

OPTIMIZANDO EL COMPORTAMIENTO BIOÉTICO CLÍNICO DE ESTUDIANTES DE ODONTOLÓGIA



MARILIA DOMÍNGUEZ
Magíster en Investigación Educativa
Universidad de Carabobo
marilia12@hotmail.com

Recibido: 06/07/2014

Aceptado: 04/11/2015

Resumen

La bioética es definida como el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y el cuidado sanitario, en cuanto que tal conducta se examina a la luz de los valores y de los principios morales. En tal sentido, el propósito de esta investigación estuvo dirigido a optimizar el comportamiento bioético clínico de los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. Para ello se tomaron como referencia algunas teorías formales como los principios de la ética biomédica de Beauchamp y Childress y la teoría de aprendizaje socio-cultural de Vygotsky. La investigación es de naturaleza cualitativa, el paradigma socio-crítico y la matriz epistémica crítico-dialéctica. Se empleó el método de investigación-acción participativa, con un diseño emergente comprensivo de carácter emancipatorio y un nivel integrativo, siguiendo las etapas propuestas por Luis Díaz. Los informantes claves estuvieron representados por 12 estudiantes cursantes de asignaturas clínicas pertenecientes al tercer y cuarto año de la carrera. Se utilizaron como estrategias de recolección de la información la observación participante, el diario de campo y la entrevista en profundidad, así como también recursos tecnológicos como la cámara fotográfica y el grabador de audio. La información recogida durante el diagnóstico del problema fue sometida a un proceso analítico de descripción, categorización, estructuración, contrastación y teorización, tomando en cuenta los criterios de rigor científico como consistencia, transferibilidad, credibilidad y confirmabilidad. Tal información diagnóstica conllevó al diseño e implementación de un plan de acción que consistió en un curso intensivo semipresencial de bioética clínica aplicado a la odontología. En la fase de valoración de las acciones, se apreció una transformación significativa del comportamiento bioético clínico de los estudiantes, al mejorar sus conocimientos, acciones y actitudes.

Descriptor: bioética clínica-odontológica, comportamiento, formación educativa

OPTIMIZATION OF CLINICAL BIOETHICAL BEHAVIOR OF DENTISTRY STUDENTS

Abstract

Bioethics is defined as the systematic study of human behavior in the area of life sciences and health care, since such behavior is examined in the light of the values and moral principles. In this sense, this research was aimed at optimizing the clinical bioethical behavior of students at the Faculty of Dentistry in the Universidad of Carabobo, Venezuela. Some formal theories such as Beauchamp and Childress's principles of biomedical ethics and Vygotsky's theory of socio-cultural learning are taken as main references for this study. Nature of this research is qualitative based on a critical paradigm with a critical - dialectical epistemic matrix. Participatory action research method was used to design a comprehensive emancipatory and integrative level, following the inquiry stages proposed by Luis Diaz. Key informants were represented by 12 students taken clinical subjects belonging to the third and fourth years of their university studies. In-depth interviewing and participant observation were the strategies used to gather information through the use of technological resources such as camera and audio recorder. The information collected during the diagnosis was analyzed by description, categorization, structuring, contrasting and theorizing, taking into account criteria for scientific rigor such as consistency, transferability, credibility and confirmability. This diagnostic information led to the design and implementation of an action plan consisting of an e-blending intensive course about clinical bioethics applied to dentistry. In the assessment phase of the actions, a significant transformation of clinical bioethics student behavior was appreciated in terms of an improvement in their knowledge, actions and attitudes towards their patients.

Keywords: clinical bioethics, behavior, ethical training



ARJÉ. Revista de Postgrado FaCE-UC. Vol. 10 N°19. Julio-Diciembre 2016/ pp.121-138.

ISSN-e 2443-4442 , ISSN-p 1856-9153

Optimizando el comportamiento bioético clínico de estudiantes de odontología

Domínguez Marilia

Introducción

La bioética como disciplina emergente o ciencia en construcción está adquiriendo importante dimensión filosófica y teórica, transformando aspectos de gran relevancia crítica en las ciencias biomédicas, ecológicas y sociales, particularmente a nivel de la praxis en la atención sanitaria, en salud pública y en la investigación con seres humanos (Malpica, 2008). Como disciplina académica, las universidades e institutos académicos llevan un crecimiento excepcionalmente rápido, el cual es sorprendente si se juzga por las investigaciones que van nutriendo este campo del ser humano. Según Castillo Valery (2006) el cuarto nivel de educación fue el primero en nutrirse y se ha dado un fenómeno singular, puesto que la bioética tiende a extenderse al tercer nivel (pregrado), ya invade el segundo nivel (bachillerato) y en poco tiempo formará parte de los curricula del primer nivel.

Esta rápida inclusión de la bioética en las universidades se debe a la aceptación de que ésta es la ciencia de las interfaces entre lo viviente y la técnica, por lo que la odontología como profesión científica no escapa de su campo, en tanto ésta mantiene estrecho contacto con seres humanos. Así como en otras disciplinas del campo de la salud, la bioética forma parte de la práctica diaria en odontoestomatología: en la decisión tomada con cada paciente, en cada elección de tratamiento y su técnica adecuada (Bermúdez, Buendía, Deangelillo y Guerra, 2006).

Tal como lo refieren Bórquez, Ciocca, Lolas, Romo y Torres-Quintana (2006):

...la bioética debe ser un elemento preventivo: debe transformar a la medicina, y, por ende, a la odontología, influyendo para que sean un modo de vida que protejan los valores sociales. (pp. 27-28).

Siendo que como en otras disciplinas del campo de la salud, la bioética forma parte de la práctica diaria de la odontología, al momento de la toma de decisiones con cada paciente, en cada elección de tratamiento y su técnica adecuada. Por lo que en términos generales, el odontólogo tanto como el médico, debe garantizar la prevención, tratamiento y control de los procedimientos relacionados con las enfermedades de su competencia, lo que le obliga al manejo adecuado de normas éticas, sanitarias, comunicacionales y teóricas.

Descripción del fenómeno en estudio

El ejercicio odontológico como campo médico ha venido sufriendo un decaimiento de su esencia humanista, que ha conducido a una desviación de la profesión que atiende los procesos de salud-enfermedad bucal de seres humanos que sienten, padecen y sufren, y que acuden a los expertos para solucionar problemas que alteran su salud física y emocional. Pese al hecho de que el código de ética médica define los principios ético-morales que deben caracterizar al médico y destaca la importancia de realizar una buena comunicación médico-paciente, hay quienes afirman que existen dificultades en la comunicación afectiva que influye con-

siderablemente en la satisfacción de la población y de hecho, plantean que ante la igualdad del conocimiento tecno-científico, el mejor médico es el más amigo, el más afectuoso y compasivo, pues lo fundamental es que se logre la empatía pero que esta empatía signifique comprender al otro, colocándose en su lugar; reconociendo que tal afectividad supone un efecto terapéutico para el sujeto enfermo.

Sin embargo, todo lo contrario ha venido sucediendo en el ejercicio de la odontología en Venezuela y el mundo, en el que se evidencia cada vez más una práctica desarticulada de valores y afecto. Esta realidad se refleja a través del aumento desmesurado del número de denuncias que se formalizan mensualmente en los colegios inherentes a la profesión. Tal como sucede en el Colegio de Odontólogos de Venezuela y más localmente en el Colegio de Odontólogos de Carabobo. Este último asevera que en el año 2012 ha habido un aumento alarmante de denuncias, en comparación con años anteriores, declarando que el motivo por el cual mayoritariamente se realizan las denuncias es por insatisfacción de los pacientes por tratamientos protésicos, seguido de iatrogenias por tratamientos ortodóncicos y en menor medida estafa u oferta engañosa, maltrato o mala atención del odontólogo.

Ahora bien, son muchos los factores que confluyen en el desarrollo de esta situación problemática. Sin embargo, la deficiente educación en valores a todo nivel se posiciona como el motor de

toda esta situación descrita anteriormente, pero que compromete mucho más a las universidades como espacios de formación profesional. En otras palabras, las familias y las academias revisten gran importancia en este proceso, puesto que desde el nacimiento como seres humanos, es muy común que padres y maestros orienten a sus hijos acerca de lo que está bien y lo que está mal, distinguiendo y calificando las acciones como correctas o incorrectas, y cuyo principio por el cual se hace juicio de los actos, se fundamenta en la justa convivencia con los demás y la felicidad de todos.

Aun cuando autores como Morín (2000) consideran que la ética no se podría enseñar con lecciones de moral, y que ella debe formarse en las mentes a partir de la conciencia de que el humano es al mismo tiempo individuo, parte de una sociedad, parte de una especie, buena parte de la literatura establece la importancia que tienen los padres y docentes en la transmisión de los valores. Asimismo, se ha dicho que el razonamiento moral está relacionado con el desarrollo cognoscitivo y el desarrollo emocional. No obstante, otras fuentes plantean que en la vida cotidiana tomar decisiones morales implica algo más que razonar y que las emociones, las metas en competencia, las relaciones y las consideraciones prácticas o las circunstancias pueden influir en las decisiones (Walker y Pitts, 1998).

Es por todo esto que la formación ética universitaria, que hasta hace poco no se tomaba en cuenta

en el plan de estudios de las universidades, representa un elemento clave de intervención. Sin embargo, muy bien es sabido que hasta ahora la enseñanza de la bioética en ciencias de la salud se ha dedicado a una sola cara; la teoría. Cuando en realidad una verdadera formación ética no sólo comprende el manejo de un marco teórico con enfoque cognoscitivo, sino que también supone un método práctico, pero que este método práctico se forje en las salas clínicas de atención. De hecho, existen investigadores que consideran que en ese encuentro entre docentes, estudiantes y pacientes en las salas clínicas, es donde se realiza la verdadera, genuina y sustanciosa práctica de los valores.

En tal sentido, la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo no escapa de esta realidad, puesto que aún cuando ésta tiene incorporado en su plan de estudios, un área destinada a la Formación Ética y Bioética, la cual se imparte en el tercer año de la carrera, se ha hecho evidente que el profesional egresa con grandes debilidades en este campo. Esto es en líneas generales que, presentan fallas en el recibimiento y despedida del paciente durante la consulta, son poco comunicativos y se interesan mucho más por el procedimiento operatorio a realizar que por procurar una relación interpersonal con el paciente.

Todo esto quiere decir que sólo la teoría no basta, puesto que el saber acumulado es poco eficiente, se hace necesario interrelacionar la teoría con la práctica, consolidando lo teórico y promoviendo

el aprendizaje activo de los alumnos. Lamentablemente, el sistema de enseñanza de esta área de formación en la FOUC, sólo trabaja en el plano teórico, procurando propiciar reflexiones hipotéticas que el estudiante no vive en ese momento. Por ello, el núcleo de interés del presente estudio está orientado a optimizar el comportamiento bioético clínico de estudiantes de odontología.

Aproximaciones teóricas

El fundamento teórico central, desde lo bioético, lo constituyen la teoría de los Principios de la Ética Biomédica y la teoría de las Virtudes Focales para la Moral Profesional en Profesiones de la Salud por Beauchamp y Childress (2001). La primera, pues en ella se desarrolla y profundiza los principios generales de la ética de la investigación formulados en el Informe Belmont, proporcionándole al campo embrionario de la bioética un método compartido para atacar sus problemas y para darle una mínima coherencia y uniformidad a la bioética médica, mediante una serie de principios. En este sentido, cobra vital importancia para este estudio la consideración de los conceptos y fundamentos de los principios éticos, como el principio de *Respeto a la autonomía*; basado en la moral liberal y las tradiciones políticas de la importancia de la libertad y elección propia (Beauchamp y Childress, 2001; p. 4). En otras palabras, el paciente como persona autónoma es quién tiene la potestad de decidir el curso de su vida y para ello hace uso de su libre albedrío, su voluntad, su libertad, esto es, el derecho que tiene una persona

de tomar decisiones de su propia vida.

Así como el principio de *No maleficencia*, referido a la no comisión o inducción de daño, evocando la máxima *Primum Non Nocere*: sobre todas las cosas, no hacer daño. Esta es la enunciación negativa del principio de beneficencia que condena la producción de sufrimiento, es decir, el impedir intencionalmente el daño o perjuicio al otro. El principio de *Beneficencia*, que establece que ante todo se debe hacer el bien. Los autores relatan que “el médico quién profesa ‘no hacer daño’ no está usualmente interpretado como prometer no hacer daño jamás, sino más bien se esfuerza por crear un balance positivo de mejoras sobre los daños infligidos” (p. 5).

Y el principio de *Justicia*, que consiste en darle a cada quién lo que le corresponde y de manera voluntaria, darle al paciente lo que necesita para el alivio, reposición o conservación de la salud, realizando una adecuada distribución de los recursos, tanto humanos como económicos que se tienen para ello.

Se consideró pertinente además la segunda teoría referida a las virtudes de la moral profesional, pues ella establece los rasgos, características o virtudes que debe poseer el profesional de la salud. De acuerdo con Beauchamp y Childress (2001) existen cualidades o atributos característicos que cada uno de los profesionales exhiben y a que a pesar de ser diferentes entre unos y otros, todas las personas mentalmente normales pueden cultivar los rasgos que son fundamentalmente im-

portantes en la moralidad. En este sentido, estos autores consideran que parte de la gran diferencia que se establece entre profesiones fuera del área de la salud y las que están dentro de ella, es la relación, el nexo que se establece entre los sujetos. Por ello, estos establecieron cinco virtudes focales que debe reunir un profesional de la salud, analizando algunas virtudes centrales, en particular, como lo son la compasión, discernimiento, confiabilidad, integridad y escrupulosidad.

De modo que la virtud *Compasión*, presupone simpatía, tiene afinidades con la misericordia y está expresada en actos de beneficencia que intentan aliviar las desgracias y sufrimientos de otra persona; la virtud *Discernimiento*, envuelve la habilidad de emitir juicios y tomar decisiones sin dejarse influir indebidamente por consideraciones ajenas, miedos, apegos personales y similares” (p. 34); la virtud *Confiabilidad*, se refiere a la capacidad del profesional de la salud en generar seguridad en cuanto a sus facultades en el paciente que se encomienda en sus manos, implicando sentimientos de certidumbre, convicción y esperanza en los buenos oficios del profesional por parte del paciente; la virtud *Integridad* significa fidelidad en adherencia a las normas morales y la virtud *Escrupulosidad*, la cual se refiere a estar consciente de los actos y del rol e importancia en la sociedad y como tal, las acciones se apegan a lo que se considera correcto y para lograrlo se debe marcar los pasos con delicadeza y minuciosidad, actuando con esmero y haciendo uso al máximo de la con-

ciencia, extremando las precauciones y fundamentando del modo más riguroso posible los criterios de decisión.

Desde lo educativo, el soporte teórico está representado por teorías que pueden conllevar a la formación en bioética desde otra perspectiva, pues tal como lo refiere Málaga (2005) ante nuevos y complejos problemas de salud no es posible actuar con metodologías usadas en el pasado. Para lograr este cometido, falta determinar y aplicar los objetivos que refuercen el carácter, la voluntad, el ejercicio de las virtudes y de atributos, como la compasión por el que sufre y el sacrificio por el prójimo (ob. cit). Por lo tanto, se requiere de nuevas formas de pensamiento que se concreten en nuevas formas de abordaje de la enseñanza que rompan con lo tradicional de la educación, que no permite la construcción de razonamiento, criterio y verdadero aprendizaje con una perspectiva ética. La enseñanza de la bioética en odontología supone un gran reto educativo al que se le debe hacer frente, puesto que más allá de facilitar la adquisición de conocimientos, se tiene el gran desafío de cultivar una personalidad que trascienda y sirva para toda una vida. Al respecto, Delors (2002) establece que la educación a lo largo de la vida se basa en cuatro pilares: aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a vivir juntos y aprender a ser. Estos cuatro pilares rompen con lo tradicional de la educación automatizada que no mira al alumno como un ser humano y que no lo prepara para la gran batalla de la vida, profesional y en

general. Hace falta entonces, una reforma educativa que promueva el desarrollo no sólo de la competencia, sino también de la personalidad, la convivencia y la determinación, que finalmente son las cuatro vertientes que permitirían un aprendizaje para toda una vida.

Tales teorías están representadas por la *Teoría de Aprendizaje Socio-cultural de Vygotsky*, *Teoría del Aprendizaje Significativo por Recepción de David Ausubel* y la *Teoría del Aprendizaje por Observación de Albert Bandura*. La primera se entiende como una perspectiva dialógica, liderada por Vygotsky (1960), la cual reza en líneas generales que el aprendizaje se desarrolla en un contexto social y cultural, es lo que se conoce como constructivismo social. Establece un mecanismo en el que se pasa de estados de menor a mayor nivel de conocimiento a través de la interacción social, entre el sujeto y el objeto de conocimiento, donde las funciones mentales se desarrollan desde una configuración intersubjetiva proveniente del exterior hacia una intrasubjetiva, en el interior, que se da entre individuos de cualquier edad en diversos encuentros sociales.

La segunda, liderada por Ausubel (1962) hace una distinción entre el aprendizaje de memoria y el aprendizaje significativo. Su teoría se basa en el aprendizaje significativo por recepción, lo que autores como Good y Brophy (1996) traducen como “aprendizaje por instrucción expositiva que comunica el contenido que va a ser aprendido en su forma final” (p. 158). Al comparar este aprendizaje

significativo por recepción con el aprendizaje de memoria o memorístico, se tiene que el primero es retenido por más tiempo e integrado mejor con otro conocimiento. Esto se debe a que cuando el conocimiento o información es memorizado de forma arbitraria, este se almacena en un compartimiento aislado y no está integrado en la extensa estructura cognitiva de la persona.

La tercera, la cual postula que mediante el aprendizaje observacional se puede aprender no sólo a ejecutar una conducta, sino también lo que sucedería si ésta no se lleva a cabo. Bandura (1986) establece que el aprendizaje por observación consiste en un conjunto de elementos resumidos en cuatro pasos, el primero de ellos se refiere a “poner atención”, imprimiendo un esfuerzo en la concentración de lo que se observa, seguido de la “retención de la información”, esto es, recordarla, imitarla y practicarla en la realidad. Posteriormente, viene el “generar conductas” que es la etapa en donde la práctica de lo observado permite alcanzar la adquisición de la conducta de manera más precisa. Finalmente, el último elemento consiste en “estar motivado para repetir las conductas”, esto es mediante reforzamiento.

Derrotero metodológico

La presente investigación se sustenta en el paradigma socio-crítico, el cual es un “paradigma alternativo de investigación social, un modelo epistemológico-teórico-metodológico que alberga a numerosas teorías sociales” (Yuni y Urbano, 2005, p.133) y en el que se critica el predominio

de la razón instrumental derivada de la ciencia positivista, y se plantea la creación de una filosofía de la emancipación a través de un proceso dialéctico. Dicho paradigma socio-crítico tiene sus raíces en la matriz epistémica crítico-dialéctica, la cual aboga por la transformación de las interrelaciones sociales. En palabras de Díaz (2011) el paradigma socio-crítico “se circunscribe alrededor de ideas que busquen la reflexión, el cambio, la transformación y la emancipación desde un todo participativo comunitario en donde el conocimiento es construido y pertenece inexorablemente a todos los que participan en su construcción” (p.122).

Por otro lado, este estudio es de tipo cualitativo, puesto que se centra en la aproximación a la realidad y se llevó a cabo desde adentro, junto con las personas implicadas y comprometidas en dichas realidades. Como estudio cualitativo, la presente investigación es naturalista y de campo, como establece Hurtado de Barrera (2010) quien en resumen expresa que éstas tienen como propósito, el describir un objeto obteniendo la información de fuentes vivas o directas, en su ambiente natural, es decir en el contexto habitual al cual ellas pertenecen, sin producir modificaciones de ningún tipo a dicho contexto.

Adicionalmente fue imprescindible abordar este estudio desde un nivel integrativo. Según Hurtado de Barrera (2009) “en el nivel integrativo el conocimiento trasciende el campo de las explicaciones para expresarse en acciones concretas que, de ma-

nera intencional y planificada, modifican o transforman el evento que se está estudiando” (p.77). Por tanto, esta investigación fue más allá de la simple exploración o visión aproximada del objeto de estudio en un grado superficial de conocimientos, e incluso de la descripción con fines de establecer características de hechos o fenómenos y de la explicación de los hechos. Se trató de una investigación, cuya generación de conocimiento fue de carácter participativo y constitutivo, que emergió de la sinergia entre diversidad de actores sociales implicados, por lo que el mismo fue reflexivo e introspectivo.

En cuanto al método, propiamente dicho, se sustentó en el método de Investigación Acción Participativa (IAP), con un diseño emergente comprensivo por cuanto es un modelo de investigación que permitió satisfacer las necesidades que demandó el problema de estudio descrito anteriormente, basado en el carácter naturalista y emergente de la modalidad de investigación cualitativa, la cual no sigue un procedimiento rígido, por lo que las acciones fueron surgiendo a través de la práctica misma. Ahora bien, la investigación-acción definida por primera vez por Kurt Lewin en 1946, se refiere a un proceso de peldaños en espiral, cada uno de los cuales se compone de planificación, acción y evaluación del resultado de la acción (Lewin,1946). En la actualidad, existen muchas definiciones de diferentes autores, pero todas parten de la idea original de Lewin. De modo que se decidió tomar el modelo de Díaz (2011) quién re-

fiere a la investigación-acción participativa ubicándola en contextos de salud, como es el caso de la presente investigación y la define como:

Una investigación con el propósito de aportar con su acción una mejora o un cambio en los espacios donde se desarrolla el estudio y que no son más que los espacios propios y la realidad propia y cotidiana de los sujetos que participan y se benefician de la investigación, de allí el carácter de coinvestigadores que se le da a estos sujetos (p.125).

Este modelo se apoya en las ideas de Lewin, Kemmis y otros autores, así Díaz elabora un prototipo de investigación-acción participativa que él mismo cataloga como orientador. De modo que el proceso consistió en cuatro fases o momentos interconectados, siendo estos: diagnóstico, planificación, implementación y valoración, que en el contexto de esta investigación, constituyeron los pasos para lograr la transformación de la realidad en relación al comportamiento bioético clínico de los estudiantes de la FOUC. En este sentido, para llevar a cabo el proceso de investigación del presente estudio, primeramente, se procedió a realizar la fase diagnóstica, que se refiere a examinar la situación en detalle identificando los problemas particulares que intervienen o hacen las veces de obstáculos o impedimentos para que la realidad sea otra mejor.

Posteriormente, la segunda fase del proceso; la planificación, la cual se refiere al diseño del plan de acción, donde se organizaron las acciones necesarias para enfrentar el problema diagnosticado.

Seguidamente de la planificación viene la fase de la implementación o acción, es decir, poner en marcha la acción estratégica planteada en la fase anterior. Esto es activar o poner en práctica el plan de acción propuesto entre todos los implicados, en el tiempo estipulado y con los recursos con que se cuenta, de una manera puntual y concreta. Este diseño culminó con la fase de valoración, la cual “es el momento en donde todo el grupo reflexiona sobre la descripción presentada y la acción vivida para llegar a una comprensión de lo sucedido a través de un constante diálogo que permita interpretar y reconocer lo efectivo y no efectivo del plan desarrollado” (Díaz, 2011; p.128).

Las técnicas utilizadas para la recolección de la información fueron en primer lugar, la observación participante, la cual se utilizó como técnica principal de recogida de la información, con la finalidad de no sólo mirar, sino también preguntar y examinar. Martínez (2006) define la observación participativa como “la técnica clásica primaria y más usada por los investigadores cualitativos para adquirir información. Para ello, el investigador vive lo más que puede con las personas que desea investigar, compartiendo sus usos, costumbres, estilo y modalidades de vida” (p.89). Como sistema de registro de la información se empleó el Diario de Campo, el cual es un sistema narrativo, abierto, constituido por descripciones detalladas y amplias de los fenómenos observados. Según Bisquerra (2004) estos no parten de categorías prefijadas, sino que se pretende comprender lo que está

sucedido y por qué sucede. El observador es el protagonista directo que observa y registra durante o después de la situación objeto de estudio.

Además, se hizo uso de la técnica de la entrevista a profundidad, considerando que la entrevista es “una técnica cuyo objetivo es obtener información de forma oral y personalizada, sobre acontecimientos vivos y aspectos subjetivos de la persona como las creencias, las actitudes, las opiniones, los valores, en relación con la situación que se está estudiando” (Bisquerra, 2004; p. 336). En este caso, para la presente investigación, la entrevista fue no estructurada, la cual es aquella que se realiza sin un guión previo de preguntas, sino más bien, se construye simultáneamente a partir de las respuestas del entrevistado (ob. cit.).

Por otra parte, se emplearon diversos recursos de recolección de la información, entendiendo que recursos se refieren a medios audiovisuales que el investigador utiliza para registrar la investigación. Por consiguiente, se hizo uso de las fotografías, las cuales se consideran como documentos y pruebas de la conducta humana en el entorno naturalista y que son tomadas a partir de la cámara fotográfica como herramienta tecnológica. Así como también, se hizo uso de las grabaciones de audio. Según Pérez Serrano (1994) “permiten registrar con exactitud y a bajo costo una conversación o debate oral” (p. 51), esto mediante un grabador de audio como herramienta tecnológica.

Por otro lado, la unidad de análisis de este estudio

estuvo representada por participantes involucrados en la estructura del área clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, en tanto que ésta constituyó el contexto apropiado para los fines del estudio y asimismo, reunió las características que en conjunto se quieren estudiar para la transformación de la bioética en el campo clínico de la misma. Los informantes claves lo conformaron un grupo de doce (12) estudiantes del tercer y cuarto año de la carrera de odontología de la Universidad de Carabobo cursantes de las asignaturas operatoria dental, cirugía bucal, odontopediatría I, prótesis, endodoncia y periodoncia.

Luego de la recolección de la información, a través de las diferentes estrategias aplicadas a los sujetos informantes, se procedió a analizarla a través de una serie de procesos en diferentes momentos. En este orden de ideas, se sistematizó esta actividad analítica mediante cinco grandes momentos, propuestos por Díaz (2011), los cuales son: descripción, categorización, estructuración, contrastación y teorización. Así, lo primero que se hizo fue llevar a cabo el proceso de descripción protocolar o transcripción de la información recogida. En este sentido se describió y sistematizó la información proveniente de entrevistas grabadas y observaciones realizadas para el diagnóstico del problema. Esta transcripción de la información se hizo en concordancia con lo recogido, y en el caso de las entrevistas, se mantuvo en estricta confidencialidad la identidad del sujeto, presentándolo

con un seudónimo y de acuerdo con los elementos bioéticos sociales respectivos, transcribiendo exactamente todo lo mencionado por estos o percibido por la autora.

Una vez culminado el proceso de descripción protocolar, inició el proceso de categorización, el cual se refiere a la reducción de la información transcrita y “consiste en asignarle a una unidad de significado esencial o relevante, un vocablo o expresión breve (categoría individual o particular) que refleje su contenido textual significativo desde una situación, fenómeno o sujeto de estudio” (Díaz, 2011; p. 68). En tal sentido, en este proceso de reducción de la información, se seleccionó y focalizó la información en bruto en unidades de significado que se denominan categorías, tal como lo refiere (Bisquerra, (2004). Posteriormente, se integraron o agruparon las categorías individuales en categorías más amplias, también llamadas categorías universales, identificándolas por su naturaleza y concentrándolas por temas o grupos comunes más comprensivos.

Seguidamente, se realizó el proceso de estructuración, el cual según Díaz (2011) implica la lectura y relectura de las descripciones protocolares, teniendo en cuenta siempre las categorías individuales y universales que emergieron del estudio con un sentido de un todo. De manera que se integró en un sistema coherente y lógico todas las categorías universales que le dieron sentido al fenómeno de estudio. Culminado este procedimiento, viene

el momento de la contrastación, al respecto el mencionado autor establece lo siguiente:

El investigador busca relacionar la estructura descriptiva que emergió del fenómeno, con las conclusiones, teorías, conceptos y proposiciones de otros estudiosos para compararlas, contraponerlas, entender mejor las posibles diferencias y lograr una integración mayor del conocimiento, del fenómeno o del sujeto de estudio (p. 78).

Por lo tanto, se contrastó o comparó la estructuración emergente de la información recogida con los presupuestos teórico-referenciales de la investigación, y a partir de esto se explicó y dio sentido o significado a la misma. Tal como lo dice el autor, la actitud en este momento tiende hacia una hermenéutica comprensiva que induce a la crítica, la reflexión, la acción y la integración, yendo de las partes al todo y del todo a las partes. Para finalizar este proceso de análisis de la información, se concluye con el momento de la teorización del problema, que como su nombre lo dice es el momento de la generación de la teoría y que Martínez (2006) define como “una construcción mental, simbólica, verbal e icónica, de naturaleza conjetural o hipotética, que nos obliga a pensar de un modo nuevo al completar, integrar, unificar, sistematizar o interpretar un cuerpo de conocimientos que hasta el momento se consideraba incompletos, imprecisos, inconexos...” (p. 76-77). En cuanto a los criterios de rigor científico, para efectos de esta investigación se tomaron en cuenta los criterios fundamentales planteados por Yuni y Urbano (2005; p.176-177) representados en la consisten-

cia, transferibilidad, credibilidad y confirmabilidad de la información recogida en la investigación.

Teorización del problema

Los estudiantes del tercer y cuarto año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo demuestran un comportamiento inadecuado en relación con la bioética que se debe ejercer clínicamente con los pacientes. En líneas generales, dicho comportamiento se caracteriza por:

Establecer una relación paciente-profesional paternalista, al tomar todas las determinaciones en nombre del paciente, sin tener verdaderamente su consentimiento. El estudiante hace firmar al paciente el documento *consentimiento informado* pero en realidad éste no es informado de su problema, de lo que le ocurriría si no se lo atiende a tiempo, las opciones de tratamiento, beneficios y riesgos del mismo, entre otros elementos importantes. Por lo que el estudiante no explica al paciente los conocimientos necesarios para que pueda participar en la toma de decisiones de lo que harán con su persona, lo que revela la poca importancia o bien, la ignorancia de los principios bioéticos por los que se debe regir la profesión. En primer lugar, se evidencia el irrespeto a la autonomía del paciente, al no considerarlo como un ser humano libre con potestad suficiente para decidir sobre el curso de su vida.

En consecuencia, el estudiante actúa alejado del principio de beneficencia al realizar el tratamiento

odontológico para beneficio propio y no para beneficio del paciente. Esto, reflejado por la necesidad de cumplir con sus objetivos académicos como requisitos clínicos, ignora o no presta atención a la necesidad particular del paciente. Como efecto dominó, el estudiante deja de ser justo, al no proporcionarle la atención que éste merece como todo ser humano que tiene derecho a un trato en igualdad de condiciones y de calidad. Lo anterior se traduce en el poco dominio de los principios de la ética biomédica.

Ser pocos comunicativos con los pacientes, esto quiere decir, que el estudiante se concentra exclusivamente en la actividad técnico-científica que realiza, evidenciándose una atención clínica silenciosa y una entrevista clínica poco dialógica, que refleja el bajo dominio de las diferentes formas de comunicación y los modelos de diálogo existentes que pudieran emplearse para mejorar sus habilidades comunicacionales, utilizando el que mejor se ajusta a su personalidad.

Enfocarse en el procedimiento inherente a la actividad clínica, al no demostrar virtudes o cualidades humanísticas durante la atención odontológica, esto se traduce en que los estudiantes no reflejan principalmente compasión, confiabilidad e integridad, puesto que no procuran generar empatía y rapport con el paciente, así como tampoco, ponerse en su lugar como paciente con necesidades particulares.

Incumplir las medidas de bioseguridad en el campo odontológico, especialmente aquellas destina-

das a conservar o proteger el medio ambiente y por ende, el entorno en donde se desenvuelve todo el colectivo social que lo rodea. Seguido por el desacato de medidas orientadas a la protección del paciente, reflejado en el uso de instrumental en condiciones deterioradas, e incluso deja de protegerse a sí mismo, por descuido.

Por todo lo anteriormente expuesto se evidencia un profundo desconocimiento de los deberes profesionales que impone la deontología y mucho menos existe interiorización de la ética y bioética aplicada al campo de la odontología, situación alarmante puesto que son estudiantes que se inician en la práctica clínica odontológica y como tal, comienzan a tener contacto estrecho y constante con seres humanos, bajo la figura de pacientes, que pondrán en sus manos el problema que les aqueja, su cavidad bucal y por ende, su vida. Sin embargo, a esta problemática se le unen otros factores importantes que influyen en su desarrollo. En primer lugar, el enfoque teórico del área de Formación Profesional Ética y Bioética, en la cual predomina la teoría, donde las estrategias son limitadas y se restringen al plano teórico y no trasciende de esto, lo que revela una falta de estrategias didácticas que permita una mejor comprensión y por ende, la aplicación de lo aprendido en la práctica odontológica, por lo que el aprendizaje obtenido desde esta perspectiva es poco significativo, y no genera mayor impacto en el estudiante. De la mano con esto, se encuentra un sistema deficiente de enseñanza de la bioética en áreas clíni-

cas, debido a que no le abre espacio a nuevos métodos o estrategias didácticas que permitan una consolidación de los conocimientos. Todo lo contrario, no existen encuentros dialógicos de bioética entre estudiantes y profesores de clínica, quienes con su experiencia pudieran orientar e incluso modelar el comportamiento de sus discípulos estudiantes. Por tanto, todo esto arroja una valoración exclusiva del conocimiento que tiene el estudiante del procedimiento a realizar por parte del docente, lo que promueve un comportamiento similar en sus recursos humanos que está formando. En tal sentido, es evidente que existe una crisis en el campo de la bioética clínica de estudiantes de odontología de FOUC que se afianza mucho más con la ausencia de un verdadero sistema de enseñanza y aprendizaje cónsono con las necesidades de la comunidad universitaria y la sociedad.

La propuesta

Una vez realizado el diagnóstico inicial de la situación y formuladas las hipótesis de acción, los actores sociales y la autora procedieron a revisarlo minuciosamente e interrogarse sobre qué se debía hacer para alcanzar una mejora de la lamentable situación en relación al comportamiento bioético clínico de los estudiantes de Odontología de UC. De manera que partiendo de los diferentes puntos de vistas del colectivo implicado se generó un plan de estrategias de acción que se consideró se adaptaría muy bien a la realidad evidenciada. Tal plan de acción se denominó Programa de optimización del comportamiento bioético clínico de es-

tudiantes de odontología “Curso Intensivo Semi-presencial de Bioética Clínica en Odontología” y cuyas estrategias de enseñanza y aprendizaje fueron planteadas tomando en cuenta ampliamente las diversas teorías de aprendizaje existentes, muy especialmente, la teoría de aprendizaje socio-cultural de Vygotsky, la teoría de aprendizaje por recepción de Ausubel y la teoría de aprendizaje por observación de Bandura. En tal sentido, estuvo constituido por cinco ejes de aprendizaje, a saber:

Fundamentos básicos y principios elementales para la introducción del concepto de la bioética en odontología, cuya competencia general a desarrollar consistió en “conocer, manejar y apreciar la ética, bioética y la moral centrada en la odontología, así como los principios bioéticos de justicia, beneficencia y autonomía en la atención clínica con sus pacientes”.

Perfil integral del odontólogo: ciencia y humanidad, cuya competencia general a desarrollar consistió en “analizar, desarrollar y valorar los aspectos humanísticos como parte del perfil del odontólogo, con especial interés en virtudes humanísticas como compasión, escrupulosidad, discernimiento, confiabilidad e integridad en el ejercicio clínico de la odontología con sus pacientes”.

Relación paciente-profesional: la comunicación y el consentimiento informado, cuya competencia general a desarrollar consistió en “reconocer, utilizar y tomar conciencia de las diferentes formas de comunicación existentes, los modelos de relación

paciente-profesional y de diálogos, así como el modelo de odontología centrada en el paciente y del consentimiento informado en la dirección con sus pacientes en clínica”.

Aspectos deontológicos en odontología y manejo de cuestionamientos bioéticos, cuya competencia general a desarrollar consistió en “conocer, relacionar y cumplir la moralidad profesional y los deberes de la profesión odontológica que así impone la deontología, con las diversas situaciones que se le presentan en la atención clínica con sus pacientes, lo que le permite el manejo de los cuestionamientos bioéticos más frecuentes en esta área”.

Bioseguridad como elemento bioético, cuya competencia general a desarrollar consistió en “recordar, ejecutar y tomar conciencia de la bioseguridad como elemento bioético de responsabilidad social, sus principios y normas en la atención clínica con sus pacientes”.

Asimismo, el propósito general del plan de acción estuvo dirigido a “Fortalecer el comportamiento bioético clínico de los estudiantes del tercer y cuarto año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo” y los propósitos específicos buscaron:

Promover una esencia bioética clínica en los estudiantes del tercer y cuarto año de odontología de la Universidad de Carabobo.

Reforzar los conocimientos teóricos en relación a la bioética clínica odontológica de los estudiantes del tercer y cuarto año de la Facultad de Odonto-

logía de la Universidad de Carabobo.

Desarrollar patrones de conducta bioéticos aplicables en la práctica clínica odontológica de los estudiantes del tercer y cuarto año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo.

Estimular la convivencia en armonía con la sociedad en la práctica clínica odontológica por parte de los estudiantes del tercer y cuarto año de odontología de la Universidad de Carabobo.

Ahora bien, para llevar a cabo este plan de acción, en su dimensión virtual se propuso el uso de la Plataforma virtual de aprendizaje denominada Moodle, la cual se encuentra insertada dentro de las políticas académicas de la Universidad de Carabobo. Cole (2005) define el Moodle como un sistema de gestión del aprendizaje basado en el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), que ayuda a los educadores a crear comunidades de aprendizaje en línea.

En tal sentido, mediante las herramientas o recursos informáticos que éste provee, se aspiró un espacio académico diferente, con la colaboración de la Dirección de Tecnología Avanzada de la Universidad. La intención fue permitir la interacción cercana y frecuente entre estudiantes y docentes, fomentando el aprendizaje colaborativo y social. Por lo que tales herramientas son de gran utilidad en el ámbito educacional, ya que permiten a los profesores la gestión de cursos virtuales para sus alumnos (educación a distancia o e-learning), o la utilización de un espacio en línea que dé apoyo a la presencialidad, esto es, aprendizaje semipresen-

cial, blended learning o b-learning, tal como es el caso del presente plan de acción.

A continuación se describen las actividades propuestas:

Recursos transmisivos: son actividades que tienen como función principal la de transmitir información. Lo más usual es que estos contenidos estén constituidos por algún tipo de texto estructurado con apoyo de imágenes, esquemas, diagramas, gráficos, tablas o cuadros; tales como: *enlace a archivo*; el cual se refiere a un archivo o documento disponible en el servidor para su descarga, *libro*; el cual contiene recursos textuales a modo de libro de texto.

Recursos interactivos: son actividades centradas en el alumno, con el propósito de propiciar la interactividad, el intercambio de ideas y materiales entre docente y alumno, y entre alumnos entre sí, tales como: *foros de discusión*; aplicación web que permite discutir o compartir información relevante a una o varias temáticas específicas, *lección*; la cual consiste en una instrucción o conjunto de conocimientos que se colocan a disposición de los participantes, mediante una serie de páginas o textos que el alumno ha de recorrer, *tarea*; referida a cualquier trabajo o actividad que se asigna a los estudiantes, en el que han de devolver el producto de su trabajo en un archivo informático, *Wiki*; el cual se trata de un sitio web colaborativo que puede ser editado por varios usuarios, los cuales pueden crear, editar, borrar o modificar el contenido de una página web, de forma interactiva, fácil y

rápida, *cuestionario*; que permite construir listas de preguntas con diferentes tipos de respuesta que, con la ventaja de la retroalimentación inmediata al alumno.

En cuanto a la dimensión presencial del curso, se organizó una serie de encuentros presenciales, llevados a cabo en aulas de clase y áreas clínicas del recinto universitario. De esta manera, en aula de clase se realizaron diversas actividades prácticas relacionadas con cada módulo en ejecución. Mientras que en sala clínica, como estrategia se empleó el modelamiento bioético, a través de encuentros clínicos en el que se buscó la observación y reflexión de casos clínicos reales que se presentaron en la práctica. Esto con la finalidad además de consolidar lo realizado en la dimensión virtual. La densidad horaria del curso comprendió un promedio de siete (7) horas semanales, de las cuales cinco (5) estarían destinadas a la dimensión virtual y dos (2) horas dirigidas a la dimensión clínica del curso. Por lo que el mismo estuvo conformado por un total de cuarenta (40) horas académicas aproximadamente.

Reflexionando acerca de las acciones emprendidas

Una vez implementado el plan de acción, se procedió a reflexionar en grupo sobre las acciones realizadas, con la finalidad de llegar a una comprensión mayor de lo sucedido a través de un constante diálogo que permitió interpretar y reconocer lo efectivo y lo no efectivo del plan desarrollado. Se evaluó los procesos de cambio o trans-

formación de los actores participantes con respecto a su comportamiento bioético clínico durante la práctica odontológica. Para ello, se conformó un encuentro con la finalidad de revisar dudas, inquietudes a fin de valorar las acciones implementadas, indagar sobre experiencias, percepciones o impresiones del curso de los participantes, buscando recordar la acción a través de la reflexión, contrastando lo planeado y lo que se consiguió. Se comparó lo que se pretendió al inicio y lo que se pudo realizar y se pensó en posibles implicaciones para la acción futura, analizando la posibilidad de reajustar el plan, abriendo un nuevo ciclo de la espiral investigación-acción de retroalimentación constante, así como nuevas dimensiones y perspectivas de cambio más ricas e innovadoras.

En tal sentido, entre los cambios que se pusieron de manifiesto durante la ejecución del plan de acción son los siguientes:

Los participantes pasaron de ser estudiantes desconocedores a estudiantes conocedores; informados en relación con los contenidos básicos de la bioética clínica. Esto se evidenció en cada etapa modular del curso, así como al final del mismo, mediante la evaluación final, en la que se refleja un cambio importante en comparación con la evaluación diagnóstica. De modo que son capaces de emitir ideas claras y con sentido en relación a los conceptos que se le plantean y ya no transmiten ideas vagas o vacías de sustantividad lógica. Por tanto, en líneas generales se pudo evidenciar que los participantes:

Reconocen la diferencia entre ética, bioética y moral, los principios de la ética biomédica y sus premisas, así como la implicación que tiene la bioética en el campo odontológico.

Conocen la significación del odontólogo, sus funciones y responsabilidad en el bienestar de la sociedad, tomando en consideración que para ser un profesional integral, se debe desarrollar ciertas características, cualidades o virtudes humanísticas que equilibren la ciencia con la humanidad.

Analizan las formas de comunicación, el significado de ética dialógica, así como los postulados de la odontología centrada en el paciente, tomando en cuenta los distintos modelos de relación profesional-paciente y de diálogo entre ellos, así como el concepto de consentimiento informado, sus características e información que debe precisar y aspectos que lo validan.

Conocen los diferentes conceptos relacionados con la moral profesional, deontología y secreto profesional, identificando el papel de las instituciones profesionales y de los instrumentos legales por los que se rige la profesión como la Ley de ejercicio de odontología y el código deontológico de odontología, reconociendo el término colegaje y analizando ciertos cuestionamientos bioéticos frecuentes en odontología.

Recuerdan el concepto de bioseguridad en el consultorio odontológico y sus principios y analizan las responsabilidades del odontólogo ante el medio ambiente, los pacientes, con el personal y la sociedad.

Los participantes trascendieron de ser sujetos teóricos para convertirse en sujetos prácticos, capaces de llevar las palabras exteriorizadas en el aula virtual en hechos concretos en el aula presencial. Esto quiere decir que lo conocido y aprendido en la teoría fue fortalecido en la práctica, siendo que los participantes lograron:

Diseñar un modelo de documento de consentimiento informado que se aproxima al ideal, así como modificar el modo de aplicación del documento de consentimiento informado durante la atención clínica con sus pacientes, adaptándolo a lo establecido por la Ley. Por lo que aplican y respetan el principio de autonomía del paciente, que a su vez permite honrar los principios de beneficencia y justicia.

Modificar patrones de conducta que pudieran inducir a la comisión de errores y por tanto, en algún daño hacia el paciente. Esto es, que el estudiante es capaz de considerar sus decisiones tomando como eje central, el paciente. Antes de dejarse llevar por miedos, inseguridades, comentarios ajenos y las circunstancias. Es capaz de distinguir lo que es mejor para el paciente y relacionar los principios bioéticos con diferentes situaciones en la práctica odontológica, preocupándose por lo afectivo de su atención, demostrando confiabilidad, escrupulosidad y discernimiento.

Establecer una comunicación efectiva con el paciente, desde que lo recibe hasta que lo despide, respetando las normas de cortesía, adecuando las diferentes formas de comunicación, verbal y cor-

poral principalmente, asumiendo un modelo de relación paciente-profesional responsable y aplicando modelos de diálogo según las características de cada paciente.

Cumplir con las normas de bioseguridad, al adquirir nuevos esquemas protocolares significativos que le permiten desarrollar un hábito dinámico y secuencial.

Respetar los deberes que así impone la deontología de la profesión odontológica, como por ejemplo en el caso de diseños de anuncios publicitarios, el secreto profesional y el colegaje, en este caso, entre compañeros.

Los participantes dejaron de ser estudiantes inconscientes para ser estudiantes conscientes, despiertos y responsables de sus actos, valorando cada aspecto aprendido en lo teórico y en lo práctico, por lo que éste internalizó fundamentalmente:

La importancia de ser un individuo ético y bioético, más allá de la moralidad, apreciando la bioética como ciencia aplicada a la odontología, tomando conciencia de la importancia de ser justos, hacer el bien y respetar la autonomía de las personas.

El significado de ser odontólogo y las competencias que debe desarrollar como estudiante de odontología, apreciando la importancia de la deontología, como rama derivada de la ética y el manejo adecuado de los dilemas éticos.

Al final del encuentro y luego de una profunda reflexión colaborativa, los participantes y la investigadora consideraron que en efecto se logró la

optimización del comportamiento bioético clínico de los estudiantes de odontología, en virtud que optimizar implica una mejora de algo en comparación con su estado o condición anterior. La Real Academia Española (2001) define el término como “buscar la mejor manera de realizar una actividad”. En este mismo orden de ideas, se hizo evidente que al finalizar el curso, hubo una transformación importante, en donde los estudiantes se emanciparon y buscaron la mejor manera de comportarse, esto es, la mejor manera de ser y hacer en función de la bioética clínica aplicada a la odontología. Aún así, se reconoció que dicho plan de acción inacabado debe mejorarse, creando con el grupo una espiral de reflexión abierta para acciones futuras.

Referencias

- Ausubel, D.P. (1962). A subsumption theory of meaningful verbal learning and retention. *Journal of general psychology*, 66, (pp.213-224).
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Beauchamp, T. y Childress, J. (2001). *Principles of biomedical ethics* [Libro en línea] New York: Oxford University Press. Disponible en: [www.books.google.com] [Consulta: 2013, Marzo 03].
- Bermúdez, C., Buendía, A., Deangelillo, C. y Guerra, R. (2006). Los programas de formación ética en odontología. En C. Cardozo, E. Rodríguez, E. Lolas, y A. Quezada (Comps.), *Ética y odontología. Una introducción* (pp. 117-127). Chile: Centro interdisciplinario de estudios de Bioética.
- Bisquerra, R. (2004). *Metodología de la investigación educativa*. Barcelona: La Muralla.
- Bórquez, B., Ciocca, L., Lolas, F., Romo, F. y Torres-Quintana, M. (2006). Ética, bioética, ley: conceptos básicos. En C. Cardozo, E. Rodríguez, E. Lolas, y A. Quezada (Comps.), *Ética y odontología. Una introducción* (pp. 19-31). Chile: Centro interdisciplinario de estudios de Bioética.
- Castillo Valery, A. (2006). *Bioética*. Venezuela: Editorial DISINLIMED C.A.
- Cole, J. (2005). *Using Moodle*. New Jersey: O'Reilly Press.
- Delors, J. (2002). La educación encierra un tesoro. Informe de la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la educación para el siglo XXI. *Revista cubana de educación médica superior*, 16(1), (pp.47-72).
- Díaz, L. (2011). *Visión investigativa en ciencias de la salud. Énfasis en paradigmas emergentes*. Valencia: IPAPEDI.
- Good, T. y Brophy, J. (1996). *Psicología educativa contemporánea*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Hurtado de Barrera, J. (2009). *Cómo formular objetivos de investigación: una comprensión holística*. (5a. Ed). Caracas: Ediciones Quirón, S.A.
- Hurtado de Barrera, J. (2010). *El proyecto de investigación. Comprensión holística de la metodología y la investigación*. (6ª. ed.). Bogotá-Caracas: Ediciones Quirón y Sypal.
- Lewin, L. (1946). Action research and minority problems. *Journal of Social Issues* [Revista en línea], 2(4), (pp.34-46). Disponible: [www.onlinelibrary.wiley.com] [Consulta: 2013, Marzo 17].
- Málaga, H. (2005). *Salud pública: Enfoque bioético*. Caracas: DISINLIMED.
- Malpica, C. (2008). *Modelo teórico inacabado para comprender la bioética integral en los estudios médicos venezolanos*. Valencia: Ediciones Delforn, C.A.
- Martínez, M. (2006). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. México: Trillas.
- Morín, E. (2000). *Los siete saberes necesarios a la educación del futuro*. Caracas: Facultad de ciencias económicas y sociales de la Universidad Central de Venezuela e IESALC/UNESCO.
- Pérez Serrano, G. (1994). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes. II. Técnicas y análisis de datos*. Madrid: La Muralla.
- Real Academia Española (2001). Recursos de la Real Academia Española [Datos en línea]. En REA: *Diccionario de la lengua española*. Disponible: [http://rae.es/recursos/diccionarios/drae] [Consulta. 2013, Noviembre 30].
- Vygotsky, L.S. (1960). *The development of the higher mental functions*. Moscow: APN.
- Walker, L. y Pitts, R. (1998). Naturalistic conceptions of moral maturity. *Developmental Psychology*, 34, (pp.403-419).
- Yuni, J. y Urbano, C. (2005). *Mapas y herramientas para conocer la escuela. Investigación etnográfica. Investigación -Acción*. Argentina: Editorial Brujas.