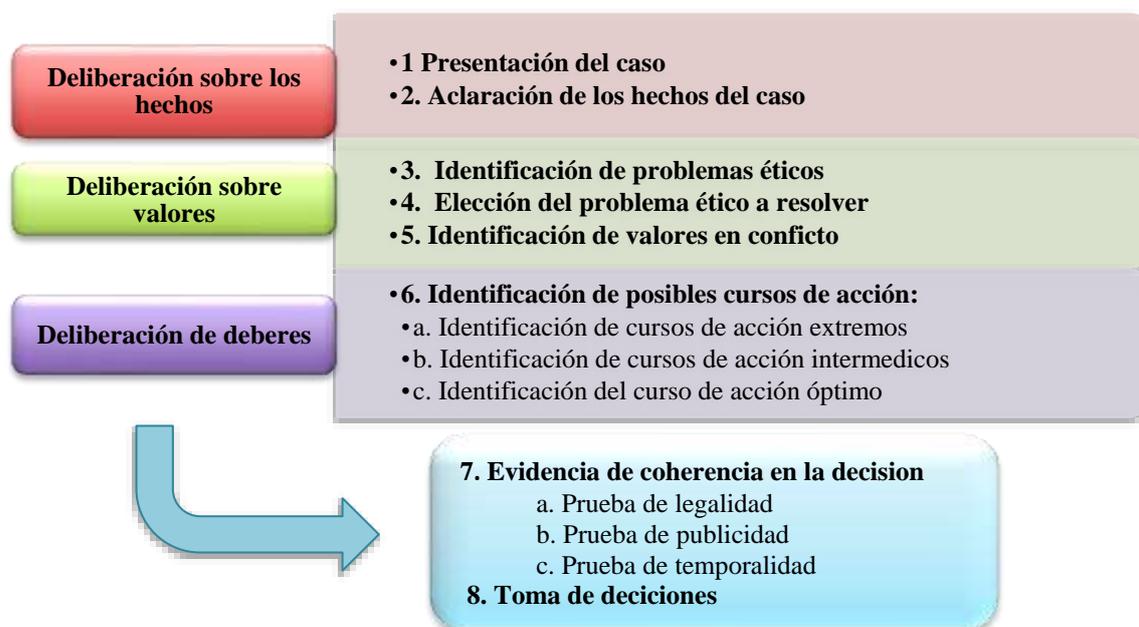
Dulcinéia Ghizoni Schneider, Flávia Regina Souza Ramos

El presente informe de experiencia presenta la última etapa de la Investigación titulada “Enseñanza simulada aplicada al proceso de deliberación moral en los problemas éticos vividos por estudiantes y profesionales de Enfermería”, financiada por la Coordinación de Perfeccionamiento del Personal de Educación Superior / CAPES y aprobada por la Ética en Investigación con Seres Humanos, vía Plataforma Brasil, bajo CAAE 41840915.1.0000.5361 y Opinión incorporada en 990.530.

El método de deliberación moral propuesto por Diego Gracia¹⁻² fue el marco teórico-metodológico para la enseñanza-aprendizaje de la deliberación moral en esta experiencia de enseñanza simulada realizada con estudiantes de enfermería de la 4a a la 10a fase y enfermeras del Comité de Ética de un Hospital Universitario del Sur de Brasil. Se utilizó uno de los casos de deliberación moral creado por la investigadora, con base en la Guía presentada en el capítulo 5. En la elaboración del caso se siguió cada paso de la Guía, con el objetivo de conducir a la reflexión, discusión y aprendizaje de los participantes involucrados en la simulación.

La figura 1 muestra el método de deliberación moral (MDM) de Diego Gracia¹⁻².

Figura 1 - Etapas del método de deliberación moral.



Fuente: Gracia¹

En la aplicación de la enseñanza simulada del método de deliberación moral se incluyeron los siguientes pasos: **(I) Planificación; (II) Acción; (III) Reflexión / Debriefing.**

I PLANIFICACIÓN

Construcción y validación de guías clínicas

La guía clínica fue construida por el autor del Proyecto y revisada por un experto en simulación clínica V que consultó sobre el desarrollo de la experiencia docente simulada.

<p style="text-align: center;">GUÍA CLÍNICA DE SIMULACIÓN CON ACTORES TEMA: RESOLUCIÓN MORAL</p>
--

Elaborado por: Dulcinéia Ghizoni Schneider

Revisado por: Saionara Nunes de Oliveira^U

<p>Objetivo general: Aplicar el Método de Deliberación Moral de Diego Gracia en una situación de cuidados paliativos</p>

Instrucciones generales

- Título del caso:

CUIDADOS PALIATIVOS X MEDIDAS DISPROPORCIONALES

Tipo de simulación: simulación clínica con participante simulado (actores) y simulador de paciente humano (maniquí)

- Tiempo necesario para desarrollar la simulación: Cena 1: 15 minutos
 - Escena 2:50 minutos
 - Escena 3:10 minutos
 - Sesión informativa: 60 minutos
 - Tiempo total necesario para el desarrollo de la actividad: 2h45min

^U Nurse. Master in Nursing. PhD student at the Graduate Program in Nursing at the Federal University of Santa Catarina (PEN / UFSC). Instructor in Simulation by the Universidad de Costa Rica - UCR. Member of the Brazilian Association of Simulation in Health - ABRASSIM and the Federación Latinoamericana de Simulación Clínica y Seguridad del Paciente - FLASIC

- Espacio físico necesario: 2 entornos simulados: laboratorios de práctica de enfermería simulados y una sala de sesiones informativas.
- Número de participantes simulados: 2 (mujeres).
- Número de simuladores: 1 (Human Patient Simulator) de baja fidelidad.
- Participantes: cinco (estudiantes y / o enfermeras) por simulación. Se realizaron tres sesiones de simulación para contemplar a los 14 participantes.

Información para participantes

- El entorno se lleva a cabo en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)
- La primera etapa de la simulación tiene lugar al lado de la cama del paciente (Laboratorio de práctica simulada) con la hija, la esposa y la enfermera. Los nombres João (paciente), Ana (esposa) y Marina (hija) son todos ficticios.
- La segunda etapa se desarrolla en la Sala de Apoyo del Laboratorio de Práctica Simulada, donde los participantes, en representación del equipo multidisciplinario de salud, se sentarán alrededor de una mesa y aplicarán el método de deliberación moral
- En la tercera etapa, la Enfermera acompañada de los demás integrantes del equipo multidisciplinario regresa al escenario de UCI y dialoga con la hija y la madre sobre la decisión más prudente sugerida por el grupo que aplicó el método de deliberación moral.
- En la cuarta etapa, el Debriefing se realizará en el Salón de esta actividad.
- Finalmente, se aplicará la Escala de Satisfacción del Estudiante y la autoconfianza en el aprendizaje de Almeida et al.¹³ y los participantes también realizarán una valoración cualitativa descriptiva de la enseñanza simulada y el método de deliberación moral

Instrucciones

Eres Enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital General y recibiste un paciente derivado de Emergencias con el siguiente historial médico

“João, de 64 años, varón, es recibido en la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital General diagnosticado de cáncer de pulmón con metástasis en cerebro y huesos.

La esposa informa que estaba en quimioterapia, ha terminado el último ciclo, pero ha estado experimentando dolor generalizado y, desde ayer, se ha sentido confuso y con dificultad para respirar. Es diabético y ha estado mostrando hipoglucemia ".

Se le ha informado que la esposa exige que el paciente permanezca en la UCI, con la institución de medidas invasivas, contrario a la indicación médica de Cuidados Paliativos. Es necesario hablar con la familia, ampliando la información necesaria para aplicar, junto con el equipo de salud, el método de deliberación moral, presentando una propuesta a la esposa e hija al final de la discusión.

Datos de historia clínica

A la exploración física el paciente se encuentra deplecionado, con nivel de conciencia disminuido, con frecuencia respiratoria de 10 mrm, PA 98x64 mmHg, SatO2 89%, T.35.8oC, FC 104 lpm, deshidratado, sin diuresis desde ayer, HGT 39mg / dL. El médico prescribió analgesia, glucosa hipertónica, catéter de O2 a 3L / min e hidratación. El Sr. João tiene una red venosa periférica frágil y la Enfermera le pinchó una vena yugular externa.

Informações aos atores (participantes simulados)

Caso clínico

Historia del paciente:

João, de 64 años, varón, es recibido en la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital General diagnosticado de cáncer de pulmón con metástasis en cerebro y huesos. La esposa informa que estaba en quimioterapia, ha terminado el último ciclo, pero ha estado experimentando dolor generalizado y, desde ayer, se ha sentido confuso y con dificultad para respirar. Es diabético y ha estado mostrando hipoglucemia.

La hija que acompaña a la madre informa a la Enfermera que el equipo médico del Hospital Especializado em Oncologia, donde su padre se sometió a quimioterapia y otros tratamientos, explicó que su padre se encuentra en la etapa terminal de la enfermedad e indicó inclusión en un protocolo de cuidados paliativos. Sin embargo, su madre se resiste a la institución de esta atención porque cree que su esposo aún puede recuperarse de la enfermedad y, por lo tanto, decidió llevarlo a un Hospital General.

La esposa le pide al médico que mantenga a su esposo en la Unidad de Cuidados Intensivos y exige que se realicen todas las medidas invasivas de soporte vital (como intubación orotraqueal, acceso venoso profundo, fármacos vasoactivos, hemodiálisis).

En este momento la hija cuestiona el pedido de la madre diciendo que las medidas invasivas solo prolongarán el sufrimiento de su padre, pues el equipo médico del Hospital Especializado em Oncología explicó que ya se han realizado todos los tratamientos disponibles actualmente en medicina y que su padre no respondió afirmativamente. Sin embargo, la esposa es enfática y amenaza con demandar al equipo de salud si no cumple con su solicitud y el esposo muere.

La hija recuerda a la madre que su padre siempre comentaba que no quería estar “sufriendo en una cama y que cuando se acercaba la muerte, que en paz descansa”. La madre reconoce que su esposo habló de no querer prolongar el sufrimiento en caso de enfermedad terminal, pero dice que no lo abandonará y que está dispuesta a hacer lo que sea necesario para que su esposo siga viviendo, porque todavía le queda camino por curar.

La familia del Sr. João se reduce a su esposa y su única hija soltera de 36 años.

Comportamiento esperado:

Paciente:

- Soñoliento

Esposa (Ana)

- Ella menciona estar muy ansiosa y temerosa de que su esposo muera.
- Pide al médico y a la enfermera que mantengan a su esposo en la UCI y que se instituyan las medidas invasivas necesarias para mantener la vida
- Insiste con rudeza en que está exigiendo que su esposo tenga todos los cuidados invasivos necesarios para seguir viviendo.
- Enfatiza que si no se cumple su requisito, el equipo será processado
- Es impaciente y agresivo cuando habla con la enfermera y el médico.

Hija (Marina)

- Señala la preocupación por la decisión de la madre, ya que no está de acuerdo con su

- Quiere llevarse a su padre a casa para que pueda recibir cuidados paliativos en casa, sin embargo, él no sabe muy bien qué son los cuidados paliativos y si la familia podría mantener esta estructura en casa.
- Es contrario a las medidas invasivas que prolongarán el sufrimiento de su padre, que se encuentra en la fase terminal de un cáncer metastásico.
- Muestra intenso sufrimiento con la situación, porque ama a su padre, no quiere su muerte, pero además, no quiere verlo sufrir sabiendo que no sanará y que solo su sufrimiento se prolongará.
- Discute la situación de la madre que también sufrirá porque si se prolonga el tratamiento, la madre tendrá esperanzas y puede sufrir aún más con el desenlace de la muerte ... o no ... ella puede pensar que así se realizó todo el cuidado.
- La hija también recuerda que su padre siempre se opuso a la institución de medidas desproporcionadas para prolongar su sufrimiento si se encontraba en una situación de vida con mal pronóstico.

Paso de información

En esta etapa, los participantes verán el rodaje de toda la simulación y autoevaluarán su desempeño en el escenario. La evaluación será cuantitativa y cualitativa.

En la etapa cuantitativa, se aplicará a los participantes la Escala de Satisfacción del Estudiante y la autoconfianza en el aprendizaje traducida y validada en Brasil por Almeida et al.¹³ cuyo uso en este estudio fue autorizado por uno de los autores (Rodrigo Guimarães dos Santos Almeida) vía correo electrónico.

La Escala consta de 13 ítems tipo Likert de 5 puntos (que van desde 1 = muy en desacuerdo con la afirmación a 5 = muy de acuerdo con la afirmación) divididos en dos dimensiones: Satisfacción con el aprendizaje actual con 5 ítems; y Autoconfianza en el aprendizaje con 8 ítems.

En la etapa cualitativa, los participantes evaluarán todas las fases de la enseñanza simulada, desde la instrumentalización del método de deliberación moral hasta la realización de la simulación. Todas las etapas de la simulación serán filmadas (con la autorización de los participantes) y en el momento del Debriefing, los participantes verán la filmación para identificar las fortalezas y debilidades de la simulación.

Selección y formación de participantes simulados ^v

Los dos participantes seleccionados para desempeñar el papel de esposa e hija del paciente tienen experiencia con la enseñanza simulada en el campo de la Enfermería y actúan como Pacientes Simulados en diversas disciplinas y eventos en el campo de la salud.

La prueba del escenario se realizó el día anterior a la simulación y fue realizada por el investigador, quien puede hacer ajustes en la forma de actuar de los dos personajes y en el entorno clínico simulado para fortalecer el realismo de la escena.

Organización y preparación de escenarios

El escenario incluyó una cuarta parte de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI); una habitación adjunta a la UCI; y una sala de reuniones.

La primera escena ocurre al lado de la cama de la UCI y la habitación contigua; la segunda escena en la sala de reuniones con el equipo multidisciplinario de salud (participantes de la investigación); la tercera escena nuevamente en la sala adjunta a la UCI, que representa un espacio reservado para conversar con la familia.

Convite aos participantes (alunos e enfermeiras)

La investigadora dio a conocer el Proyecto en las aulas de la 4ª a la 10ª fase del Curso de Licenciatura en Enfermería de la Universidad local donde se desarrolló el Proyecto, invitando a todos los estudiantes interesados en participar. Quince estudiantes se pusieron a disposición, sin embargo, solo 10 participaron realmente en las etapas de instrumentalización y simulación.

También se invitó a miembros del Comité de Ética en Enfermería del Hospital Universitario donde se realizó el estudio. La Comisión está compuesta por nueve miembros, cuatro enfermeras, tres técnicos y dos auxiliares de enfermería. De ellos, seis participaron en la etapa de instrumentalización del método de deliberación moral y cuatro enfermeras en la etapa de simulación.

^v The term Simulated Participant refers to any person, professional or amateur, who plays the role of a patient, family member, health care professional, or others, for the purpose of health education. This term was recently adopted by the Association of Standardized Patient Educators (ASPE). Source: Lewis Karen L., et al. The Association of Standardized Patient Educators (ASPE) Standards of Best Practice (SOBP). *Advances in Simulation*. 2017; 2(1):1-10.

Algunos de los integrantes de esta Comisión ya habían participado en la primera etapa de este Proyecto cuando se aplicaron cuestionarios para relevar los problemas éticos más frecuentes en la práctica de Enfermería y también los talleres que se realizan con el equipo de enfermería del Hospital en un Proyecto de Extensión coordinado por investigadora, creada a partir de las necesidades identificadas en los resultados de la primera etapa de este proyecto de investigación titulado “La enseñanza simulada aplicada al proceso de deliberación moral en los problemas éticos vividos por estudiantes y profesionales de enfermería”.

Instrumentalización de los participantes sobre el método de deliberación moral

El investigador reunió a los estudiantes participantes en tres encuentros y realizó talleres para enseñar el método de deliberación moral de Diego Gracia. Antes de iniciar los talleres, la investigadora presentó en detalle los objetivos y el método de investigación y aplicó el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI) a cada uno de los participantes.

Los talleres se organizaron de la siguiente manera:

- a) El investigador en una exposición dialogada presentó el método de deliberación moral de Diego Gracia¹⁻² y utilizó textos de autores que aplican el método, especialmente de la autora Elma Zoboli.¹² La lectura y discusión de los textos fue realizada por todos juntos, con aclaraciones sobre conceptos y cada etapa del método de deliberación moral.
- b) En el segundo taller el investigador presentó uno de los casos de deliberación moral, construido sobre el Proyecto basado en la Guía presentada en el capítulo 5 de este libro, y aplicó el método de deliberación moral con el grupo de estudiantes.
- c) En el tercero, repasó todo el método y discutió las dudas existentes y realizó una valoración cualitativa del taller, cuando todos los participantes explicaron sobre su aprendizaje, siendo muy bien valorados por todos.

La misma estructura de talleres se aplicó con seis integrantes del Comité de Ética de Enfermería del Hospital Universitario y tuvo una valoración cualitativa positiva.

Cabe señalar que todos los participantes, estudiantes y miembros del Comité de Ética, desconocían el método de deliberación moral. Nunca habían oído hablar de la deliberación moral y tenían una valoración positiva de su aplicación.

Se pusieron a disposición otras publicaciones sobre la deliberación moral de Diego Gracia y las discusiones éticas sobre la limitación del esfuerzo terapéutico, la decisión de no resucitar, el inicio y el final de las medidas invasivas de soporte vital, la solicitud de los familiares de aplicar medidas de soporte entendidas como desproporcionado o inútil; así como el Código de Ética Profesional, con el objetivo de instrumentalizar la docencia simulada.

II ACCIÓN

Simulación de caso: CUIDADOS PALIATIVOS X MEDIDAS DISPROPORCIONALES

La simulación ocurrió en 3 (tres) momentos que llamamos escenas. Cada escena representa un contexto real que requiere razonamiento clínico, toma de decisiones y la actitud de los participantes. Algunas escenas representaron el contexto de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y otra, el de una reunión de un equipo multiprofesional para aplicar el método de deliberación moral.

Es importante destacar que la simulación, a pesar de tener “escenas”, no es un teatro, sino una actuación realista en un entorno simulado que favorece el aprendizaje antes que la experiencia con pacientes reales en un hospital u otros entornos asistenciales. Solo los participantes simulados juegan un papel. Los estudiantes y enfermeras actuarán en un marco realista, sin formación previa, aplicando los conocimientos adquiridos con el método de la deliberación moral.

Escena 1 - en la UCI

La enfermera está evaluando al paciente, Sr. João, y recibe la visita de su esposa, la Sra. Ana, y su hija, Marina.

Se presenta a ambos y explica el estado clínico del paciente y las medidas adoptadas hasta el momento por el equipo de salud. La esposa comienza a cambiar de voz y exige que se impongan medidas invasivas al paciente para mantener su vida.

La hija le dice a la madre que, en lugar de quedarse en la UCI, el padre debe irse a casa con cuidados paliativos, como le indica el Hospital Especializado em Oncología, considerando que se encuentra en una etapa terminal de cáncer de pulmón con metástasis cerebrales. y hueso.

La enfermera explica que el equipo de salud está atendiendo las necesidades del paciente y solicita que la esposa y la hija vayan a la habitación adjunta a la UCI para conversar con más tranquilidad.

Escena 1 - Continuación en la habitación adjunta a la UCI



La esposa del paciente discute con la enfermera exigiendo que el equipo de salud realice todos los procedimientos invasivos y afirma que si no se hace, demandará al hospital como ya lo está haciendo con la otra institución especializada en Oncología.

La enfermera explica que el señor João está recibiendo todos los cuidados que necesita y que el médico le ha recetado analgesia, hidratación, oxígeno, glucosa hipertónica y que están siguiendo la evolución del cuadro clínico.

En este punto, la esposa vuelve a hacer amenazas al equipo de salud y la hija interviene diciendo que su padre sufrirá si permanece en la UCI con todas las medidas invasivas que su madre está solicitando que se implementen. La hija relata que el padre

siempre expresó que si algún día tuviera una enfermedad terminal, no querría que se prolongara su sufrimiento. Quería tener una muerte digna y con mi familia. Por ello, la hija solicita que el padre sea dado de alta de la UCI para que lo atiendan con cariño. En este momento, la madre disputa a la hija y dice que, aunque su esposo ha expresado que no le gustaría "estar sufriendo en una cama", ella no acepta su muerte y quiere que permanezca en la UCI porque tiene posibilidades de curación.

La enfermera le pregunta a la hija si en casa habría una estructura para mantener los cuidados paliativos para el señor João y ella responde que no sabe muy bien cómo son estos cuidados paliativos, pero que no quiere ver a su padre seguir sufriendo.

La enfermera disculpa a las dos mujeres y les dice que necesita hablar con el equipo de salud sobre la situación del Sr. João.

Escena 2 - Sala de reuniones - Aplicación del método de Deliberación Moral por parte de los participantes de la investigación que representan al equipo multidisciplinario de salud.



El grupo de participantes (tres enfermeras y dos estudiantes) aplica el método de deliberación moral de Diego Gracia.

A continuación se presentará la experiencia construida por uno de los grupos que aplicó el método.

Resolución sobre los hechos

Presentación del caso clínico

La enfermera que coordina la sesión de deliberación moral presenta el caso:

El Sr. João, ingresado en la UCI, diagnosticado de cáncer de pulmón en etapa terminal con metástasis cerebral y ósea; El último ciclo de tratamiento de quimioterapia ha finalizado y ya no hay ninguna indicación médica para otros tipos de tratamiento del cáncer, dado el mal pronóstico. Los cuidados paliativos se indicaron en el Hospital Especializado em Oncologia. Tiene dolor generalizado, ha estado somnoliento durante dos días y ha estado experimentando períodos de confusión mental. Tiene diabetes mellitus y está experimentando hipoglucemia.

Al examen físico, nivel de conciencia disminuido, con frecuencia respiratoria de 10 mrm, PA 98x64 mmHg, Sat O2 89%, T.35.8oC, HR 104 lpm, deshidratado, sin diuresis desde ayer, HGT 39mg / dL. El médico prescribió analgesia, hidratación, catéter de O2 a 3L / min y glucosa hipertónica en caso de ser necesario. El Sr. João tiene una red venosa periférica débil y la enfermera le pinchó una vena yugular externa.

La familia del Sr. João está formada por su esposa y su hija soltera de 36 años que vive con sus padres. La esposa no aceptó la derivación para cuidados paliativos del equipo médico del Hospital Especializado em Oncologia y la llevó a este Hospital General para que la paciente pudiera ser ingresada en la UCI y que medidas invasivas como la intubación orotraqueal; acceso venoso profundo; fármacos vasoactivos; se instituyó la hemodiálisis. El paciente presenta fragilidad venosa periférica en los miembros superiores y tiene acceso a la yugular externa. La esposa está muy alterada y requiere medidas invasivas y el mantenimiento de su esposo en la UCI, de lo contrario demandará al equipo de salud. La hija entiende la situación y acepta cuidados paliativos, pero quiere llevarse al padre a casa, sin embargo, no cuenta con el apoyo necesario para mantener los cuidados paliativos en casa.

Aclaración de los hechos del caso

Uno de los miembros del equipo multidisciplinario (representado por los participantes de la investigación) cuestionó si el Sr. João tenía algún documento que expresara su voluntad en caso de enfermedad terminal. La enfermera que presentaba el caso aclaró que la hija informó que su padre siempre decía que si algún día tenía una

enfermedad terminal, no querría que se prolongara su sufrimiento. Quería tener una muerte digna con su familia, pero su hija no tiene documentos escritos.

Otros participantes cuestionaron si la hija solicitó alguna orientación al equipo y la enfermera que coordinó la sesión de deliberación informó que la hija pidió al equipo de salud que hablara con su madre, explicando mejor la situación porque no quiere que su padre sea sometido a sufrimiento. intensa si no revierte su situación crítica.

La enfermera también informó que madre e hija están en conflicto de decisión sobre el tratamiento: la hija quiere llevarse al padre a casa y adoptar cuidados paliativos, pero no cuenta con el apoyo necesario para ello. Quiere respetar el deseo de su padre de no prolongar su vida instituyendo medidas extraordinarias. La esposa no acepta la implementación de cuidados paliativos. Considera negligencia por parte del equipo de salud a la hora de planificar los cuidados paliativos. Ella niega el proceso de muerte del cónyuge.

Resolución sobre valores

Identificación de problemas éticos



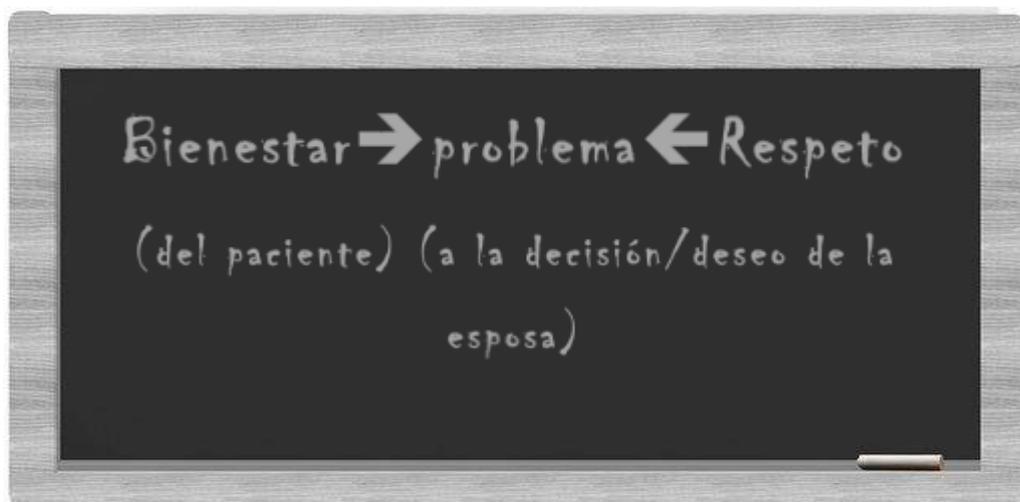
- ¿Deben respetarse los deseos de un familiar cuando parece ignorar los deseos del paciente expresados previamente?
- ¿Debe respetarse la sugerencia de la hija de implementar cuidados paliativos en el hogar, considerando que no comprende muy bien la complejidad de estos cuidados y no sabe si podrían mantenerlo?

- ¿Debería tomarse una decisión antes de que los familiares estén plenamente informados sobre las consecuencias de las medidas que solicitan?
- ¿Debe priorizarse la extensión de la vida sobre la calidad de vida?
- ¿Se deben implementar medidas invasivas e innecesarias cuando el paciente tiene una enfermedad terminal?
- ¿Se debe mantener a un paciente en la UCI sin indicación clínica?
- ¿Sería razonable indicar cuidados paliativos, pero mantener al paciente en la UCI?
- ¿Es justo mantener a un paciente en la UCI en estado terminal cuando las camas de la UCI son escasas y faltan para otros pacientes recuperables?
- ¿Deben respetarse los deseos de un paciente incluso cuando no estén documentados?
- ¿Debe responderse una solicitud por temor a ser procesada?

Elección del problema ético a resolver

Dada la indicación clínica de cuidados paliativos y la solicitud de la esposa de instituir medidas invasivas, ¿qué debo hacer?

Identificación de valores en conflicto



Bienestar (del paciente) X Respeto (a la decisión / deseo de la esposa)

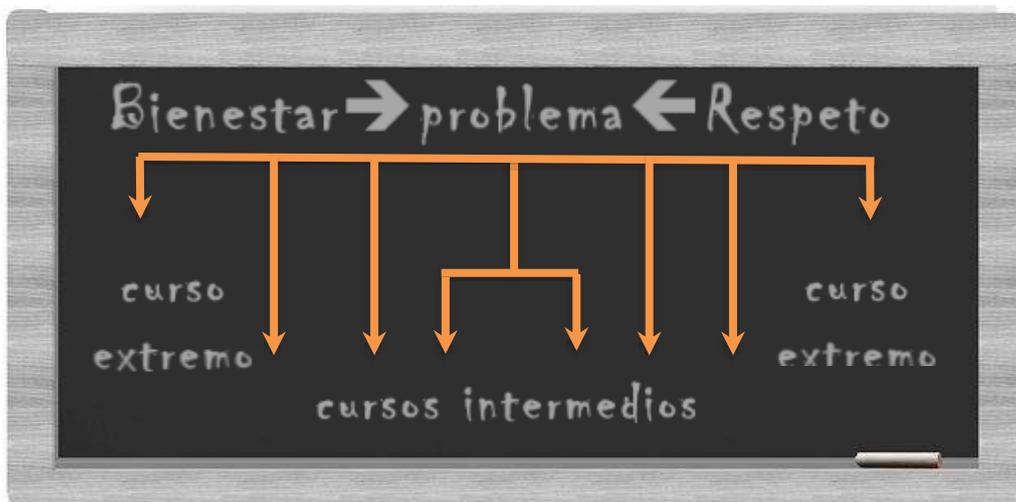
Resolución sobre deberes

Identificación de posibles cursos de acción

Identificación de cursos de acción extremos

- a) Respetar los deseos de la esposa y mantener al paciente en la UCI e instituir medidas invasivas, manteniendo la vida a toda costa.
- b) Respetar los deseos de la hija y el alta hospitalaria para que los cuidados paliativos se realicen en la residencia del paciente.

Identificación de cursos de acción intermedios



- A. Iniciar un abordaje multiprofesional con la familia, con el objetivo de apoyar a la esposa en el sentido de vivir con calidad de vida, resignificando el proceso salud-enfermedad, vida-muerte.
- B. Ofrecer apoyo psicológico a la esposa y la hija.
- C. Explicar a la familia qué significa cuidados paliativos y cuál es la propuesta de cuidados para el Sr. João
- D. Explique los riesgos desproporcionados y la incomodidad de los procedimientos invasivos al tomar medidas inútiles.
- E. Mantener al paciente en una unidad de clínica médica con medidas de comodidad
- F. Ampliar el horario de visita y permitir que la familia se quede con el paciente
- G. Establecimiento de un protocolo de cuidados paliativos en el hospital

Identificación del curso de acción óptimo

- a) Ofrecer apoyo psicológico a esposa e hija.
- b) Reunir al equipo multidisciplinario con esposa e hija para abordar el tema del proceso de vivir y morir con calidad y aclarar la propuesta de cuidados paliativos
- c) Transferir al paciente a una unidad de internación con cuidados paliativos, visita prolongada y estancia familiar

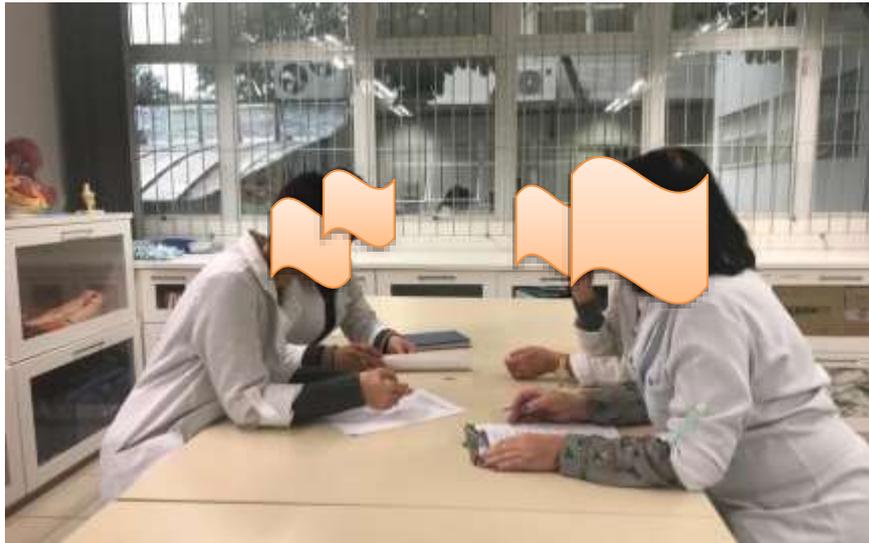
Aplicación de pruebas de consistencia para el curso de acción óptimo.

- a) Prueba de legalidad: la decisión está respaldada científicamente, ya que todo el tratamiento disponible e indicado para la enfermedad del paciente fue instituido sin éxito, lo que resultó en un pronóstico reservado. La institución de los cuidados paliativos en este caso se basa en los códigos de ética de los profesionales de la salud.
- b) Prueba de publicidad: la decisión del equipo puede ser defendida públicamente porque es la más prudente dentro de la realidad presentada.
- c) Prueba de temporalidad: el equipo elegiría este mismo curso de acción si tuviera más tiempo para decidir porque las posibilidades estaban suficientemente analizadas y no había prisa en la toma de decisiones.

Decisión final

Ofrezca apoyo psicológico a la esposa y la hija; reunir el equipo multidisciplinario con esposa e hija para abordar el tema del proceso de vivir y morir con calidad y aclarar la propuesta de cuidados paliativos; trasladar al paciente a una unidad de internación con cuidados paliativos, visita prolongada y estancia familiar.

Escena 3 - Sala adjunta de la UCI - Comunicación de la decisión a los familiares



El equipo multidisciplinario se reunió con la esposa e hija del paciente y presentó la propuesta sugerida en la sesión de deliberación moral, aclarando todas las dudas planteadas por la familia. La hija aceptó fácilmente la sugerencia, pero la esposa pidió tiempo para pensar más en la propuesta. El equipo de salud hizo la derivación para apoyo psicológico y reforzó su disponibilidad para mantener el contacto y el diálogo con la familia durante toda la atención del paciente.



III - REFLEXIÓN / INFORMACIÓN

En el momento del Debriefing, los participantes hicieron una valoración inicial de cómo se sintieron a lo largo del proceso y luego observaron la filmación, señalando las fortalezas y debilidades de su actuación en la simulación.

Evaluación cualitativa realizada por todo el grupo de participantes sobre la aplicación del método de deliberación moral y el contexto de la simulación

La evaluación de todo el proceso de enseñanza simulada de deliberación moral fue muy positiva desde la planificación hasta la finalización de la enseñanza simulada. Presentamos una valoración cualitativa y cuantitativa.

En cuanto a la instrumentalización de los participantes sobre el método moral deliberativo (MDM) de Diego Gracia,¹⁻² en la pre-simulación, los informes reflejan la comprensión del método por los participantes de la investigación de los talleres realizados por el investigador, la disponibilidad de literatura previa, la aplicación del método junto con el investigador en un caso de deliberación moral. Los participantes se sintieron seguros al aplicar el método.

Al evaluar la enseñanza simulada, los participantes fueron unánimes al afirmar que la simulación proporciona un entorno tan realista que al final se compara con lo que se haría en teoría (idealización) y lo que realmente se hace (simulación). Los participantes se sintieron seguros para actuar ante la situación presentada.

El número de participantes por grupo de simulación favoreció la participación de todos. Esta aproximación de la teoría a la práctica sobre un tema poco desarrollado en la carrera de enfermería (abordando los problemas éticos del cuidado) brindó a los participantes una experiencia exitosa, una discusión colectiva con respeto, escucha y ser escuchado por los colegas, demostrando finalmente que todos los profesionales que trabajan en el proceso asistencial son importantes en su participación.

La enseñanza simulada es una técnica que estimula el desarrollo del pensamiento y la acción reflexiva, permitiendo que el futuro profesional experimente situaciones a las que se enfrentará en la práctica profesional. En las evaluaciones, los participantes destacaron la oportunidad de aprendizaje que brinda la Investigación, sugiriendo la

continuidad del proyecto para que se pueda contemplar a otros estudiantes y enfermeras, considerando que se sintieron privilegiados por haber participado.

Al evaluar la aplicación del método de deliberación moral de Diego Gracia, se enfatizó que la instrumentalización previa fue un aspecto positivo en un tema que consideran bastante subjetivo, la ética. MDM organiza el pensamiento, empodera al equipo para tomar decisiones, evita que los problemas éticos se conviertan en dilemas que desembocan en una toma de decisiones polarizada, es decir, en dos posibilidades mutuamente excluyentes. Uno de los participantes incluso dijo que este método puede ayudar en el análisis de decisiones difíciles en la vida personal.

También se informó que el método, el guión y el equipo marcaron la diferencia. Se sintieron seguros para discutir el caso simulado y señalaron la relevancia de la discusión en equipo, sabiendo escuchar y acogiendo otros puntos de vista, considerando que todos los participantes son importantes y pueden aportar sus conocimientos.

Evaluación cuantitativa: aplicación de Scale¹³ para evaluar la satisfacción y la autoconfianza en el aprendizaje de los estudiantes.

A los participantes se les aplicó la Escala de Satisfacción y Autoconfianza del Estudiante con el Aprendizaje, originalmente norteamericana, construida por la Liga Nacional de Enfermería, validada para portugués por Almeida et al.¹³ La escala consta de una serie de afirmaciones sobre las actitudes personales del participante con respecto a la orientación que recibió durante la actividad de simulación. Cada uno de los 13 ítems, en una escala Likert de cinco puntos (que van desde 1-muy en desacuerdo con la afirmación, 2-en desacuerdo con la afirmación, 3-indeciso: ni de acuerdo ni en desacuerdo con la afirmación, 4-de acuerdo con la afirmación y 5-muy de acuerdo con la declaración), representa una declaración sobre la actitud del participante hacia la satisfacción con el aprendizaje y la confianza en sí mismo. Los ítems se distribuyen en dos dimensiones: "Satisfacción con el aprendizaje actual" y "Autoconfianza en el aprendizaje". No hay respuestas correctas o incorrectas. Es probable que el participante esté de acuerdo con algunas afirmaciones y no con otras.¹³

Para el uso de la Escala¹³ en este contexto, considerando la especificidad de su aplicación, se ajustaron tres preguntas para referirse mejor al tema abordado, es decir, en los ítems 2 y 7 se reemplazó el término "currículo médico-quirúrgico" por "Método

Deliberación Moral”, y en el ítem número 8 se complementó el escenario “ambiente clínico” antes mencionado “con conflictos éticos”.

Los 14 participantes respondieron la Escala de Confianza en el Aprendizaje y Satisfacción del Estudiante. El reducido número de participantes no nos permitió hacer generalizaciones y asociaciones cuantitativas de forma representativa. En este sentido, se decidió presentar los resultados de manera descriptiva en la evaluación de la simulación, como se puede apreciar en la Tabla 1.

Tabla 1 - Análisis descriptivo de la Escala de Satisfacción y Autoconfianza del Estudiante en el Aprendizaje aplicada a los participantes de la simulación. Florianópolis, SC - Brasil. 2019. (n = 14)

Descripción del Artículo	1	2	3	4	5
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Satisfacción con el aprendizaje actual					
1. Los métodos de enseñanza utilizados en esta simulación fueron útiles y efectivos	0	0	0	0	14(100)
2. La simulación me proporcionó una variedad de materiales didácticos y actividades para promover mi aprendizaje del plan de estudios médico-quirúrgico.	0	0	0	0	14(100)
3. Me gustó la forma en que mi profesor enseñó mediante la simulación	0	0	0	0	14(100)
4. Los materiales didácticos utilizados en esta simulación fueron motivadores y me ayudaron a aprender	0	0	0	0	14(100)
5. La forma en que mi profesor enseñó a través de la simulación fue apropiada para mi forma de aprender	0	0	0	0	14(100)
Autoconfianza en el aprendizaje					
6. Estoy seguro de haber dominado el contenido de la actividad de simulación que me presentó mi profesor.	0	0	1(7,1)	10(71,5)	3(21,4)
7. Estoy seguro de que esta simulación incluyó el contenido necesario para dominar el contenido del plan de estudios médico-quirúrgico.	0	0	0	1(7,1)	13(92,9)
8. Estoy seguro de que estoy desarrollando habilidades y obteniendo los conocimientos necesarios de esta simulación para realizar los procedimientos necesarios en un entorno clínico.	0	0	0	5(35,7)	9(64,3)
9. Mi profesor utilizó recursos útiles para enseñar simulación.	0	0	0	1(7,1)	13(92,9)
10. Es mi responsabilidad como estudiante aprender lo que necesito saber a través de la actividad de simulación.	0	0	0	2(14,3)	12(85,7)
11. Sé cómo obtener ayuda cuando no entiendo los conceptos cubiertos en la simulación.	0	0	1(7,1)	0	13(92,9)

12. Sé cómo utilizar las actividades de simulación para aprender habilidades.	0	0	1(7,1)	6(42,9)	7(50)
13. Es responsabilidad del profesor decirme lo que necesito aprender sobre el tema desarrollado en la simulación durante la clase.	0	1(7,1)	6(42,9)	3(21,4)	4(28,6)

Fuente: Resultados de la investigación. Escala de Almeida et al, 2015.

Pie de foto: 1 - Totalmente en desacuerdo con la declaración; 2 - No estoy de acuerdo con la afirmación; 3 - Indeciso, ni de acuerdo ni en desacuerdo con la afirmación; 4 - Estoy de acuerdo con la afirmación; y, 5 - Estoy totalmente de acuerdo con la declaración.

En la dimensión "Satisfacción con el aprendizaje actual", que hace referencia a las cinco preguntas iniciales de la Escala, todos los participantes 100% (n=14) estuvieron totalmente de acuerdo con todas las afirmaciones, traduciendo que todas las etapas de la enseñanza simulada fueron útiles y efectivas y que la simulación promueve el aprendizaje y es motivadora.

En la dimensión "Autoconfianza en el aprendizaje", representada por las preguntas 6 a 13, las respuestas no fueron unánimes como en la primera dimensión. En el análisis de estos ítems se agruparon las opciones de respuesta "Estoy de acuerdo con el enunciado" y "Estoy totalmente de acuerdo con el enunciado", ya que entienden que se relacionan con el acuerdo de los ítems. Así, en las preguntas 7 a 10 se obtuvo el 100% (n=14) de acuerdo. En los ítems 6, 11 y 12 hubo 7.1% (n = 1) de indecisos en cada uno, y en el ítem 13 hubo 42.9% (n = 6) de indecisos y 7.1% (n = 1) desacuerdo.

De esta forma, solo el ítem 13, que se refiere a la responsabilidad del docente de decir lo que el participante debe aprender durante la simulación, generó mayores diferencias de percepción, en el que el 50% de los participantes estuvo de acuerdo, y el otro 50% estaban indecisos o en desacuerdo.

Finalmente, se pudo verificar mediante medidas de posición y dispersión, que en la dimensión de satisfacción con el aprendizaje, la media fue de 5,00, ya que el 100% de los participantes estuvo muy de acuerdo, sin mostrar variabilidad. Y en la dimensión de autoconfianza en el aprendizaje, el promedio fue de 4.56 (DE \pm 0.30), lo que indica un alto nivel de acuerdo. Así, en general, se identificó, con la aplicación de la escala, que en todos los ítems, agrupando las opciones de acuerdo, todos o la mayoría de los participantes estuvieron de acuerdo con las afirmaciones, señalando una valoración positiva de la simulación.

Con el fin de minimizar el sesgo de información, se calculó el alfa de Cronbach como medida de confiabilidad, en la cual se encontró un valor de 0,60 para el instrumento, lo cual es aceptable en estudios exploratorios¹⁴, como en esta situación, pero presenta

como limitación el número pequeño número de encuestados y cero varianza de la primera dimensión.

NOTA (por el investigador)



Recolección de datos: con la autorización de todos los participantes de la investigación y la aplicación del Término de Consentimiento Libre e Informado (ICF), se filmó y fotografió todo el proceso de enseñanza simulado y se registró el paso de debriefing. Se transcribieron las líneas del rodaje, así como las grabaciones de los discursos del debriefing.

Filmación: las imágenes grabadas fueron archivadas por el investigador y serán eliminadas cinco años después del final de la investigación. No se utilizarán para fines distintos a los de investigación. Cabe mencionar que los participantes autorizaron la publicación de las imágenes fotografiadas con el propósito de difundir los resultados de la investigación.

El investigador realizó una observación no participante de la Escena 1 realizada en la UCI y sala adjunta. Considerando que en la simulación los protagonistas son los aprendices, el investigador optó por no observar a los participantes aplicando el método de deliberación moral, en la Escena 2, para no interferir en la dinámica de aplicación y porque las escenas estaban siendo filmadas y luego serían asistidas en la etapa de evaluación / reflexión / debriefing.

En las escenas observadas, las “actrices” (participantes simulados) desarrollaron sus roles con gran emoción y los estudiantes y enfermeras vivieron la simulación actuando de manera adecuada, como se esperaba de un profesional en un contexto similar en la práctica profesional. Destaca la adecuada comunicación de los participantes con las

“actrices”, la actitud acogedora de la familia, la preocupación de no discutir con el “paciente simulado”, escucha calificada.

Cabe aclarar que los estudiantes y enfermeras participantes se instrumentalizaron en la aplicación del método de deliberación moral y sobre el tema que se abordaría, con el objetivo de la apropiación de conocimientos que sustentarían las discusiones, pero no hubo ensayo de las escenas que vivirían por ellos. El investigador hizo la prueba solo con las actrices. El rol de la enfermera fue desarrollado por estudiantes a partir de la 8a fase, demostrando madurez y experiencia con la simulación, considerando que en el Curso de Licenciatura en Enfermería de la Universidad, el sitio de estudio, las actividades con simulación clínica empezaron en la 3a fase.

Al aplicar el método de deliberación moral, escena 2, los participantes cuestionaron el caso presentado, expusieron sus opiniones, reflexionaron sobre el cuidado de forma más amplia, discutiendo las consecuencias de cada curso de acción identificado: los extremos, los intermediarios y el óptimo.

En la escena 3, cuando la deliberación fue comunicada a los familiares, se puede observar la capacidad de argumentación del equipo, demostrando seguridad en lo previamente discutido, evidenciando la construcción del conocimiento que brinda la discusión guiada por el método de deliberación moral.

En el debriefing, cada uno de los participantes evaluó todo el proceso de enseñanza simulada de la deliberación moral, lo que llevó al investigador a concluir que fue una experiencia exitosa. Muchos participantes agradecieron la oportunidad de aprendizaje y sugirieron que se desarrolle una disciplina o curso para que otros estudiantes y enfermeras puedan contemplarse con esta experiencia.

Referencias (Parte 3)

1. Gracia D. La deliberación como método de bioética. In: Porto D, et al (Org.). Bioética: saúde, pesquisa, educação. CFM/SBB: Brasília; 2014. v.2. p. 223-259.
2. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Med. Clin. 2001; 117(1):18-23.
3. Tan DYB, ter Meulen BC, Molewijk A, Widdershoven G. Moral case deliberation. Pract Neurol. 2018; 18:181–6. doi:10.1136/practneurol-2017-001740.

4. Svantesson M, Silén M, James I. It's not all about moral reasoning: understanding the content of moral case deliberation. *Nursing Ethics*. 2018; 25(2): 212-29. Doi: <https://doi.org/10.1177/0969733017700235>.
5. Molewijk AC, Abma T, Stolper M, Widdershoven G. Teaching ethics in the clinic. The theory and practice of moral case deliberation. *J Med Ethics* [online]. 2008a [citado 2018 Dez 19]; 34(2): 120-4. <http://dx.doi.org/10.1136/jme.2006.018580>. Disponível em: <http://jme.bmj.com/content/34/2/120>.
6. Molewijk B, Van Zadelhoff E, Lendemeijer B, Widdershoven G. Implementing moral case deliberation in Dutch health care; Improving moral competency of professionals and the quality of care. *Bioethica Forum*. [Internet], 2008b [citado em 2018 Dez 19]; 1(1): 57–65. Disponível em: http://www.bioethica-forum.ch/docs/08_1/1_08_12.pdf.
7. Molewijk B, Verkerk M, Milius H, Widdershoven G. Implementing moral case deliberation in a psychiatric hospital: process and outcome. *Medicine, Health Care and Philosophy*. [Internet] 2008c Mar [citado 2018 Dez 19]; 11(1): 43–56. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11019-007-9103-1>.
8. Plantinga M, Molewijk B, de Bree M, Moraal M, Verkerk M, Widdershoven GAM. Training healthcare professionals as moral case deliberation facilitators: evaluation of a Dutch training programme. *Journal of Medical Ethics*. 2012; 38(10): 630–5. Doi: 10.1136/medethics-2012-100546.
9. van der Dam S, Abma TA, Molewijk AC, Kardol MJ, Schols JM, Widdershoven GA. Organizing moral case deliberation Experiences in two Dutch nursing homes. *Nursing Ethics*. 2011; 18 (3):327–40. DOI: 10.1177/0969733011400299.
10. van der Dam S, Schols JM, Kardol MJ, Molewijk BC, Widdershoven GA, Abmad TA. The discovery of deliberation. From ambiguity to appreciation through the learning process of doing Moral Case Deliberation in Dutch elderly care. *Social Science & Medicine* [online]. 2013; 83: 125-32. Doi:10.1016/j.socscimed.2013.01.024.
11. Molewijk, B.; Kleinlugtenbelt, D.; Widdershoven, G. The role of emotions in moral case deliberation: theory, practice, and methodology. *Bioethics*. 2011 Sep; 25(7):383-93. doi: 10.1111/j.1467-8519.2011.01914.x.
12. Zoboli E. Tomada de decisão em bioética clínica: casuística e deliberação moral. *Rev. Bioét.* [Internet]. 2013 Dez [citado 2019 Mar 15]; 21(3): 389-96. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000300002>.
13. Almeida RGS, Mazzo A, Martins JCA, Baptista RCN, Girão FB, Mendes IAC. (2015). Validação para a língua portuguesa da escala Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning. *Rev. Lat.-am. Enferm.* [Internet]. 1dez.2015 [citado 2019 Abr 25];23(6):1007-13. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/108010>.

14. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Análise multivariada de dados. Porto Alegre: Artmed, 2005.

CONSIDERACIONES FINALES

Al finalizar este trabajo, queremos agradecer a todos los participantes del estudio que se comprometieron en sus distintas etapas por creer en la relevancia del tema. Lo que movilizó las reflexiones desarrolladas por todos fue el compromiso con la formación ética en salud y el desafío de desarrollar estrategias para instrumentalizar a los profesionales en el afrontamiento de la complejidad del cuidado del ser humano en sus diversas dimensiones.

Queremos agradecer a los compañeros autores de los capítulos que se acaban de presentar, quienes con su experiencia, dedicación y fe en una formación de calidad en el área de la salud, compartieron sus conocimientos para ampliar el soporte del conocimiento desarrollado en esta investigación. Los esfuerzos conjuntos contribuyen al logro de los objetivos de formación y educación continua en salud.

Agradecemos a la Coordinación de Perfeccionamiento del Personal de Educación Superior / CAPES, por el financiamiento de esta investigación, resultado del Premio Capes de Teses 2011, que fue donado al Financiamiento de Proyectos de Investigación. Se debe estimular la investigación con la ética como objeto de estudio, orientada a la formación y acción de los profesionales de la salud en una atención no solo técnica, sino ética y humanizada.

La información aquí proporcionada se puede aplicar en el contexto de la enseñanza de la ética bajo diversas metodologías que fomentan la sensibilidad moral y la toma deliberada de decisiones como las más prudentes en la situación vivida en un contexto dado, ya que el profesional de la salud necesita desarrollar una mirada y actitudes empáticas al cuidar del ser humano.

El método de deliberación moral instruye a los profesionales de la salud en la selección del curso de acción más prudente en los diversos contextos de acción, considerando los aspectos clínicos, psicosociales, espirituales, morales y éticos que involucran la complejidad del vivir humano. La deliberación se da a través del diálogo, el respeto por otros puntos de vista, la reflexión sobre las responsabilidades profesionales y las consecuencias de las acciones. En este sentido, educar a través de la deliberación moral proporciona aprendizajes que se pueden utilizar en las acciones del día a día, en la toma de decisiones difíciles, evitando opciones dilemáticas, que colocan al profesional en los límites entre dos opciones opuestas y sujeto al sufrimiento moral.

La estrategia de enseñanza simulada fue elegida entre las diversas metodologías activas disponibles, para lograr la enseñanza de la ética, ya que ofrece al alumno la oportunidad de actuar en una situación realista, poder revisar su desempeño y reflexionar sobre el comportamiento ético en situaciones. experiencia en la práctica profesional. La oportunidad de aplicar el método de deliberación moral de Diego Gracia en un ambiente realista controlado fue considerada única por los participantes en nuestra realidad y ofreció la posibilidad de sistematizar el pensamiento, escuchar las opiniones y puntos de vista de los colegas, estimuló el respeto por las opiniones divergentes. , finalmente, brindó la mirada ética tanto en la situación ficticia presentada como en la convivencia con los compañeros del equipo multiprofesional, característica del trabajo colectivo de salud.

La Guía para la elaboración de casos para la aplicación del método de deliberación moral es otra herramienta propuesta en esta investigación y que brinda la oportunidad de dirigir y sistematizar casos ficticios que incluyan la información necesaria para la aplicación del método de deliberación moral en el desarrollo de competencias. ético-moral. Esta etapa de construcción y organización de casos simulados se configura también como un momento de aprendizaje, permitiendo reflexionar sobre los problemas éticos que viven los profesionales de la salud en su práctica.

Finalmente, esperamos que este trabajo contribuya a la creación de estrategias de enseñanza orientadas al aprendizaje y desarrollo de competencias ético-morales para la formación de un profesional crítico, reflexivo y activo en la búsqueda de los mejores resultados en el cuidado de la salud y calidad de vida de las mujeres personas.

Dulcinéia Ghizoni Schneider

Flávia Regina Souza Ramos