

COMPROMISO BIOÉTICO DE LOS ESTUDIANTES DURANTE PROCESO DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE CLÍNICO EN ODONTOLOGÍA

Ximena Lee Muñoz¹, Cristián Vergara Núñez¹, Elizabeth Astorga Bustamante¹, Christel Hanne Altermatt²

Resumen: Este estudio pretende comprender, a través del análisis del discurso, el compromiso bioético de estudiantes de odontología que participan en el proceso enseñanza-aprendizaje clínico. Mediante una metodología cualitativa se abordó el objeto de estudio en su escenario natural. La recolección de datos se realizó a través de diversas fuentes de información. Los instrumentos utilizados fueron análisis documental, observación no participante y entrevista semiestructurada. Para analizar los datos se identificaron temas significativos, determinando unidades de registro con el fin de categorizar la información. Para comprender los procesos involucrados se presenta información empírica mediante descripción de tendencias. Éstas describen la información empírica utilizando indicadores por categoría. El análisis explicativo reconstruye el sentido de la información obtenida. Se concluye que la comunicación, confianza y responsabilidad son indicadores de escaso desarrollo en el colectivo. El análisis del discurso, desde la perspectiva de los estudiantes, devela diversas visiones de las prácticas docentes relativas al compromiso bioético, planteándose entonces la necesidad de repensarlas para contribuir con una formación profesional de real compromiso social.

Palabras clave: bioética, investigación cualitativa, compromiso, odontología

Students commitment to bioethics during the process of clinical training in Dentistry

Abstract: This study pretends to understand, through speech analysis, the commitment to bioethics of dentistry students, who participate in the process of clinical training. Through a qualitative methodology the object of study was approached in its natural setting. Data collection was carried out through diverse information sources. The instruments used were documental analysis, observation without participating and semi structure interviews. In order to analyze data, meaningful topics were identified, determining units to record for categorizing information. To understand the processes involved, empirical information is shown by describing tendencies. These describe empirical information using indicators for each category. The analysis builds the meaning of information recorded. It is concluded that communication, trust and responsibility are indicators of scarce development in general. Speech analysis, under the perspective of students, reveals diverse visions about teaching practices related to bioethics commitment, raising the need to reconsider these practices in order to contribute to a professional training of real social commitment.

Key words: bioethics, qualitative research, commitment, dentistry

Compromisso bioético dos estudantes durante processo de ensino-aprendizagem clínico em Odontologia

Resumo: Este estudo pretende compreender, por meio da análise do discurso, o compromisso bioético de estudantes de odontologia que participam do processo ensino-aprendizagem clínico. Mediante uma metodologia qualitativa se abordou o objeto de estudo em seu cenário natural. A coleta de dados foi realizada por meio de diversas fontes de informação. Os instrumentos utilizados foram análise documental, observação não participante e entrevista semiestruturada. Para analisar os dados se identificaram temas significativos, determinando unidades de registro com a finalidade de categorizar a informação. Para compreender os processos envolvidos se apresenta informação empírica mediante descrição de tendências. Estas descrevem a informação empírica utilizando indicadores por categoria. A análise explicativa reconstrói o sentido da informação obtida. Conclui-se que a comunicação, a confiança e a responsabilidade são indicadores de escasso desenvolvimento no coletivo. A análise do discurso, a partir da perspectiva dos estudantes, desvela diversas visões das práticas docentes relativas ao compromisso bioético, propondo-se então a necessidade de repensá-las para contribuir com uma formação profissional de real compromisso social.

Palavras-chave: bioética, investigação qualitativa, compromisso, odontologia

¹ Departamento de Prótesis, Facultad de Odontología, Universidad de Chile, Chile

Correspondencia: ximendalee@gmail.com

² Departamento de Educación en Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Chile

Introducción

El acto médico es considerado complejo, pues implica poseer tanto conocimiento científico como capacidad de reflexión, esta última relacionada con la toma de decisiones, contando con “la autonomía y libertad del paciente, que es el directamente afectado por estas decisiones” (1). En Chile, debido a la inequidad en el acceso a la salud, que desfavorece a la población más vulnerable (2), esta toma de decisiones tiene lugar “en situaciones sociales de gran complejidad y ambigüedad, que no pueden resolverse por la mera aplicación de conocimientos científicos” (3). En este contexto, la bioética es la disciplina que proactivamente se ocupa de legitimar estos procedimientos y resultados, promoviendo participación y diálogo, porque pertenecer a una profesión no es solo una determinación técnica, sino también “una manifestación moral, un acto de pública adhesión a un conjunto de valores” (4), en definitiva, es el compromiso moral que adquiere el profesional con el restablecimiento de la salud de los demás.

Durante la actividad clínica se establece una “relación odontólogo-paciente”, puente que une la patología que aqueja al enfermo y el restablecimiento de la salud. En este compromiso adquirido por el profesional se hace necesario “proceder del modo de unir ternura con firmeza, condescendencia con autoridad, para inspirar gratitud, respeto y confianza” (5). En su esencia, la relación está fundada en libertades individuales, mediadas por deberes y derechos, que dan como resultado un acuerdo consensuado (6), es decir, una “relación colaborativa, en orden a conseguir un fin ventajoso para ambos”. El consentimiento informado que surgiría de esta relación dialógica entre profesional y paciente transcurre dentro de un proceso informativo, considerándolo una consecuencia de la autonomía, entendida esta última (7) como un principio de permiso, en el que se “fundamenta la moralidad del respeto mutuo, que exige que solo se utilice a otras personas si éstas dan previamente su consentimiento, no debiéndose utilizar a pacientes como simples medios para un fin”, y en la cual “la técnica estará sometida a consideraciones éticas, pues es un ejercicio del poder humano, es decir, una forma de actuación y toda forma de actuación está expuesta a examen moral” (8).

Otro valor inherente a la práctica clínica se relaciona con la responsabilidad del profesional que tiene la obligación ética de hacer el bien a los demás y respetar el marco jurídico establecido por la sociedad, controlando lo que se hace sin delegar el compromiso. Esto da lugar a la existencia de responsabilidades éticas primarias de máximos y secundarias o jurídicas de mínimos (6): “Los principios de no maleficencia y de justicia tienen carácter público, determinando deberes para con todos los seres humanos, tanto en el orden de su vida biológica (principio de no maleficencia) como en el de su vida social (principio de justicia). Estos principios definen los deberes que son universalizables y exigibles a todos por igual, incluso coactivamente”. Las responsabilidades dependen también del pluralismo moral (9), puesto que en una sociedad hay distintas éticas de máximos con variadas propuestas de vida feliz, pero comparten mínimos de justicia concretados en valores y principios.

Durante el acto odontológico surgen derechos, deberes y relaciones recíprocas entre paciente y profesional. En términos generales, al odontólogo le “corresponde garantizar la seguridad, prevención, tratamiento y control de los procesos y procedimientos relacionados con las enfermedades de su competencia”. Al paciente le asiste el “deber de observar y seguir reglamentos institucionales, indicaciones y cuidados que el odontólogo recomienda” (10).

Para que esta relación dialógica sea fructífera, la comunicación es un factor relevante, especialmente si se considera que la principal fuente de quejas odontológicas tiene origen en problemas de este tipo (4). Se sabe que aquellos pacientes que conocen los riesgos de los tratamientos son menos propensos a reclamar mala práctica. También factores como la interculturalidad (11, 12) influyen en la comunicación, por ello es importante que los estudiantes piensen, discutan y participen con pacientes en diferentes contextos.

A partir de los antecedentes expuestos, el objetivo que orientó el proceso de indagación fue comprender las prácticas educativas odontológicas en relación con el grado de compromiso bioético, en tanto a deberes y derechos del paciente, según la reflexión de estudiantes de odontología.

Material y método

Paradigma: La perspectiva epistemológica se inscribe en el marco del paradigma hermenéutico, que propone una metodología cualitativa para abordar el objeto de estudio.

Método: Para comprender el compromiso bioético en la enseñanza odontológica, se investiga este proceso en una institución educacional a partir de la perspectiva de estudiantes, indagando opiniones, percepciones e interpretaciones que éstos expresan acerca del fenómeno en estudio, mediante entrevistas semiestructuradas y notas de campo.

Diseño metodológico:

Tipo de estudio: Se realizó un estudio instrumental de casos(13), pertinente para estudiar realidades socioeducativas.

Objeto de estudio: Esta investigación tiene como objeto de estudio los deberes y derechos de los pacientes en relación al compromiso bioético de los estudiantes, durante la práctica educativa odontológica. La investigación se centró en la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile (FOUCH), ubicada en Santiago de Chile. Es un estudio de caso único situacional(13), ya que el análisis se centró en esta institución, específicamente en la asignatura de Prótesis Totales (APT). Es de tipo instrumental, porque institución y asignatura representan un instrumento que aporta elementos que permiten profundizar la comprensión en torno a procesos de enseñanza-aprendizaje clínico. Los criterios de selección fueron: 1) institución más antigua del país en la formación de cirujanos dentistas; 2) la institución y asignatura han sido de fácil acceso; 3) la asignatura es de carácter anual, y 4) los actores institucionales han manifestado interés y apertura para la realización del estudio.

Recolección de los datos:

Fuentes de información: 1) información teórica bibliográfica, 2) información contenida en documentos institucionales, y 3) información empírica recogida a partir de entrevistas y notas de campo.

Etapas establecidas para la recolección de la información:

Acercamiento al campo mediante los siguientes procedimientos metodológicos: 1) lectura y análisis de documentación vinculada al programa de la asignatura de Prótesis Totales; 2) observación como método de recogida de datos y 3) entrevistas semiestructuradas aplicadas a informantes (en esta etapa se realizaron seis entrevistas).

Instrumentos de recolección de datos:

Análisis documental: lectura e interpretación de documentos vinculados al programa de estudio de la asignatura, provenientes de la Universidad de Chile y de la Facultad de Odontología, y documentos históricos institucionales.

Observación no participante: se han tomado en cuenta tres criterios según(14): 1) grado de control, sin controlar la situación; 2) grado de estructuración, no estructurada, y 3) grado de participación, no participante. Al iniciarse la sesión, el investigador se presentó informando a los actores involucrados acerca del objetivo de la investigación. Los criterios que predominaron para seleccionar las situaciones a observar fueron: 1) accesibilidad a núcleos de acción clínica; 2) riqueza de contenido por la intensidad de la experiencia, y 3) pertinencia con relación al tema de interés. Para la recolección de la información obtenida durante las instancias de observación se utilizó el registro de tipo etnográfico, procurando captar la escena en su complejidad. Para esta fase, se observó durante una jornada clínica a un grupo de estudiantes con el docente encargado durante la atención de pacientes.

Entrevistas semiestructuradas: se aplicaron a seis actores seleccionados como informantes, según criterios de inclusión: tres estudiantes de 5° año y tres de 6° año, con duración de 40 a 60 minutos cada una. Para cada entrevista se utilizó un guión orientador, teniendo en cuenta las categorías de análisis del estudio e indicadores de proceso, y notas de campo. A modo de validación, dos académicos del área, con postítulos en educación, que no formaban parte del estudio, analizaron la comprensibilidad de las preguntas para los entrevistados, realizándose luego las correcciones sugeridas. Antes de cada entrevista se aplicó un protocolo de conversación y un guión básico de preguntas.

Presentación de los datos: durante la recolección de la información, se revisaron los registros y notas de campo en búsqueda de las categorías. Para ordenar la información, se llevaron a cabo los siguientes pasos: 1) mediante la lectura reiterada de citas, se identificaron aquellos temas significativos, por aparición frecuente en conversaciones y registros, o por relevancia para el objeto de estudio; 2) la identificación de temas posibilitó la determinación de “unidades de registro”(13). Se mantuvo la redacción de los documentos revisados, vocabulario, dichos y expresiones de los sujetos entrevistados; 3) la identificación de unidades temáticas determinó el comienzo del proceso de categorización de la información, clasificando conceptualmente las unidades cubiertas por un mismo tópico. Para establecer las categorías de análisis se recurrió a un proceso deductivo-inductivo, es decir, se utilizaron categorías amplias, definidas *a priori*, a partir del marco teórico, modificándose según el conjunto de datos al cual han sido aplicadas, y 4) una vez efectuada la síntesis conceptual, se agruparon las unidades correspondientes a cada categoría.

Análisis descriptivo-explicativo de la información:

Etapa 1: Descripción de datos recogidos y organizados en matrices construidas por categorías, con inclusión de información detallada, especialmente de significados y percepciones registradas durante la recolección de datos. En cada matriz se sistematizaron las tendencias que presentó cada indicador.

Etapa 2: Síntesis explicativa de los elementos más significativos surgidos a partir de tendencias reflejadas en cada matriz, con el propósito de realizar una reconstrucción nueva del sentido de la información desde la perspectiva de los investigadores.

Análisis interpretativo de los datos: se recreó el contenido de los datos a partir de interpretar lo captado. Los datos descriptivos se transformaron en elementos significativos cuyo conjunto fue integrado en un marco interpretativo más amplio. Se confrontaron los resultados obtenidos del análisis descriptivo con el marco de trabajo desarrollado originalmente, estableciendo conexiones entre categorías y entre teoría y datos.

Criterios de validez y confiabilidad: para asegurar la validez científica, se tuvieron en cuenta los criterios de excelencia propuestos por el “paradigma naturalista”(15): 1) credibilidad, 2) transferibilidad, 3) dependencia, y 4) confirmabilidad. Para asegurar la confiabilidad, se explicitó el modo de recogida de datos, garantía de los informantes y significación teórica de las interpretaciones.

Definición de las categorías de análisis: las categorías e indicadores relativos al compromiso bioético fueron seleccionados solicitando asesoría de un académico, directora(s) Departamento de Educación en Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad de Chile:

Categoría I: Bioética en la atención de salud, centrada en deberes y derechos, en APT, FOUCH: forma de medicina (o de odontología) y de ciencia que, proactivamente, se ocupa de legitimar los procedimientos y resultados, a través de la participación y el diálogo, tomando como centro los deberes y derechos de los sujetos. En este marco se proponen como indicadores: I.1 Calidad de la atención, I.2 Respeto, y I.3 Confidencialidad.

Categoría II: Relación odontólogo-paciente en APT: puente que une la patología que aqueja al enfermo y el restablecimiento de la salud, estableciéndose interacciones entre ellos. Los indicadores propuestos son: II.1 Comunicación, II.2 Confianza y II.3 Responsabilidad.

Resultados

Análisis descriptivo-explicativo de la Categoría I: Bioética en la atención de salud, centrada en deberes y derechos, en APT, FOUCH. Esta categoría, relativa al compromiso bioético, da cuenta del concepto de calidad de la atención, distinguiendo componentes tales como excelencia profesional, uso eficiente de recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción e impacto final en la recuperación de la salud. Según los criterios de evaluación de la APT, se clasifica como logrado cuando el estudiante demuestra las competencias cognitivas, asegurando que la realización de actividades clínicas sean reflexionadas previamente a la atención del paciente. Es destacable que los pacientes que históricamente se han atendido en la Facultad, lo hacen por el prestigio

relativo a calidad, seguridad, compromiso, tecnología de vanguardia, “búsqueda de la perfección”, entre otras razones expuestas. Respecto de este último atributo, para el estudiante significa que movilice conocimientos, habilidades y actitudes, mediando entre expectativas del paciente y exigencias del docente. Tanto en el programa de la asignatura como en la normativa de inscripción de pacientes, no son claras las condiciones que distinguen la calidad de los tratamientos. Por otro lado, tampoco se demanda el compromiso por escrito del paciente, a través del consentimiento informado, que asegure la confidencialidad. Las entrevistas develaron la opinión generalizada de que la difusión académica de antecedentes no representa un menoscabo para el paciente, aunque el edentulismo es un tema que socialmente afecta la calidad de vida.

Análisis descriptivo-explicativo de la Categoría II: Relación odontólogo-paciente en APT, FOUCH: En esta categoría, el compromiso bioético es analizado indagando en los indicadores: comunicación, confianza y responsabilidad, relevantes para establecer la relación odontólogo-paciente, que une la patología que aqueja al enfermo —en este caso el edentulismo— con el restablecimiento de la salud a través de la rehabilitación protésica. La comunicación, como indicador de la categoría, no se considera como elemento constitutivo en la relación estudiante, paciente y docente. Se cita como objetivo a alcanzar y no como proceso necesario de diálogo y discusión de percepciones de unos y otros, en tanto a deseos y expectativas se refiera. Por ejemplo, los estudiantes necesitan una buena comunicación con los pacientes, que libere de miedos y prejuicios frente al tratamiento, y cuya calidad representará el éxito del año académico.

Respecto de confianza y responsabilidad, tampoco son indicadores explícitamente promovidos por alguno de los documentos analizados, aunque son destacados como valores importantes durante las entrevistas, por la relevancia durante la toma de decisiones clínicas del paciente. Es destacable que el paciente está otorgando la responsabilidad y su confianza a un odontólogo en formación, para la recuperación de las actividades funcionales y sociales perdidas por la mutilación dental. La responsabilidad profesional entonces se torna

fundamental, y así se establece en los documentos consultados, excepto en el programa de la asignatura, en el que es utilizada como indicador actitudinal. Cabe destacar que, ante la ley, cualquier perjuicio en la salud del paciente es de “responsabilidad” del dentista tratante, inclusive —no con la claridad del concepto legal del término— la refieren como la garantía ante el fracaso, que alguien se “haga responsable” si el tratamiento no resultase de acuerdo con las expectativas.

Discusión

Esta investigación ha revelado que los pacientes participan activamente en el proceso enseñanza-aprendizaje en odontología. En esta última, el estudiante en etapa de formación como odontólogo debe estar preparado cognitiva, psicomotora y actitudinalmente para prestar atención odontológica en cada área especializada. En quinto año de la carrera, es esperable que tenga desarrolladas las competencias necesarias, acordes con la condición de profesional de la salud comprometido. Pero percibe que es una especie de “estigma”, que por esa razón no tiene derecho a equivocarse, generando inseguridad, especialmente por el temor a ser mal evaluado y calificado por ello.

Los estudiantes asumen que el paciente ideal, dadas estas condiciones, es aquel que se compromete sabiendo en primer lugar “a qué viene” cuando opta por la atención en la FOUCH, debiendo ser puntual, responsable y que “no se queje por todo”, es decir, que acepte la atención dental tal cual como se presenta.

El respeto es percibido por los estudiantes como un valor que ejercen con los pacientes, aunque perciben que no reciben de parte de los docentes ese mismo grado de respeto, ya que generalmente son descalificados cuando los procedimientos clínicos fallan. Les gustaría que les mostraran en qué se equivocaron, para enmendar el error, sin necesidad de amonestarlos públicamente, por ejemplo, frente a pacientes y pares.

Respecto del profesionalismo, este término no debiera ser controversial en esta etapa de consolidación profesional. Los estudiantes manifiestan que “no son dentistas aún”, y que tienen derecho a equivocarse y ser asesorados por el docente. No

sienten que el profesionalismo —u otros valores como el respeto, la responsabilidad y las actitudes hacia la profesión— tenga relación directa solo con lo cognitivo, encontrando injusto que se les diga constantemente “que no estudian” y “que no saben nada”, y que sean mal evaluados y descalificados por no tener la respuesta que el docente quiere escuchar, la cual en general necesita reflexión en torno a experiencias clínicas aún insuficientes. De allí que demuestren tendencia a la frustración, no generándose diálogo reflexivo con los docentes desde una mirada más humanista que científica. Bermúdez(16), con relación a las “Necesidades de la Bioética en la Educación Superior”, se pregunta: ¿qué tipo de personas, de ciudadanos queremos formar? ¿Cuáles son las falencias, debilidades, necesidades de los jóvenes en la dimensión ética y moral? La “autoformación en valores”, percibida en esta investigación, es un contrasentido si en la misión institucional se declara que los estudiantes tienen una fuerte vocación social.

Conclusiones

La comunicación, la confianza y la responsabilidad son indicadores de escaso desarrollo en este colectivo. El análisis del discurso de los estudian-

tes devela diversas visiones de las prácticas docentes relativas al compromiso bioético, planteándose entonces la necesidad de repensarlas para contribuir con una formación profesional de real compromiso social. Las bases de esta nueva perspectiva deberían considerar que:

La odontología no es una profesión aislada, forma parte de equipos de salud en los que se interactúa con otras especialidades médicas y en los cuales la bioética tiene un desarrollo curricular más amplio.

Los estudiantes deben contribuir a la resolución de casos con diversos enfoques y contextos, y será la formación bioética la que aporte herramientas para desarrollar el sentido crítico respecto de responsabilidades y del compromiso tanto consigo mismo como con los demás.

La satisfacción por el éxito clínico no debe conformarse con el cumplimiento de requisitos funcionales y estéticos, sino que además es necesario aprender a dialogar, libre y autónomamente, con pacientes y estudiantes, apoyándoles con dignidad y respeto, estableciendo los límites de las acciones clínicas y reconociendo el potencial poder que pueda estar ejerciéndose.

Referencias

1. Asnariz T. ¿De qué hablamos cuando hablamos de bioética? *Revista Selecciones de Bioética* 2002; 1: 37-57.
2. Olavarría M. Acceso a la salud en Chile. *Acta Bioethica* 2005; 11(1).
3. Gadamer HG. *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa; 2001.
4. Cardozo C, Rodríguez E, Lolas F, Quezada A. *Ética y Odontología. Una introducción*. Escritos de Bioética N°2. Santiago de Chile: CIEB, Universidad de Chile; 2006.
5. Beauchamp T, Childress J. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford. New York; 2001.
6. Gracia D. *Bioética clínica*. Bogotá: El Búho; 1998.
7. Engelhardt H. *Los fundamentos de la bioética*. Barcelona: Paidós; 1995.
8. Jonas H. *Técnica, medicina y ética. La práctica del principio de responsabilidad*. Barcelona: Paidós; 1997: 55.
9. Cortina A. *Ética mínima: Introducción a la filosofía práctica*. Madrid: Tecnos; 1986.
10. Torres-Quintana M, Romo F. Bioética y ejercicio profesional de la Odontología. *Acta Bioethica* 2006; 12 (1): 65-74.
11. Warner J, et al. A patient-instructor program to promote dental students' communication skills with diverse patients". *J Dent Educ* 2007; 71(12): 1554-1560.
12. Warner J, et al. Dental students' attitudes toward treating diverse patients: effects of a cross- cultural patient-instructor program. *J Dent Educ* 2007; 71(2): 222- 226.
13. Rodríguez G, Gils J, García E. *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe; 1996.
14. Ruiz Olabuénaga J. *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto; 2003.
15. Gimeno Sacristán J, Pérez Gómez A. *La enseñanza: su teoría y su práctica*. Madrid: Ediciones Akal; 2008: 148-165.
16. Bermúdez C. Necesidad de la bioética en la educación superior. *Acta Bioethica* 2006; 12(1): 41-47.

Recibido: 6 de marzo de 2012

Aceptado: 25 de mayo de 2012