

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

NUEVOS TIEMPOS, NUEVAS IDEAS

ESCUELA DE POSGRADO

Dr. Luis Claudio Cervantes Liñán



MAESTRIA EN ESTOMATOLOGIA

TESIS

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE BIOÉTICA Y ACTITUD EN ALUMNOS
DE LA CLÍNICA DE LA FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA 2017**

PRESENTADO POR:

GIAN VIVIANA HUAPAYA PISCONTE

Para optar el grado de MAESTRO EN ESTOMATOLOGIA

ASESOR DE TESIS: DR. GREGORIO LORENZO MENACHO ANGELES

2 0 1 8

DEDICATORIA

A Dios por constituir mi mayor estímulo en los momentos más difíciles para lograr mis objetivos personales y profesionales. Y a mi familia por el amor, apoyo incondicional y paciencia que muestran siempre y por ser el ejemplo en vida.

AGRADECIMIENTO

A todas las personas que han contribuido a mi formación profesional. Entre ellas mis profesores y compañeros de estudio por su apoyo y colaboración en cada momento. A mi familia que han disfrutado conmigo de mis logros así como de mis fracasos por su incondicional ayuda y apoyo para ejercer la estomatología de la mejor manera.

INDICE

CARATULA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE	iv
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	xii

CAPÍTULO I

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1	Marco Histórico	14
1.2	Marco Teórico	17
	1.2.1 Conocimiento de bioética	20
	1.2.1.1 Conocimiento de información	27
	1.2.1.2 Conocimiento vs comunicación	34
	1.2.1.3 Conocimiento vs toma de decisión	35
	1.2.1.4 Tendencia del conocimiento	37
	1.2.1.5 El proceso de conocimiento	42
	1.2.2 Marco teórico de actitud	43
	1.2.2.1 Tendencia de la actitud	44
	1.2.2.2 Actitudinal	49
	1.2.2.3 Dialogo	50
	1.2.2.4 Concepción del mundo	iv 52

1.3	Investigaciones	52
1.3.1	Investigaciones Internacionales	52
1.3.2	Investigaciones Nacionales	54
1.4	Marco Conceptual	58

CAPÍTULO II

EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1	Planteamiento del Problema	65
2.1.1	Descripción de la Realidad Problemática	65
2.1.2	Definición del Problema	67
2.1.2.1	Problema Principal	67
2.1.2.2	Problemas Específicos	67
2.1.2.2.1	Problema Específico (1)	67
2.1.2.2.2	Problema Específico (2)	67
2.1.2.2.3	Problema Específico (3)	68
2.2	Finalidad y Objetivos de la Investigación	68
2.2.1	Finalidad	68
2.2.2	Objetivo General y Específicos	69
2.2.2.1	Objetivo General	69
2.2.2.2	Objetivos Específicos	69
2.2.2.2.1	Objetivo Específico (1)	69
2.2.2.2.2	Objetivo Específico (2)	69
2.2.2.2.3	Objetivo Específico (3)	69
2.2.3	Delimitación del Estudio	70
2.2.3.1	Delimitación temporal.	70
2.2.3.2	Delimitación espacial	70
2.2.3.3	Delimitación conceptual	70

2.2.4	Justificación e Importancia del Estudio	71
2.3	Hipótesis y Variables	72
2.3.1	Supuestos Teóricos	72
2.3.2	Hipótesis Principal y Específicas	74
2.3.2.1	Hipótesis Principal	74
2.3.2.2	Hipótesis Específicas	74
2.3.2.2.1	Hipótesis Específicas (1)	74
2.3.2.2.2	Hipótesis Específicas (2)	74
2.3.2.2.3	Hipótesis Específicas (3)	74
2.3.3	Variables e Indicadores	75

CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS

3.1.	Población y Muestra	78
3.1.1.	Población	78
3.1.2	Muestra	78
3.2.	Diseño (s) utilizados en el estudio	79
3.3.	Técnica (s) e instrumento (s) de Recolección de Datos	79
3.4.	Procesamiento de Datos	80

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1.	Presentación de Resultados	81
4.2.	Contrastación de Hipótesis	88
4.2.1	Hipótesis general	88
4.2.2	Hipótesis derivada (1)	89
4.2.3	Hipótesis derivada (2)	90
4.2.3	Hipótesis derivada (3)	91
4.3.	Discusión de Resultados	92

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1	Conclusiones
5.2	Recomendaciones

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. Correlación entre actitud y el conocimiento en bioética en los alumnos de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017.	86
Tabla N° 2. Correlación entre actitud y el conocimiento en bioética en los alumnos de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017.	87

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Figura N° 1.	Conocimiento bioético de los alumnos de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017.	82
Gráfico N° 2.	Conocimiento bioético según dimensiones de los alumnos de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017.	83
Gráfico N° 3.	Actitud de alumnos de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017.	84
Gráfico N° 4:	Actitud de alumnos de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2015.	85

RESUMEN

El presente trabajo de investigación titulado: “NIVEL DE CONOCIMIENTO DE BIOÉTICA Y ACTITUD EN ALUMNOS DE LA CLÍNICA DE LA FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA, 2017”, tuvo como objeto general determinar la relación del Nivel de Conocimiento de Bioética en la actitud en los alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017. Esto como respuesta al problema ¿De qué manera se relaciona el Nivel de Conocimiento de Bioética en la actitud en Alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017?

La investigación se desarrolló bajo el tipo de investigación correlacional, nivel de investigación básico, diseño no experimental, transversal.

La población en estudio estuvo constituida por 145 alumnos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017; la muestra fue de 95 alumnos con un muestreo no probalístico. Se validaron los instrumentos y se señaló la validez y la confiabilidad, mediante la técnica de opinión de expertos y alfa Cronbach; la técnica que se ejecutó fue una encuesta y el instrumento el cuestionario graduado en la escala de Likert para ambas variables. Los instrumentos utilizados para la medición de las variables fueron validados por jueces expertos para ello realizaron la evaluación 3 doctores en estomatología, validación de constructo. La prueba estadística fue ,000 el margen de error utilizado fue de 0.05. Los resultados fueron que existe una correlación inversa positiva moderada a partir de los resultados hallados con la prueba Rho de Spearman entre el nivel de conocimiento de bioética y la actitud en los alumnos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017. Por ende, se llegó a determinar la hipótesis y el objeto general del estudio.

Palabras claves: Conocimiento, Bioética, actitud, toma de decisiones, calidad.

ABSTRACT

The present research work entitled "LEVEL OF KNOWLEDGE OF BIOETHICS AND ATTITUDE IN STUDENTS OF THE CLINIC OF THE FACULTY OF STOMATOLOGY OF THE INCA GARCILASO DE LA VEGA UNIVERSITY, 2017", had as general objective to determine the relation of the Level of Knowledge of Bioethics in the attitude in the students of the tenth cycle of the Clinic of the Faculty of Stomatology of the University Inca Garcilaso de la Vega, 2017. This in answer to the problem How the Level of Knowledge of Bioethics relates in the attitude in Students of the tenth cycle of the Clinic of the Faculty of Stomatology of the Inca University Garcilaso de la Vega, 2017?

The research was developed under the type of correlational research, level of basic research, non-experimental, cross-sectional design.

The study population was constituted by 145 students of the Faculty of Stomatology of the University Inca Garcilaso de la Vega, 2017; the sample was 95 students with non-probabilistic sampling. The instruments were validated and the validity and reliability were pointed out, using the expert opinion technique and alpha Cronbach; the technique that was performed was a survey and the instrument the questionnaire graded on the Likert scale for both variables. The instruments used for the measurement of the variables were validated by expert judges. For this purpose, the evaluation carried out 3 doctors in stomatology, validation of the construct. The statistical test was, 000 the margin of error used was 0.05. The results were that there is a moderate positive inverse correlation from the results found with Spearman's Rho test between the level of knowledge of bioethics and attitude in the students of the Faculty of Stomatology of the University Inca Garcilaso de la Vega, 2017 Thus, the hypothesis and the general purpose of the study were determined.

Key words: Knowledge, Bioethics, attitude, decision making, quality.

xi

xiii

INTRODUCCIÓN

El presente estudio tiene como propósito dar a conocer el nivel de conocimiento de bioética en las prácticas en la Clínica de la Facultad Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

En tal sentido, se explica en que consiste tanto el conocimiento de bioética sin dejar de mencionar las consecuencias de la falta de la misma en las prácticas a los pacientes.

Se pretende con este proyecto demostrar por una parte, las ventajas del conocimiento de bioética como una alternativa para mejorar las prácticas profesionales en odontología y por la otra contribuir con una mejor actitud más eficaz hacia los pacientes.

Para efectos de esta investigación se realizó un estudio mediante el desarrollo de encuestas a los pacientes de odontología de la Clínica de la Facultad Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, se tomaron en cuenta los resultados de las encuestas para establecer relación de la falta de conocimiento de bioética.

La tesis consta de cinco capítulos, los que a continuación detallamos: El capítulo primero contiene los fundamentos teóricos donde se detalla las teorías y fundamentos del conocimiento en bioética y la actitud de los profesionales en estomatología. El capítulo segundo corresponde a los aspectos de la problemática, objetivos, hipótesis que orientaron ^{xii} investigación, el mismo consta de tres partes: la primera contiene el planteamiento del problema, las preguntas y los antecedentes de la investigación; la segunda contiene la finalidad y objetivos de la investigación en el que se explicita el tipo de investigación; la tercera Hipótesis y variables e indicadores. El capítulo tercero se tiene como

puntos el método, técnica e instrumentos, mediante el proceso de recolección de datos, el área de estudio, la muestra, los métodos y técnicas utilizados en la investigación y su respectivo procesamiento de datos. En el capítulo cuarto se presenta la fundamentación de los resultados, la cual se constituye en el marco de referencia de la investigación bajo un enfoque en la estomatología. El capítulo quinto se constituye en la parte más importante de la tesis; ahí se presentan los hallazgos concluyentes con sus respectivas recomendaciones.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Marco Histórico

La evolución de la bioética es de la siguiente manera:

a) La bioética, constituida por segregación interna

La expresión de la bioética como primera alternativa evolutiva nace desde la opinión común.

La bioética es una parte de la antigua ética, que se ocupa de la vida orgánica. La bioética es ética aplicada a la medicina.

La bioética podría ser entendida, en efecto, como una rama particular de la ética, entendida como una disciplina supuestamente más genérica, como una ética aplicada a las conductas a las conductas y situaciones específicas que se plantean a quienes tratan con la vida orgánica humana (aun cuando el término bios desborda, como hemos visto, la vida humana y se extiende también a la vida orgánica animal y vegetal) eminentemente los médicos y otros profesionales de la salud orgánica humana. Pero habría que distinguir tres órdenes de salud, la salud del cuerpo orgánico, la salud del cuerpo social y la salud del alma.

En este orden la ética médica procede aplicando a situaciones clínicas supuestos principios generales de la ética, tomados de la teoría de la justicia donde el autor cita a John Rawls (1979, aunque también “utiliza principios de la moral y del derecho vigentes”. El análisis ético o moral del acto médico arrojaría como resultado que no sólo contribuyen a su calificación ética las normas estrictamente médicas, sino también de las normas metafísicas referidas a la autonomía del paciente (principio de autonomía) o las normas políticas que regulan su situación económica o social (Bueno, 2011, p. 122).

Esta idea busca el plano de la vida, la vida es, sin el perjuicio de reconocer la existencia de ciertas propuestas teóricas vinculadas con el sentido ontológico de la bioética como disciplina, bajo el cuidado ético hacia la vida humana y el control de esta vida bajo el control bioético.

Gracia (1977), en el supuesto de que el principio general ético que ha sido utilizado en la ética empresarial y que se conoce como el principio de la excelencia (Citado en Bueno, 2011, p. 155).

b) La bioética, constituida como aplicación de la ética a la vida

La segunda alternativa, la que considera la bioética como un resultado de la aplicación de la ética a la medicina. “Pero cabría mantener su especificidad interpretando la ética como ética teórica (*non includens prudentiam*) y bioética como ética *includens prudentiam*. El fundamento de esta distinción podría ser el hecho de que la estructura de la bioética se ha ido decantando hacia las consideraciones de situaciones que requieren decisiones prácticas bioéticas prudentiales perentorias.

La principal dificultad que suscita esta interpretación tiene que ver con el concepto mismo de ética *non includens prudentiam*. Desde la

teoría del cierre categorial esta ética sería una ética teórica que pretendería acogerse a la forma de una construcción operatoria: la ética more geométrico de Espinosa podría ser citada como la mejor aproximación a esta ética non includens prudentiam, la cuestión es si efectivamente puede afirmarse que una ética. De sus teoremas no es una fácil derivar siempre decisiones prácticas o juicios muy circunstanciados, pero esto no significa que ella se mantenga en un éter teórico puro, expresión que acaso pudiera traducirse por anantrópico. La prudencia estaría implicada en los mismos principios éticos, en la medida en que la ética parte ya de la existencia de individuos deseantes, punto de vista ético. Y desde el punto de vista, tan prudencial habrá que suponer que es la bioética como la propia ética general”.

c) La bioética como intersección de disciplinas

Más fundamentos podrían tener la consideración de la bioética como resultado de una composición intersección de otras diversas disciplinas o partes suyas. Unas de índole ética, como puedan serlo la teoría de los derechos humanos, interpretados sus contenidos como siendo predominantemente de naturaleza ética. Los llamados derechos humanos, serían derechos o deberes ético, es decir, no morales ni jurídicos por sí mismo. Pero también entran en la formación de la bioética disciplina de índole sociológica, médica, biológica, política o teológica.

Desde luego, se advierte un cierto consenso según el cual la bioética es una disciplina interdisciplinar. Además de mantener su nombre bioética, considera la ética como la disciplina dominante lo que nos es nada evidente; con un enfoque hacia la cuestión de la pluralidad de sistemas éticos, que rompen, además la supuesta unidad pragmática de la disciplina.

d) La bioética como descubrimiento de un campo nuevo

Para Kant la bioética busca “la presentación de la bioética como disciplina instituida a partir de descubrimientos o inventos tecnológicos, o incluso ontológicos. Hay un estado más o menos difuso entre los profesores europeos de las últimas décadas que tienden a concebir a la modernidad como una época del descubrimiento moderno de la persona en cuanto fuente de los deberes éticos y de los derechos jurídicos, así como de las declaraciones universales de derechos humanos.

Desde que la bioética reposa en el descubrimiento moderno de la personalidad con un sentido análogo a como se habla del descubrimiento moderno con enfoque moderno de la persona individual como instrumento ideológico de la nueva sociedad del mercado capitalista.

La expansión de la bioética se vinculada a los avances de la medicina iniciados hace un siglo, se incrementaron de un modo cualitativamente distinto después de la Segunda Guerra Mundial (antibióticos, cirugía de trasplante de órganos, bioquímica y robótica y últimamente, sobre todo, con el descubrimiento del código genético, el control de genoma y la ingeniería genética que aquel descubrimiento comporta). El descubrimiento del código genético representa en biología un suceso similar a lo que en tecnología representa los ordenadores, puestos a punto asimismo hacia los años setenta.

Pero una cosa es que la aparición y expansión de bioética este asociada a estos nuevos descubrimientos tecnológicos, y otra cosa es que pueda afirmarse que la bioética se constituye como disciplina por la consideración de ellos, a la manera como la termodinámica se

constituyó tras el invento de las máquinas de vapor. Los descubrimiento e inventos tecnobiológicos no constituyen en el campo de la bioética y por tanto, la vinculación entre la bioética y esos nuevos campos ha de establecerse de otro modo: la bioética está tan cerca de la ética como de la biología, aunque no sea ni ética sólo, ni sólo biología.

e) La bioética como reorganización de un sistema previo

El proceso de constitución de la bioética como un proceso de reorganización de un supuesto sistema de disciplina ética, moral o jurídica, similar a aquel en virtud del cual decimos que la sociología de Comte reorganizó el sistema de las ciencias de la naturaleza y de las ciencias del hombre vigente en los principios del siglo XIX. Podrían interpretarse algunos hechos en este sentido sobre todo, si se insiste en una contraposición entre determinadas direcciones de la bioética con otras en la ética tradicional.

Esta fundamental agrupación de la bioética no se representa como una disciplina que implique una reorganización de un sistema previo, sino más bien como una disciplina relativamente nueva que se agrega al acervo interdisciplinar.

f) La bioética como inflexión de materiales anteriores

Por supuesto, en ellos “hay que incluir al conjunto de disciplinas que proceden de la época anterior a nuestro presente planetario. De este conjunto de disciplinas hay que partir, porque nuestro presente no es ni la época de los contactos en tercera fase, ni la época del fin de la historia, ni la época postmoderna, es una realidad ética definible por dos hechos objetivos y el hecho de la conceptualización técnica o científica prácticamente total de los contenidos que están en el mundo que rodea al hombre.

El presente es la época en que los individuos y los grupos han perdido de hecho su relativa capacidad de aislamiento sustancialista, puesto que hoy influyen mutuamente, puesto que hoy del virus del sida, los individuos son una parte de un todo atributivo planetario único, y se sabe que la defensa de la vida es, por tanto, algo vinculado a las coordenadas ecológicas.

El antepresente, es decir, nuestro pretérito contiene sistemas normativos múltiples, así como diversos sistemas categoricos y tecnológicos: las ciencias naturales, la medicina y sus códigos, la biología y los suyos propios.

En nuestro presente el que obliga al repliegue o inflexión de muchos sectores de la disciplina tradicionales y aún de las disciplinas mismas “la medicina se repliega por la biología”.

A su vez, se puede decir que ocurre en la relación médico enfermo consumidor; concentrado en la práctica hospitalaria por un lado, y en la práctica política nacional o internacional por otro, determinarán los repliegues de las disciplinas tradicionales y estas confluencias prácticas y conflictivas de la bioética del presente.

Las novedades que suponen están a la base de la constitución de la bioética son novedades que tiene que ver con la vida (bios en general) pero también novedades que tienen que ver con la situación de la ética en general y con otras disciplinas afines (disciplinas jurídicas, morales, medicina legal, etc.) (Bueno, 2011, p. 156).

Podemos decir que los autores consideran que la vida orgánica tiene una perspectiva biológica y la perspectiva médica, siendo la bioética una inflexión de la medicina.

1.2 Marco Teórico

1.2.1 Conocimiento de bioética

Considera que el objeto propio de la bioética es, según su definición, la vida (bios) en la medida en que esta entra en la esfera de la acción humana y de la responsabilidad moral a partir de las posibilidades abiertas por las ciencias biomédicas (Cabello, 2009, P. 74).

Propone que la bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y de la salud, desde el punto de vista de la licitud o ilicitud moral de sus acciones o intervenciones. En la bioética incide de manera significativa la visión que se tenga del ser humano, hasta el punto de que dicha visión condiciona y fundamenta la solución ética de cada intervención técnica que se realice (Andrés, 2010, P. 172).

Entonces la bioética según el autor enmarca sobre un ámbito de la moralidad sobre los tratamientos médicos o a la innovación tecnológica en seres humanos, pero otros autores opinan que la bioética debe incluir la moralidad de todas las acciones para poder ayudar a los pacientes.

Potter (1971), nos dice que es urgente para la supervivencia del ser humano y para implementar la calidad de vida una nueva visión que proporcione el conocimiento acerca de cómo usar el conocimiento. Un instituto de supervivencia no es suficiente. Nosotros necesitamos desarrollar la ciencia de supervivencia, y esta debe comenzar con una nueva clase de ética la bioética. La nueva ética podría denominarse ética, interdisciplinar, definiendo interdisciplinariedad de manera que incluya las ciencias y las humanidades (Citado en Quinzá, 2012, P. 341).

La bioética surge como una nueva disciplina que, desde un enfoque plural, se coloque en relación el conocimiento del mundo biológico con la formación de actitudes y políticas encaminadas a conseguir el bien social. Su creador Potter (1971), el puente entre las ciencias y las humanidades. Las materias que trata la bioética tiene reflejo inmediato en el ámbito jurídico, tanto en el ámbito legislativo y jurisprudencial como desde el punto de vista del interés práctico de los que trabajan en estos campos, que implican responsabilidades problemáticas (Citado en Prats, 2003, P. 54).

Reich (1994), consideró que el objetivo principal de la bioética es una nueva disciplina que combina conocimientos biológicos con un conocimiento de los sistemas de valores humanos (Citado en López, 2009, P. 62).

Potter (1970) en su artículo publicado formula como objetivo de la bioética ayudar al género humano a alcanzar una participación racional, pero al mismo tiempo, precavida, en los procesos de la evolución biológica y cultural, añadiendo “elegí bio para representar el conocimiento biológico, la ciencia de los sistemas vivos y elegí ethics para representar el conocimiento de los sistemas de valores humanos (Citado en González, 2006, P. 24).

La bioética consiste, en una defensa del conocimiento, como una defensa de la vida, no en la oposición entre vida y conocimiento, un tema que proviene desde la tradición hebrea y que sitúa los peligros en el conocimiento, frente al cual rescata los parabienes de la moral y la ética (Aristizábal, 2004, P. 34).

En México, la Secretaría de Salud (2002) participa en el movimiento universal de la responsabilidad bioética, que obliga a un proceso dialectico del conocimiento científico y de las reflexiones morales, siendo la Comisión Nacional de Bioética el conducto para establecer este Código en cumplimiento del derecho constitucional de

protección a la salud, el que se sustenta en el Código de Ética para gobernar (Citado en Fortuna, 2010, P. 65).

La bioética ha venido a mostrar que el valor del conocimiento, en tanta información organizada, no reside en quienes lo generen sino en quienes lo usan. El sistema total (sistema de cuidado de la salud) es multifacético. Contiene conceptos, herramientas, personas, edificios, enlazados por inter-eses (vínculos entre seres) y formas de interacción propias de cada cultura o época (Lolas, 2000, P. 22).

El enfoque de estos autores con respecto a la bioética hace referencia a la naturaleza del conocimiento humano y sus limitaciones en el desarrollo de la comprensión realista del conocimiento biológico. La visión bioética en odontología se fundamenta en la solución ética de cada intervención en los casos odontológicos, incluyendo la moralidad en cada uno de los tratamientos para poder ayudar al paciente a lograr una mejor calidad de vida. La relación del conocimiento del mundo biológico con la formación de actitudes y políticas odontológicas buscando conseguir un bien social mediante los valores humanos de los odontólogos dando valor al conocimiento con información organizada en los odontólogos.

Considera que en las cuestiones bioéticas nos jugamos graves problemas de lo humano y nuestro propio futuro y supervivencia en el universo, de ahí que sea imprescindible, cuando menos, una actitud deliberativa, un esfuerzo de humildad intelectual, de apertura a otras opciones y argumentos, a la posibilidad de no tener razón y, en muchos casos, a la necesidad de los acuerdos pragmáticos, de mínimos básicos para la convivencia (Feito, 2010, P. 84).

Es por ello que la deliberación debería enmarcarse sobre un dialogo de aprender para lograr la verdad necesario para un cambio de

actitud, que puede lograr parcialmente la educación, por eso concluye que la posible imposibilidad de los acuerdos en bioética.

Por lo mismo considera que la bioética transita por el complejo sendero de las transformaciones contemporáneas en busca de una sensibilidad moral que trascienda o contenga sus efectos devastadores, tanto en lo que concierne al hombre como en aquello que está referido a las demás formas naturales (León, 2010, P. 218).

De otro lado la bioética ha de estar siempre al servicio de la vida dando sentido a la humanidad fabricando, mecanizando al hombre en su necesidad hacia una ciencia.

Por lo tanto la bioética deriva de los parámetros éticos para comprender el conocimiento de la vida para evitar el alejamiento de los fines morales en los avances técnicos científicos. La bioética tiene su base en el hombre para reflexionar y operar en la existencia humana.

Es necesario hablar de la necesidad de políticas más justas para lograr un desarrollo social con una base hacia la ética para lograr sociedades calificadas. Cuyas leyes deben basarse en la rectitud y honestidad para el hombre, así mismo el quehacer y finalidad de la bioética como reflexión acerca del bien del hombre, que oriente el actuar científico y tecnológico para evitar caer en los reduccionismos del hombre a simple material biológico. Finalidad que orienta las políticas estatales hacia un pleno servicio de la polis con sentido humano.

Kieffer (1983) considera que la bioética como una ciencia para la supervivencia humana, tiene que establecer puentes para las ideas éticas sociales ya existentes y orientaciones anticipadas. La función de la Bioética Puente se transforma así en una de la construcción de puentes hacia cada una de las especialidades y de puentes entre las

especialidades, con el fin de desarrollar más a fondo una bioética global que considere el bienestar humano en el contexto del respeto por la naturaleza (Citado en León, 2010, P. 374).

En el sentido de la actitud y de la acción, vinculo elementos de la bioética y la biopolítica, para sugerir aspectos que enriquecen los procesos de formación profesional en fisioterapia, fonoaudiología y terapia ocupacional. La bioética aporta, desde una perspectiva reflexiva y plural, que problematiza el ethos del bios, a la comprensión de la salud y la educación, entendiéndolas como procesos que favorecen la dignidad y la calidad de vida (Gómez, 2010, P. 222).

Se involucra los elementos amplios e integradores que aporta la bioética que involucra la formación profesional de fisioterapeutas, fonoaudiólogos y terapeutas ocupacionales, proponiendo elementos amplios e integradores de la bioética como las ciencias de la complejidad, la traducción, la imparcialidad y el disenso.

Engelhardt (1999) propone a la bioética con una función más modesta, pero de más largo alcance y significación: la bioética no es, otra cosa, que una lengua franca que permite traducir lenguajes técnicos, y por consiguiente cerrados, a lenguajes abiertos y naturales. En fin, la bioética, en este sentido, es una radical recuperación y exaltación del mundo de la vida, de la cual brota la biomedicina y las prácticas médicas, clínicas y tecno científicas que amenazan con hacer de los sistemas vivos estratégicos (Citado en Gómez, 2010, P. 355).

Mediante la discapacidad y los otros fenómenos de la vida que implican ajustes y nuevas oportunidades para tomar decisiones que transformen la realidad, construyendo sociedad desde acciones humanas para lograr mejores prácticas médicas.

Considera que para hacer frente a los problemas bioéticos es necesaria la prudencia, es preciso comprender la complejidad y la incertidumbre de la realidad, es imprescindible caer en la cuenta de la imposibilidad de hacer juicios apodícticos, de manejar una lógica demostrativa, como si pudiéramos movernos en el terreno de la ciencia, de la episteme donde no cabe el error ni la incertidumbre. No podemos pretender más que decisiones razonables, ponderando los factores en juego, a fin de disminuir la incertidumbre todo lo posible, y a este proceso se le denomina deliberación (Guerra, 2014, P. 177).

La bioética enfocada hacia la deliberación es un procedimiento que se utiliza para tomar decisiones. La deliberación es un tipo de conocimiento, un modo de razonar, propio de la prudencia de la vida práctica. Las decisiones son el resultado de este proceso de evaluación, sin criterios previos ni principios autoevidente, un proceso creativo, dinámico, en el que la razón va buscando nuevas respuestas coherentes ante una realidad compleja e incierta. Para la toma de decisiones en los problemas bioéticos para promover un auténtico cambio de actitud que nos sitúe en la línea del respeto mutuo.

De la Torre, (2011) nos dice que la bioética muestra así su enorme potencial, al poder convertirse, como afirma Gracia, en la auténtica ética civil. La magnitud de las aportaciones que la bioética va realizando, no sólo en cuanto a lo específico de las ciencias de la vida, sino en auténtica reflexión sobre la vida como problema, hace pensar que la bioética excede el campo de una ética aplicada, para constituirse como una auténtica ética civil (Citado en Guerra, 2014, P. 284).

Dentro de la ética ya no puede prescindir de la bioética con un modo de revitalización de la moral cívica, que constituye un verdadero

cambio hacia una actitud deliberativa. Bajo la enseñanza de la bioética trata de promover un debate y un diálogo con la sociedad.

Considera que la ética de la cual se habla, se actualiza de modo particular en la bioética, que se ocupa tanto de las situaciones persistentes que exigen una permanente atención ética, como de las situaciones emergentes (problemas nuevos en la sociedad), de los problemas de fundamentación como de los de aplicación (Llano, 2012, P. 229).

Berlinguer (1998) quién consideró que la bioética en tanto saber interdisciplinario, se esfuerza en la construcción de un ethos vital, vale decir un ambiente propicio para la vida, viva con todas sus vitalidades; para desde la vida cultural, asumir responsablemente el conocimiento y cuidado de todas las formas de vida que pueblan nuestra casa terrenal (Citado en Llano, 2012, P. 233).

Decía que la bioética es un proceso de contraste de los hechos biológicos con los valores humanos sobre las situaciones para mejorar la toma de decisiones, incrementando su corrección y su calidad.

Nussbaum (1998) quién dice que uno de los principales debates actuales de la ética gira en torno a la fundamentación de principios universales, y al reconocimiento de principios autorreferenciales, en ambas situaciones se buscan criterios de justificación racional para las acciones humanas (Citado en Llano, 2012, P. 299).

De esta forma, la ética refiriéndose a la bioética reconoce la estructura de la nueva construcción epistemológica de la bioética anclada entre la teoría normativa de la ética y la descriptiva de las ciencias, bajo el conocimiento de acuerdos epistemológicos para establecer un puente que permita transitar en las dos direcciones.

Cely (1980), quién dice que quizás el eclecticismo sea un postulado epistemológico necesario en nuestros días, ante la explosión de saberes y la afirmación de la autonomía intelectual para dar cuenta razonable de los argumentos con los cuales tomemos una postura ética (Citado en Llano, 2012, P. 199).

Ello considera que la bioética es construir nuevas epistemologías que integren teorías del conocimiento ético y científico.

Céu (1996), quién dice que primero proviene de la tradición empírica, pragmática y utiliza la filosofía anglosajona que da origen a una bioética con una orientación individualista, sensible a valorar deberes y derechos, desde una perspectiva particularmente preocupada por microproblemas de naturaleza consecuencialista y relativista. El segundo, viene de la filosofía europea, caracterizada por distintas tendencias; fenomenológica, existencialista y hermenéutica que conduce a una bioética de orientación social, particularmente sensible a cuestiones de equidad en perspectiva que privilegia los macroproblemas, asumiendo una naturaleza racionalista y deontológica (Citado en Llano, 2012, P. 200).

Existen diferencias de los modelos que radican en un modo particular de considerar a la persona, critica los modelos anglosajones por tener un conocimiento de la bioética que considera principalmente la efectividad de su acción en este sentido, como una técnica que se desarrolla por reglas que establecen la acción moral en el campo clínico.

1.2.1.1 Conocimiento de información

Para el éxito de cualquier programa de odontología preventiva, la información de lo que necesita hacerse o debe realizarse, debe estar disponible para el profesional de la salud y el paciente. Las habilidades para lograr las tareas no son enseñadas de forma

común en las escuelas de odontología, muchos profesionales al cuidado de la salud oral no tienen habilidades adecuadas para proporcionar información a los pacientes de forma clara y entendible (Harris, 2010, P. 329).

En el principio de no maleficencia está relacionado con la máxima *Primum non nocere*. Se dirige a evitar y prevenir daños innecesarios a los participantes. En el principio de justicia en los riesgos deben ser proporcionales a los beneficios. Este principio vela por la imparcialidad en la distribución de los beneficios y los riesgos, de modo que se beneficien primero aquellos en los que se asumió más riesgo. En la selección no se debe discriminar por razones de raza, edad, sexo, discapacidad o creencias religiosas o espirituales (Arboleya, 2010, P. 341).

Allué (2013) consideró que el acceso a información específica está facilitando que los pacientes sean más exigentes y críticos con los médicos y no se conformen con que las prácticas de reconocimiento de su autonomía, por ejemplo, el consentimiento informado, se conviertan en mejor trámite burocrático (Citado en Comelles, 2017, P. 269).

Información en cantidad suficiente, los contenidos de un buen formulario deberían de incluir los datos del paciente y del médico, la explicación de la técnica o tratamiento a realizar, sus objetivos, la forma de realizarla y su duración. Finalmente la declaración del paciente de haber recibido la información, de estar satisfecho con ella, y de haber aclarado sus dudas.

Información con calidad suficiente, existe una dificultad subjetiva, que radica en el paciente como receptor de la información, en sus mayores o menores capacidades psicológicas para entender lo que se está comunicando y también existe una dificultad objetiva de la

información transmitida debido al uso de técnicas, frases largas y complicadas, etc. (Ruiz, 2005, P. 138).

El consentimiento informado es un documento médico legal mediante el cual el profesional de la salud da a conocer, en términos sencillos y claros, el diagnóstico del paciente, los detalles del tratamiento a realizar, las posibles y eventualidades que puedan originarse cuando el paciente no siga las instrucciones dadas por el cirujano dentista. Este documento, es parte de la historia clínica y es de carácter legal por lo que garantiza la buena relación profesional paciente en bien de la profesión odontológica (Colegio Odontológico del Perú, 2015).

El consentimiento informado es, pues un contrato de prestación de servicios entre el profesional y el paciente por tanto, solo tendrá capacidad para realizarlo el licenciado en odontología/estomatología colegiado, y el paciente, que debe tener la capacidad para la toma de decisiones, así en el caso de menores o incapacitados, es la familia o el representante legal el que debe firmar el consentimiento (Palma, 2010, P. 16).

En 1972 se funda en Washington el instituto Kennedy, centros de Bioética, sentencia del caso de Canterbury v Spence donde se introduce el criterio de persona razonable acerca del grado de información que hay que dar a un paciente. A partir de ese momento se introduce la reflexión sobre la obligatoriedad de informar al paciente en cantidad suficiente y forma comprensible, sobre el tratamiento que se le va a aplicar con el fin de que pueda acceder o negarse al mismo con conocimiento de causa. Participación del paciente en la toma de decisiones, consentimiento informado (Goikoetxea, 2010, P. 16).

Es necesario poner en conocimiento del paciente toda información obtenida sobre la propia salud, llegando a afirmarse en muchos de

los documentos legislativos autónomos que la información forma parte de todas las actuaciones asistenciales. Es muy importante señalar que todas estas exigencias vienen determinadas por la necesidad de que la información sea el presupuesto necesario para un consentimiento emitido con conocimiento y libertad.

El consentimiento informado debe registrarse en la historia que firma este consentimiento, una vez advertido de los procedimientos, se le entrega una copia para el paciente y que acepta los procedimientos quirúrgicos necesarios a emplear. La asistencia de este consentimiento es de obligado cumplimiento frente a posibles conflictos jurídicos y reclamaciones (Navarro, 2008, P. 518).

El consentimiento informado es el núcleo donde descansa la aceptación del hecho y puesto que la relación entre el personal sanitario y el usuario de los servicios sanitarios es una relación entre alguien que posee un saber específico, y alguien que no lo posee, el primero, en lugar de imponer su voluntad, debe respetar la voluntad del segundo, proporcionándole además la información adecuada para que pueda decidir por sí mismo. El consentimiento informado, pues, es la primera y la más fundamental exigencia que se deriva del respeto a la autonomía del paciente (Méndez, 2007, P. 78).

El consentimiento informado es una necesidad ética, ya que todos los pacientes y sus familiares o allegados se les debe facilitar información, verbalmente y por escrito, pero siempre en términos comprensibles, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y posibles alternativas de tratamiento, teniendo derecho al paciente a la libre elección entre las opciones que le presenta el responsable facultativo (Boj, 2005, P. 23).

El consentimiento informado pone de manifiesto que las complicaciones surgidas con riesgos inherentes a las endodoncias, y que por el hecho de que se produzca alguno de ellos no significa

que se haya infringido las normas de la *lex artis*. Para el recurrente, y los recogemos de forma textual, debe diferenciarse un supuesto de mala praxis encuadrable en una infracción penal, de aquellos supuestos donde hay una aplicación de un tratamiento de forma incompleta o defectuosa, que pudiera generar una responsabilidad pero únicamente en la esfera o ámbito civil (Magro, 2012, P. 196).

Es el documento al igual que la historia clínica y el consentimiento informado, está acogido a lo establecido en la IO 15/199 de Protección de Datos de carácter personal, que obliga a la responsabilidad del profesional respecto a los datos declarados (Donado, 2002, P. 3).

White (1997), el término efecto adverso se utiliza para describir cualquier posible efecto negativo de un tratamiento incluso aunque sea de poca importancia, un efecto que no se produce de manera deliberada y que no tiene un carácter terapéutico. Se han propuesto la cuantificación y la definición de efecto adverso con el objeto de definir los riesgos y educar al paciente respecto al consentimiento informado (Dommerholt, 2013, P. 40).

El individuo debe conocer la libertad que tiene para abstenerse o participar o retirarse del mismo si así lo desea. El médico debe obtener el consentimiento informado, de preferencia por escrito (Álvarez, 2013, P. 245).

El Real Decreto 1976/1999 configura el Programa de Garantía de Calidad señala otros aspectos básicos relacionados con la calidad como las obligaciones del titular de la instalación, radiológica del paciente, niveles de radiación y su verificación en las dosis impartidas a los pacientes, procedimientos obligados en la investigación clínica, obligación del consentimiento informado en las altas dosis y necesaria información al paciente mujer en edad de procrear, asesoramiento del especialista en radiofísica hospitalaria,

requisitos y aceptación del equipamiento nuevo, intervención y reparación de equipos gestión de archivo de la documentación, y aspectos de la vigilancia e infracciones (Finestres, 2014, P. 124).

Millán (2007), el conocimiento está dentro de la información ogozopodo, polvoriento, esperando la llave mágica. Y ya es hora de revelar nuestro secreto; la llave mágica del conocimiento es la lectura (Citado en Iniciarte & Llano, 2007, P. 271).

Gestionar la información para apropiarse del conocimiento implica contar con competencias lectoras y con capacidades para abordar la complejidad percibiendo relaciones y realizando síntesis creativas. Gestionar los datos para obtener información requiere habilidades para realizar búsquedas, identificar elementos relevantes y pertinentes, ordenar, seleccionar, estructurar e interactuar con sistemas de códigos, reglas y procedimientos asociados con las tecnologías utilizadas”.

Según Davenport y Prusak (1998), un dato es un conjunto discreto de factores objetivos sobre un hecho, que por sí mismo tiene poca o ninguna relevancia o significado. Los datos no dicen nada sobre el porqué de las cosas, y por lo tanto, no son orientativos para la acción (Citado en Iniciarte & Llano, 2007, P. 272).

A diferencia de los datos, la información es siempre subjetiva y tiene significado (relevancia y propósito).

Los datos se convierten en información, entonces cuando se les añade valor mediante procesos tales como:

- Contextualización: identificación del propósito para el cual se generaron y/o pueden ser utilizados los datos.

- Comparación y contrastación en fuentes diversas.
- Categorización: identificación de unidades de análisis y discriminación de los datos para incluirlos en alguna de estas unidades.
- Cálculo: matemático, estadístico.
- Corrección: eliminación de errores en los datos.
- Condensación: representación más concisa.
- Expansión: agregado de otros datos relacionados.

El conocimiento es una mezcla de información, experiencia, valores y saber que sirve como marco para la incorporación de nuevas experiencias e información. Implica la integración de la información a la estructura cognitiva del sujeto (mediante apropiación y reconstrucción), la aplicación de la resolución de problemas y la transferencia a nuevos campos y soluciones (Iniciarte & Llano, 2007, P. 257).

El concepto de conocimiento indica que es la capacidad para actuar, sobre la base del uso de una cierta información y como consecuencia de la capacidad de comprender e interpretar la naturaleza de algo y la aplicación de ciertas habilidades o capacidades complementarias. Se puede hablar de aprendizaje cuando se ha integrado la información a las estructuras mentales, adquiriendo nuevos conocimientos.

Perkins (1995) asegura que el pensamiento humano tiene una tendencia natural de tratar el conocimiento como manera de información. Para impedirla, ha desarrollado un enfoque llamado conocimiento como diseño, que trata a todo conocimiento como artefacto, como invención destinada a cumplir con un propósito (Citado en Iniciarte & Llano, 2007, P. 333).

1.2.1.2 Conocimiento vs Comunicación

La motivación externa del paciente depende en medida de la forma en que ha sido informado, formación forma parte de la comunicación odontólogo y el paciente (Haidemann, 2007, P. 34).

Es imprescindible que el odontólogo le informe antes del tratamiento es decir informar antes de realizar para aliviar las preocupaciones y aclarar los conceptos erróneos. La buena relación entre clínico y paciente se consigue mediante una comunicación eficaz (Kenneth, 2014, P. 92).

Desde un punto de vista legal la obtención de un consentimiento escrito donde se especifiquen los riesgos, beneficios y consecuencias del tratamiento en detalle adquiere cada día mayor importancia, no sólo como requisito legal, sino como parte de una estrategia de comunicación (Bordoni, 2010, P. 100).

Se debe insistir en educar al paciente, el cual por las razones históricas con pacientes que reciben mayor información preventiva de manera directa o a través de los medios de comunicación (Asociación dental Mexicana A.C., 2010, P. 107).

La entrevista clínica es el proceso de comunicación entre el odontólogo y el paciente, en el marco del desarrollo de su profesión. La comunicación, la interrelación entre al menos dos personas que intercambian mensaje y consiguen hacerse conscientes recíprocamente de sus sentimientos e ideas por medio de expresiones verbales y no verbales. De la calidad del proceso dependerá que ambos protagonistas sean capaces realmente de comprenderse, de conocer las necesidades y posibilidades de cada uno y de ayudarse (Barrancos, 2014, P. 95).

El papel del conocimiento es una manera de evitar la instrumentalización de la comunicación. Conocimiento para la comunicación es, al contrario, tener en mente la necesidad de un enfoque pluridisciplinario. La comunicación es un objeto de conocimiento interdisciplinario, en la medida de su dimensión antropológica, y esta dimensión de encrucijada debe preservarse para evitar una especialización, aparentemente tranquilizadora, pero en realidad, reductora y empobrecedora (Wolton, 2010, P. 674).

MacIntyre (1999) la filosofía es argumentativa, porque no es mayormente conocimiento, sino comunicación. Y con frecuencia no se trata de comunicación de conocimiento sino de cruce de argumentos.

El conocimiento es lo más alto, y fundamentalmente lo alcanza cada uno solo. Sin conocimiento, la expresión y la comunicación son vanas (Citado en Inicarte & Llano, 2007, P. 258).

Si se concede primacía a la comunicación sobre la expresión, si se entiende el conocimiento como comunicación, entonces tiene que interpretarse el conocimiento como lenguaje.

1.2.1.3 Conocimiento vs Toma de decisión

El profesional debe apreciar la necesidad del desarrollo profesional y la formación continua a lo largo de la vida, debe ser capaz de utilizar con eficiencia los avances en el conocimiento y la tecnología, y entender el papel central del paciente en la toma de decisiones terapéuticas (Donado, 2002, P. 335).

El principio de beneficencia en el profesional debe hacer todo lo que esté en su mano para mejorar la salud del paciente, pero siempre teniendo en cuenta los riesgos y lo que el paciente considere aceptable. Implica una evaluación de riesgos y beneficios realizada

por el profesional a cargo del paciente, incluyendo la provisión de un seguro de riesgos (Arboleya, 2010, P. 341).

La creatividad parte de nuestro pentagrama es un punto esencial en la toma de decisiones (Espíndola, 2005, P. 75).

El ejercicio profesional de la psicología implica una constante toma de decisiones diagnósticas, pronósticas, terapéuticas, formativas, morales, etc. Estas actuaciones se hacen en condiciones de incertidumbre o con información incompleta, y esto hace que las decisiones tengan un carácter más probabilístico que de certeza. Para ayudar a resolver los dilemas, las ciencias de la salud han adoptado una serie de principios, los principios de la bioética, que por su carácter innovador y por su impacto se han convertido en unos principios éticos cuasi universales (Chamarro, 2007, P. 11).

No hay verdades absolutas, sino aproximaciones razonables y prudentes a la toma de decisiones. Las decisiones se refieren a la situación concreta, pero asumen un movimiento inductivo, además del deductivo, porque pueden servir para la elaboración de principios o para someter a juicio crítico los principios existentes. Por eso se genera conocimiento. La deliberación es un proceso creativo, dinámico en el que razón va buscando nuevas respuestas coherentes ante una realidad compleja e incierta (De Acosta, 2004, P. 65).

El objetivo de una Data Warehouse es el apoyo al proceso de toma de decisiones que conciernen a la alta gerencia de una institución o empresa, este conjunto de datos está organizado contrariamente al modelo tradicional que se utiliza dentro de las instituciones, que las reagrupa con relación a las funciones administrativas. En efecto, la organización temática permite visualizar transversal y verticalmente, lo que permite tener un enfoque preciso de la institución (Atkinson, 2007, P. 374).

En un momento dado, se puede tomar una decisión concreta, pero si la misma información se analiza en una fecha anterior es posible que la decisión sea considerablemente diferente. También es cierto que personas distintas juzgan las mismas circunstancias de un modo diferente.

1.2.1.4 Tendencia del conocimiento

Nonaka (2000) quién propone el conocimiento tácito y explícito en la dimensión epistemológica de la siguiente manera:

a) Conocimiento tácito

El conocimiento tácito incluye elementos cognitivos y elementos técnicos. Los elementos cognitivos son modelos mentales a través de los cuales los seres humanos, mediante el establecimiento y la manipulación mental de analogías, perciben y definen su mundo. Los modelos mentales se hacen referencia a esquemas, paradigmas, perspectivas, creencias y puntos de vista. Los elementos cognitivos en definitiva, se refieren a imágenes que los individuos poseen de la realidad y a visiones del futuro. Es decir, se refieren a la percepción de los individuos sobre lo que es y lo que debería ser. Los elementos técnicos: son habilidades, actitudes y saber-hacer (know-how).

b) Conocimiento explícito

El conocimiento explícito o codificado se refiere al conocimiento que es susceptible de ser transmitido en un lenguaje formal y sistematizado, bien forma de palabras o bien en forma de números. El conocimiento explícito representa tan sólo la punta del iceberg.

Conocimiento tácito y explícito. Adaptado de Nonaka The Knowledge
Creating Company

Conocimiento tácito (subjetivo)	Conocimiento explícito (objetivo)
Conocimiento basado en la experiencia (corporal)	Conocimiento racional (mental)
Conocimiento simultáneo (aquí y ahora)	Conocimiento secuencial (allá y después)
Conocimiento analógico (práctica)	Conocimiento digital (teoría)

c) Interacción dinámica del conocimiento tácito-explícito y su conversión del conocimiento

Esta teoría de creación de conocimiento establece que es a través de la interacción dinámica entre conocimiento tácito y conocimiento explícito como la creación de conocimiento acontece.

Nonaka (2000) establece cuatro formas de conversión del conocimiento: (INFORMACION INDIRECTA).

- La sociabilización: de tácito a tácito. La socialización es un proceso de creación de conocimiento tácito. Este proceso implica participar de los conocimiento tácitos de cada individuo y se desarrolla si se comparten modelos mentales, actitudes y habilidades, es decir, mediante la interrelación /interacción.
- La Exteriorización: de tácito a explícito. La exteriorización es un proceso mediante el cual el conocimiento tácito es articulado en conceptos explícitos. Así, el conocimiento tácito viene expresado y traducido de tal forma que pueda ser entendido por lo demás. Este proceso se desarrolla a través del diálogo y la reflexión conjunta. La exteriorización crea nuevos conceptos explícitos. De los cuatro modos de conversión del conocimiento, la exteriorización es la llave para la creación de

conocimiento puesto que genera conceptos nuevos y explícitos que emanan del conocimiento tácito.

- La asociación: de explícito a explícito. La asociación es un proceso de sistematización de conocimiento explícito. En definitiva supone la transformación de conocimiento explícito en formas más complejas de este mismo tipo de conocimiento. Este proceso se desarrolla mediante la reconfiguración del conocimiento explícito ya existente, sea éste de nueva creación o no. Más concretamente esta reconfiguración puede ser llevada a cabo sobre el conocimiento explícito: clasificándolo, adhiriéndolo, combinándolo y/o categorizándolo. La asociación es la sistematización de un nuevo conocimiento dentro de un cuerpo más amplio de conocimiento.
- La interiorización: de explícito a tácito: La interiorización es un proceso de materialización de conocimiento explícito en conocimiento tácito. Supone la conversión de recién creado conocimiento explícito en un conocimiento tácito de cada individuo. El aprendizaje experimental o aprender al practicar y ejercitarse son las prácticas que permiten que este modo de conversión se lleve a cabo. A través de la interiorización el nuevo conocimiento generado se consolida dentro de los elementos cognitivos y/o dentro de los elementos técnicos que cada individuo posee (Citado en Trejo, 2009, P. 184).

Se propone las medidas de las variables de gestión del conocimiento

a) Medición de la adopción de prácticas en gestión del conocimiento

Para medir la adopción de prácticas de gestión de conocimiento se utiliza una escala compuesta de 14 ítems asociados a cuatro dimensiones diferentes.

- Prácticas para el desarrollo y la transferencia del conocimiento
- Prácticas para el aprendizaje continuo
- Prácticas para el desarrollo de una cultura que impulse proyectos de IxDxI
- Prácticas de gestión de competencias de los empleados

Alavi y Leidner (2001), la escala de medida de la adopción de prácticas del conocimiento recoge un conjunto de técnicas, procedimientos y sistemas cuyo objetivo principal es crear, almacenar, transferir y aplicar conocimiento. Henderson y Cockburn (1994), las cuatro dimensiones dentro de las cuales clasificamos las prácticas de gestión del conocimiento corresponderían a cuatro competencias. Se trata de cuatro aspectos diferentes, pero complementarios, de las prácticas de la gestión del conocimiento.

b) Medición de las competencias distintivas en gestión del conocimiento

La escala de medida del patrimonio de competencias distintivas en gestión del conocimiento compuesta por 16 ítems clasificados en cuatro dimensiones:

- Desarrollo de programas de gestión del conocimiento
- Transferencia y uso del conocimiento.
- Adquisición de conocimientos externos.
- Gestión de la I+D+I (adquisición de conocimientos internos)

La escala de medida del patrimonio de competencias distintivas en gestión del conocimiento recoge un conjunto de habilidades fundamentales para integrar el conocimiento dentro y fuera de la organización. Henderson y Cockburn (1994) propone las cuatro dimensiones dentro de las cuales clasificamos las competencias distintivas en gestión del conocimiento corresponden a cuatro competencias del tipo arquitectural. Igual en el caso de las prácticas

de la gestión del conocimiento se trata de cuatro dimensiones diferentes que miden aspectos complementarios del concepto de competencia distintiva en gestión de conocimiento.

c) Medición del desempeño innovador

Camisón (2002), se toma en cuenta un concepto de dos dimensiones diferentes: eficacia del resultado de la innovación y eficiencia del proceso innovador. La primera trata sobre los resultados valor mínimo recomendado para la fiabilidad compuesta es el 0.7. Barrio y Luque (2000), quién dice que la fiabilidad compuesta se obtiene a partir de la siguiente expresión:

$$\text{Fiabilidad compuesta} = \frac{(\sum \text{cargas estandarizadas})^2}{(\sum \text{cargas estandarizadas})^2 + (\sum \text{errores de medida})}$$

En cuanto a la validez, Kerlinguer (1975), la define como el grado en que el investigador está midiendo lo que la realidad se propone medir. En este sentido, una escala es válida en la medida en que esté libre de errores de medida. Se tiene los tres tipos básicos de validez:

- Para Grapentine (1994), Peter y Churchill (1986); la validez de contenido: indica si el procedimiento empleado en la creación de la escala ha sido adecuado.
- Churchill (1979) nos dice que la validez convergente: trata de analizar si la medida se correlaciona de manera fuerte y positiva con otras medidas del mismo concepto, o con las variables con las que debería correlacionarse teóricamente.

- Bearden, Netemeyer y Mobley (1993) la validez discriminante: indica en qué grado dos medidas desarrolladas para medir conceptos similares están relacionados (Citado en Alegre, 2014, P. 344).

1.2.1.5 El proceso de conocimiento

El proceso del conocimiento se define como un mecanismo de conocimiento dentro de las organizaciones como un proceso de conocimiento, dividiéndolo en tres etapas:

- Generación del conocimiento.
- Codificación del conocimiento.
- Tránsito del conocimiento

El descubrimiento del conocimiento es el proceso por el cual ampliamos la cantidad y calidad del conocimiento. Esto se puede llevar a cabo a través de una serie de procesos que incluyen la lectura, escritura, conferencias, trabajo en equipo, sueños diarios o trabajo en un equipo directivo.

El objetivo de la codificación es colocar al conocimiento en alguna forma legible, entendible y organizada, para que pueda ser utilizado por todas las personas que necesitan de él (Montes, 2007, P. 374).

Podemos considerar que el conocimiento en bioética con la elaboración de un mapa de conocimiento es una herramienta importante para la organización usado para evaluar el stock corporativo de conocimiento organizativo.

Información

En el trabajo “El impacto de las Ciencias Cognitivas en la Filosofía del Conocimiento”, las ciencias cognitivas constituyen un campo de investigación interdisciplinar cuyo tema central resulta ser el estudio

del fenómeno de la cognición tanto en seres humanos como en máquinas y en animales. Cognición puede entenderse como sinónimo de conocimiento, en cuanto tomar cuenta de cualquier realidad dada, dicho de un modo más apropiado a la terminología científica actual, en cuanto recepción de información. Pero, en segunda instancia, cognición quiere decir uso y manipulación de conocimiento, esto es, uso y manejo de información (Montes, 2007, P. 337).

La redacción impuesta tiene como fin el manejo de información para lograr una manipulación del conocimiento para lograr una conducta observable para entender el procesamiento de información de los seres humanos y maquinas.

1.2.2 Marco teórico de actitud

El rescate de los valores y modos de actuación del estudiante requieren de una actitud crítica e investigativa hacia la realidad, con el objeto de transformarla (Díaz, 2010, P. 13).

La planificación de estrategias educativas se trata de mantener en todo el proceso una mutua actitud de responsabilidad, con el propósito fundamental de centrarse en las necesidades y demandas de los individuo y/o grupos poblacionales tomando en cuenta su entorno, poniendo especial atención en las formas de evaluación ya que se debe mantener ésta en todo el proceso y permite retroalimentarlo. Se torna urgente que los profesionales en salud mantengan una actitud y actividad crítica frente a tales demandas y busquen mejorar las competencias en el campo de la educación para la salud, con el objetivo de transmitir a sus pacientes la importancia de generar hábitos sanos en todos los grupos poblacionales y que la conducta le permita estar sanos en los diversos sectores poblacionales (Gallegos, 2011, P. 131).

Las organizaciones sanitarias como los propios pacientes adopten una actitud basada en los principios de responsabilidad, rigor y respeto que permitan hacer de la comunicación sanitaria una actividad única, pedagógica y beneficiosa para ambas partes (Medina, 2012, P. 10).

1.2.2.1 Tendencia de la actitud

Como características para entender y hacer la bioética para Gracia (2006), se destaca que:

- La realidad es multidimensional, es un tejido interrelacionado e interactivo, que exige una aproximación contextual, interdisciplinar y abierta. Por eso la bioética tiene que dar cuenta de la complejidad, en un terreno de incertidumbre. No son válidas las interpretaciones equivocadas ni las verdades absolutas, por más que esto sea tranquilizador. Es un pensamiento más dinámico, más creativo, más vivo.
- La bioética se defiende como reflexión ética, resultado de una construcción teórica filosófica de fundamentación, que conlleva necesariamente también una dimensión aplicada y práctica.
- La bioética se distingue de otras disciplinas, evitando así reduccionismos incorrectos, explícitos y defendiendo el campo específico de la ética en el que se mueve; la bioética es diferente de la teología, de la ciencia, y del derecho.
- La bioética no puede ser un mero recetario de normas. Su objetivo no es establecer protocolos de obligado cumplimiento, sino invitar a la reflexión y el diálogo sobre los valores que están en juego, a fin de encontrar un curso óptimo de acción pues la ética no trata de lo bueno, sino de lo mejor, basado en la prudencia, el pluralismo, y la deliberación (como método y como actitud).

- La bioética ha tenido un origen en la cultura anglosajona, sin embargo esta tradición es diferente y ajena a los valores (Citado en Azinian, 2009, P. 452).

Potter (1971) publicó en 1990 *Getting to the Year 3000: Can Global Bioethics Overcome Evolution's Fatal Flaw*. En este trabajo se extiende en explicar que el defecto fatal, desde el punto de vista de evitar la extinción, es la prioridad dada al beneficio a corto plazo con relación a la prudencia del largo plazo. En todo miembro de la especie humana hay, como resultado del proceso evolutivo que busca la adaptación perfecta al medio, un instinto para obtener ventajas a corto plazo, dándole preferencia en relación con las necesidades de la especie a largo plazo. El objetivo de la Bioética global es el de aglutinar a verdaderos creyentes capaces de percibir la necesidad de atender al futuro y de cambiar la orientación actual de nuestra cultura y que puedan influenciar a los gobiernos, en el ámbito local y global, para conseguir el control de la fertilidad humana, la protección de la dignidad humana y la preservación y restauración del medioambiente. Estos son los requisitos mínimos para poder hablar de supervivencia aceptable contrapuesta a una supervivencia miserable (Citado en De la Torre, 2011, P. 279).

Steven (1999) en su libro de la Universidad de California, Riverside, influyó también en el pensamiento del padre de la bioética. Brint documentó el hecho de que han tenido lugar cambios profundos en las actitudes profesionales. Hizo notar que a comienzos de este siglo el estatus profesional era definido mediante un sentido de responsabilidad ética y pública, como también mediante un conocimiento especializado. En el libro Brint se ve los resultados del fracaso de la ética religiosa, de la ética social, del sistema educacional, y en especial, el fracaso del liderazgo político para desarrollar un sentido de integridad y de responsabilidad en las nuevas generaciones. Los fracasos provienen en gran medida de la

falta de entrenamiento en la toma de decisiones y de la falta de aplicación del conocimiento correspondiente, tanto de los profesionales como de la gente en general, una falta de entrenamiento que examina las conexiones entre los hechos biológicos y la integridad moral.

Potter (1995), escribió el artículo titulado “Global Bioethics; Linking Genes to the Ethical Behavior”. El autor considera que sin lugar a dudas, al alcance de estas interacciones cambiará con el tiempo y espera que las generaciones futuras puedan ser motivadas a desarrollar cerebros que mejoren el potencial humano para una cooperación global, bioéticamente integrada y más inteligente (Citado en Martínez, 2007, P. 354).

Habría una tercera etapa en el itinerario de la bioética, la llamada bioética profunda. Al concepto de bioética Puente siguió la idea de la bioética global como una moralidad en expansión que resultaría de la construcción de un puente entre la ética médica y la ética medioambiental. De esta manera Potter intentaba reorientar el curso de la bioética hacia las que habían sido sus instituciones fundamentales. El reconocimiento en la década de los noventa de una serie de dilemas éticos en el campo de la nueva genética llevó a reconocer que un puente entre la ética médica y la ética medioambiental no era suficiente. Todas las especialidades éticas necesitan ser ampliadas de sus problemas de corto plazo a sus obligaciones de largo plazo; además, ya que estos progresos se traducen en ámbitos de poder económico y político, hay que preocuparse por cómo se articulan estas relaciones y cómo se controlan en beneficio de toda la comunidad planetaria, ya no sólo de la comunidad humana; aquí radica la novedad se pasaría de un antropocentrismo a un biocentrismo.

Sakamoto (1996), quién dice que el pensamiento oriental la palabra clave es armonía. Sus doctrinas y preceptos acentúan claramente lo holístico frente al individualismo occidental, tienden a destacar el alto valor de la naturaleza, de la sociedad, de la comunidad, la vecindad y la ayuda mutua sobre el valor del yo individual; es una clase de severo anti egoísmo un tipo de armonía de los antagonistas. Así, la bioética oriental deberá centrar sus esfuerzos no sólo en rechazar la idea europea de la autonomía individual, sino sobre todo se esforzará en armonizarla con el nuevo paternalismo propio del etheos tradicional del Oriente (Citado en Quinzá, 2012, P. 111).

Ahora bien, la bioética clínica debe ser bajo un dialogo interdisciplinario, intercultural e interreligioso, biopolítica y bioderecho para lograr un proceso de decisión ética dentro de una democracia deliberativa.

Plotino (1999) quién lleva hasta el extremo una tendencia ya patente en Platón y Aristóteles y en la mayor parte de los filósofos en la antigüedad salvo, quizás, en el caso de los sofistas y de los atomistas, saber el predominio de la actitud contemplativa o teórica sobre la actitud práctica y sobre la actitud productiva o poética; si se admite que la actitud teórica apunta al conocimiento riguroso y demostrativo, que la actitud práctica concierne al buen hacer de un agente cualquiera y que la actitud productiva o poética apunta a crear una cosa distinta de su creador, se ve que la visión griega del universo asigna a la técnica un status inferior. Ésta queda definitivamente en el plano intelectual del dominio de la aproximación, en el plano moral del dominio del artificio; su eficacia misma le hace correr, permanentemente, el riesgo de la desmedida. Se entiende que la racionalidad técnica percibida, y a menudo descrita de forma sutil, quede en un plano inferior; que los técnicos, por otra parte necesarios, sean socialmente menospreciados y que

la técnica misma no forme parte de la realización de la esencia del hombre (Citado en Hottois, 2009, p. 211).

Este referido en la práctica que diferencia el proyecto científico de sus consecuencias, el saber concebido como fin y el saber realizado como técnica. La tecnología con la aplicación de la ciencia, es la que asume la responsabilidad total y entera de los inconvenientes del progreso técnico, no la ciencia cuyo verdadero fin es ajeno al de la tecnología.

Beuchot (1999), se tiene tres tipos de profesores: el equívoco, el unívoco y el analógico. Se dará entender cómo se vale de su principal herramienta, la enseñanza, como forma de contenido, cuyo objetivo más anhelado es enseñar a pensar a otros.

a) Primera dimensión: la actitud

La actitud que conforma al profesor analógico: el respeto, la confianza, la prudencia, la valoración a otro, mismas que son aunadas a lo actitudinal como característica didáctica: la igualdad, la medida, la tolerancia entre otros.

b) Segunda dimensión: el diálogo

Se distingue la fuente e inquebrantable comunicación trabajada en la primera dimensión, misma que permitió llegar a la celebración del diálogo. En esta persiste la comunicación, pero ahora está dada en un contexto especial en donde se permite la interacción de los participantes, posibilitándose de mirarse, admirarse, conocerse y dado que ante lo conocido no se teme es más fácil emitir una idea.

El pensar es el medio para alcanzar el conocimiento, de manera que con los cuestionamientos se logra ver sobrepasar el horizonte de comprensión de este mundo, permitiendo así acercarse al horizonte de la totalidad que no es más que poner en crisis al horizonte, acto

que maravilla al alumno, dejándole una marca indeleble. Por lo cual, el conocimiento es la función más importante para lograr un conocimiento completo, con lo que el ser humano logra conocer un proyecto de si mismo, dado que piensa y conoce, lo que hace en espacio-tiempo,

c) Tercera dimensión: conocimiento

Es importante que para llegar a esta dimensión es necesario de las dos anteriores. Para enseñar a pensar el profesor analógico aspira que se obtenga una concepción del mundo y de la vida. Esto es que está dejando entrever la posibilidad de una totalidad, muestra que el conocimiento no se halla únicamente condicionado por los objetos, sino también por el estado del sujeto, la facultad sensitiva y la posición del pensamiento (Citado en Gómez, 2010, P. 277).

1.2.2.2 Actitud

La actitud que conforma al profesor analógico: respeto, confianza, prudencia, valoración son aunadas a lo actitudinal como característica didáctica: la igualdad, la mesura, la tolerancia entre otros (García, 2013, P. 13).

Mann (2010), el término de actitud denota la organización de los sentimientos, creencias y predisposiciones de un individuo para comportarse de una determinada manera. Tiene un significado adaptativo, puesto que representa un eslabón psicológico fundamental entre las capacidades de percibir, de sentir y de emprender de una persona, al mismo tiempo que ordena y da significación a su experiencia continúa en un medio social complejo (Citado en De la Fuente, 2014, P. 199).

Las actitudes tienen tres componentes: a) el componente cognoscitivo, que consiste en la percepción del individuo, sus

creencias, estereotipos, es decir, sus ideas sobre el objeto, que pueden ser verdaderas o falsas dependiendo de la objetividad que las respaldan; b) el componente afectivo, que se refiere a los sentimientos positivos o negativos de la persona hacia el objeto (como elemento emocional está más profundamente enraizado, por lo tanto, representa mayor resistencia al cambio), y c) el componente comportamiento, que corresponde a la tendencia a actuar o reaccionar de un cierto modo con respecto al objeto. Para lograr realmente los objetivos de un programa educativo en salud (un cambio de actitud), por lo que resulta fundamental identificar cuáles son los conocimientos (qué saben) y sentimientos (qué sienten) que predominan (congruencia e incongruencia) para lograr la congruencia que se requiere (qué hacen) en la adopción de conductas o estilos de vida saludables (De la Fuente, 2014, P. 200).

1.2.2.3 Dialogo

Se distingue la fuerte e inquebrantable comunicación trabajada en la primera dimensión, misma que permitió llegar a la celebración del diálogo. De ahí que sea el diálogo es la esencialidad del diálogo la que consiente encaminarse en la búsqueda conjunta por la filosofía, premisa socrática de conexión entre dos o más seres humanos, para que través de él se manifieste el espacio mental, con lo que incidentalmente se puede exponer determinada información e interpretación sobre el mundo de las cosas y sus significados. Dicho de otro modo, es el diálogo la forma de alcanzar al conocimiento (García, 2013, P. 14).

La dimensión actitudinal entraña el desenvolvimiento de conductas favorables al desempeño gerencial público, con base en un realismo creativo y crítico, sentido de participación democrática, criterio laboral científico y pedagógico, objetividad y comprensión e independencia intelectual (Guerrero, 2010, P. 252).

La formación por tanto ha de ser multifacética y adaptada al individuo, dirigida a hacerle cambiar como persona hacia esos objetivos que él o ella buscan como profesional y comparte con la organización de modo que ambos se refuerzan y crecen en armonía. Esta formación debe dar competencias técnicas y actitudinales, pero también el entorno práctico para poder ejercer y mejorar todas esas competencias en la realidad de su ejercicio profesional en la organización (Hernández, 2014, P. 170).

La relación positiva entre las personas genera compromisos, apoyos, superación. Esta es la cara actitudinal de la creatividad, puesto que facilita la autorrealización. Si hay una relación, escribe Logan Logan (1980) todo el mundo avanza hacia una mejor comprensión, hacia una mayor realización, hacia el desarrollo crítico. El compromiso personal estimula el aprender a buscar y a encontrar soluciones a los problemas (De la Torre, 2010, P. 368).

Allué (2013), consideró que gracias al ambiente de abundancia informativa que ha calado en el imaginario de los ciudadanos, éstos se atreven a exigir más diálogo con su médico, lo que redundará en una tendencia a la negociación respecto a las alternativas de tratamiento que proponen los clínicos. Pero para que haya diálogo, además de una voluntad de ambas partes hacia el entendimiento, se necesita un lenguaje común. La relación médico-paciente será exitosa si se supera la barrera de incomprensión entre el especialista y el paciente. El internet es una herramienta que facilita el salto de la barrera. El obstáculo puede situarse a diferentes alturas en función de factores como: las motivaciones y capacidades de interpretación de información compleja y las actitudes receptivas (pacientes) de los especialistas (los médicos) (Comelles, 2017, P. 270).

1.2.2.4 Relación con el entorno

Se establece la necesidad de proponer el establecimiento de una democracia sanitaria que implique la movilización colectiva de los usuarios y su representación en los diferentes ámbitos del sistema, se defiende, con sensibilidad, que lejos de limitar la autonomía de los individuos es una forma de defender su dignidad, entendiendo que todo paciente tiene la voluntad de que no se le considere como un ser aparte y sobre todo como un ser aparte de la sociedad.. ceder la palabra a los usuarios y a sus representantes resulta tanto más necesario cuanto que las problemáticas de salud afectan a otros ámbitos: los modelos de producción, las formas de vida, las condiciones de trabajo, la protección del medio ambiente, etc. (López, 2009, P. 126).

1.3 Investigaciones

El objeto de investigación consiste en comprender ¿De qué manera se relaciona el Nivel de Conocimiento de Bioética en la actitud en los alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017?, en este punto se basa las investigaciones y supuestos de investigación descritas a continuación:

1.3.1 Investigaciones Internacionales

Suarez (2015) tuvo como objetivo de la investigación “Analizar si *La bioética y la relación entre ciencia, conocimiento y ética en la formación profesional en ciencias médicas en la Universidad de Barcelona*”, considerando nuestra metodología de investigación es la descriptiva, explicativa. Con 85 alumnos encuestados, 45 preguntas

en la encuesta en la producción de conocimiento. Teniendo como conclusión más relevante:

1. El carácter permanente y continuado de la educación pre y postgraduado contribuye a la formación integral del profesional dotándolo de conocimientos, habilidades y valores en correspondencia con las transformaciones generadas por el desarrollo científico y tecnológico los cuales tienen particular connotación en cuanto a la salud humana.
2. Debido a que la ciencia y la tecnología han alcanzado tal poder que pueden ser capaces de aniquilar o modificar la civilización misma, una cuestión de gran actualidad resultan ser las consideraciones sociales sobre la aplicación directa de las mismas, así como del papel del factor humano en la identificación y solución de las necesidades y dilemas éticos en el terreno de la salud humana, a lo cual contribuye la Bioética.

El eje estructurador de la Bioética y los estudios en la educación pre y postgraduado en Ciencias Médicas. De este modo, el propio conocimiento con un 87% no es adecuado ya que la falta de cuestionamiento ético al tiempo no favorece la formación de los alumnos moralmente responsables.

Echeverry (2013) tuvo como objetivo en su investigación “Conocer la enseñanza de la bioética en la facultad de odontología de Bogotá”, considerando nuestra metodología de investigación es correlacional. Teniendo como conclusión más relevante:

En la facultad de odontología es difícil encontrar talleres sobre estrategias de comunicación docente-alumno, paciente- alumno, con aplicación de criterios éticos en la práctica profesional con aspectos bioéticos.

En la facultad odontológica no incluye conocimientos y desarrollo de habilidades clínicas, como también el desarrollo de intereses y valores que den un buen desarrollo del desempeño profesional bajo la honestidad y la responsabilidad de sus actos.

El programa de bioética no cuenta con conocimiento en la norma jurídica que reglamenta el ejercicio de las ciencias de la salud con vacío en la estructuración de los planes curriculares para las prácticas odontológicas

Unesco (2012) tuvo conclusión en su investigación la vinculación en la implementación de un curso de ética en 232 estudiantes de odontología mostró que con posterioridad los mismos identificaron como temas éticos aquellos relacionados con la confidencialidad (21%), el consentimiento informado (21%), y la obtención de la decisión de niños y adolescentes (19%). Se percibió una mayor conciencia de su papel y sus obligaciones como profesional inmediatamente después de un curso de ética, teniendo relación con el curso con información proporcionada por la institución. Por tanto, se han inferido diferentes problemáticas entre ella el nivel de conocimiento para lograr una mejor actitud hacia el paciente.

1.3.2 Investigaciones Nacionales

Monge (2015), en su investigación tuvo como propósito determinar el nivel de conocimiento del Código de Ética y Deontología de los estudiantes de posgrado de la facultad de odontología de la UNMSM.

En base al nivel de conocimiento del Código de Ética, los que tienen hasta 10 años de egresado obtuvieron un nivel de conocimiento regular de 35.4%, los alumnos de Rehabilitación oral un nivel de conocimiento regular de 9.1%, y los egresados de universidades públicas de 27%.

El nivel de conocimiento del Código de Ética y Deontología de los estudiantes del posgrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos fue en mayor porcentaje regular.

Delgado (2014) tuvo como objetivo de la investigación “Analizar si tiene relación el conocimiento de contenidos éticos con las actitudes y comportamientos en estudiantes del Hospital Dos de Mayo”. El método de investigación fue la descriptiva, correlacional. Cuya población fue de 115 alumnos, mediante el instrumento encuesta con 30 ítems para los docentes, directores. Teniendo como conclusión que la investigación ha demostrado que el conocimiento de la bioética debe entregar conocimientos desde una visión interdisciplinar, modificando actitudes y comportamientos; todos estos datos se ha obtenido a partir de un método científico y con el adecuado diseño y aplicación de conocimientos un promedio de media aritmética de 8.90 puntos, ascendiendo a la valoración Bueno, es decir, es menor o no adecuado conocimiento en información de 76.35% en cambio en el grupo control con estrategias metodológica tradicionales se ha obtenido un promedio de 11.84 puntos, equivalente a una falta de modificación en la actitud con 65% para el cambio de actitud adecuado y comportamientos necesarios para profesionales en el Hospital.

Huertas (2013), en su investigación tuvo el siguiente objetivo “Determinar el nivel de conocimiento bioético con las actitudes en las prácticas profesionales de enfermería en el Hospital María Auxiliadora, 2013” cuyo método de investigación fue el descriptivo, teniendo como población 95 docentes y alumnos. Se tomó en cuenta la encuesta para los alumnos con 35 ítems. El mayor porcentaje con un 85% no practica los principios bioéticos en la comunicación para sus prácticas profesionales. Tomando como conclusión que el los conocimientos 88% mediante la comunicación bioética tuvo relación significativo en el mejoramiento de la actitud en las prácticas profesionales con un valor tabular: 2.30 mayor al valor crítico $t = 0.25$.

Puccinelli (2013), en su investigación concluyó con respecto a las ventajas en la enseñanza de la bioética esta favorece que los estudiantes reflexionen sobre la importancia de entablar una empatía con sus pacientes, informando clara, responsable y adecuadamente sobre el estado real de su salud bucal y cuál es el tratamiento adecuado a su necesidad, para lo cual los docentes de la escuela de Odontología deberán inculcar de manera coherente la práctica de la relación odontólogo- paciente y el adecuado llenado del consentimiento informado, previa información de los estudiantes, para que el paciente pueda hacer uso del principio de autonomía en el momento de decidir la aceptación o no de su tratamiento. Como limitaciones se encontró insuficiente formación ética y bioética en los docentes responsables del dictado de las diversas asignaturas; sin embargo, los docentes en todo momento recalcan a los estudiantes el aspecto humano que se tiene que tomar en cuenta durante su quehacer diario frente a los pacientes.

El factor más importante es el compromiso de los odontólogos y sus estudiantes para aplicar sus capacidades con integridad, teniendo como objetivo principal los intereses del paciente, es decir su salud oral y el adecuado aprendizaje del estudiante. La justificación para enseñar bioética en odontología es facilitar el desarrollo profesional y personal de los estudiantes para que se conviertan en seres humanos responsables, tanto social como profesionalmente, amalgamando en el desarrollo de su vida las destrezas, habilidades y conocimientos bioéticos que le permitan desarrollar una relación profesional- paciente responsable.

Uribe (2012) en su investigación tuvo el siguiente objetivo “Indicar el grado de conocimiento bioético sobre los comportamientos de los profesionales en el Hospital Rebagliati, 2011” cuyo método de investigación fue el descriptivo, correlacional teniendo como población 60 alumnos. Se tomó en cuenta la encuesta para los alumnos con 27 ítems.

De los resultados se extrajo las siguientes conclusiones: El nivel de conocimiento bioético sobre los comportamientos para lograr una mejor toma de decisión de los profesionales médicos es bueno con un 35% y un 65% no es bueno. El mayor porcentaje con un 85% no práctica los principios bioéticos en las prácticas profesionales. El 22% de los pacientes tuvo una comunicación clara con los profesionales médicos, entendiendo los objetivos para someterse al tratamiento de su enfermedad y el 78% no tuvo claro. El 45% no padeció ansiedad ante las faltas de información de su enfermedad y el 55% padeció.

Tomando como conclusión que los conocimientos de los principios bioéticos tuvo relación positiva con los comportamientos en las prácticas profesionales con un valor tabular: 3.50 mayor al valor crítico $t = 0.50$ con 84 bajo de actitudes.

León (2011), citó a Cantillo (2005) en su libro Dilemas Morales consideró en su investigación en Valencia en las actitudes y comportamientos en la formación bioética en la asistencia de salud el cambio de actitudes de los estudiantes de Medicina o en profesional es bastante más complejo. En la promoción de las actitudes y la capacidad de dialogo es imprescindible el diálogo bioético respeto al otro, tolerancia, fidelidad a los propios valores, escucha atenta, actitud interna de humildad, reconocimiento que nadie puede negar el derecho de monopolizar la verdad.

1.4 Marco Conceptual

Actividades

Las actividades terminan una vez que se han ejecutado, y su dinámica, es decir su conocimiento, es anterior a las mismas. La ejecución de este tipo de actividades no altera en ningún sentido el conocimiento para la ejecución de las mismas. Su finalidad es producir, y por tanto, refieren a un nuevo ser, que en palabras es un ser quieto y estático del movimiento que lo ha producido. (Martínez, 2010, P. 138).

Actitud

La actitud del paciente debe ser confortable, mientras que el odontólogo deberá observar si la persona está distendida y serena o inquieta y nerviosa, agresividad que, generalmente, es una actitud defensiva, de temor (Barrancos, 2014, P. 102).

Actitudinal

La estructura actitudinal así representada, no está aislada de otras estructuras en la memoria, sino que está ligado a otros cuadros

actitudinales y también a cuadros motivacionales, emocionales, epistémicos, etc. (Diez, 2013, P. 175).

Bioética

La bioética es un campo de reflexión filosófica sobre los tremendos avances en el campo de la biología, la medicina y el medio ambiente (Bernaes, 2003, P. 9).

Calidad

Una de las características de la sociedad del conocimiento es la influencia ejercida por el nivel la calidad de los conocimientos de las personas en el bienestar y la cohesión social. Las economías y las sociedades dependen cada vez más del conocimiento y de las calificaciones de las personas para producir bienes y servicios. La sociedad del conocimiento es una sociedad construida alrededor del aprendizaje. (López, 2010, P. 122).

La asistencia sanitaria debe realizarse de acuerdo con los conocimientos científicos que se poseen en un momento dado y hay que utilizar la tecnología y recursos asistenciales adecuados a cada caso (Moya, 2013, P. 19)

Comunicación

Los objetivos de comunicación es el conocimiento en acceder a la memoria del receptor limitada en su capacidad de procesamiento y reactiva ante abusos comerciales y lograr los efectos deseados sobre la memoria (Bigné, 2010, P. 132).

El intercambio, la comunicación, conocimiento e interrelación con el cliente es uno de los pasos para la colaboración con los integrantes de la empresa, intensidad en las relaciones con los proveedores y contratistas, comprensión de lo que hacen otros, serán estos

empresarios o científicos o tecnólogos o políticos, etc. (Carballo, 2015, P. 95).

Componente afectivo

Componente afectivo se refiere al grado de motivación que hace ser favorable o desfavorable la vinculación afectiva con la persona o el hecho. Se refiere a los motivos que impulsan a actuar de una determinada manera (Silva, 2006, P. 132).

Comportamiento

Formado por la tendencia de la conducta que se traduce en comportamientos determinados (Silva, 2006, P. 132).

Componente cognoscitivo

Formado por la idea, el conocimiento o la creencia que se posee de una persona, objeto o hecho (Silva, 2006, P. 132).

Conocimiento

El conocimiento es una actividad esencial de los seres humanos para obtener nueva información, desarrollar su vida y obtener certeza de la realidad (Landeau, 2007, P. 1).

Consentimiento informado

El consentimiento informado es la primera y la más fundamental exigencia que se deriva del respeto a la autonomía del paciente (Méndez, 2007, P. 77).

Creativo

Creativo es aprender de los errores, sacar conclusiones de ellos y descubrir qué nos pueden aportar para nuestras acciones futuras (P. 6).

Desempeño innovador

La medida usada del desempeño innovador integra el impacto de las actividades de innovación sobre productos, procesos y responsabilidad social de la empresa (Redondo, 2010, P. 95).

La empresa en un nivel particular, su desempeño innovador depende en mucho de su acceso y relaciones a conocimiento externo relevante y a poseedores del conocimiento (Medellín, 2013, P. 155).

Diálogo

El diálogo se pone de manifiesto en una de las formas más interesantes de comunicación humana, la argumentación, la cual debe ser racional en sentido amplio, esto es, que incluya el conocimiento de la comprensión del sentido y que no se restrinja a un análisis lógico-deductivo del discurso (Dorado, 2005, P. 332).

Entendimiento

Entendimiento es usar nuestra mente para pensar claramente, poniendo atención para ver el significado de las cosas (Bazán, 2011, P. 78).

Facultad sensitiva

La facultad que se ubica en la parte sensitiva, porque la facultad sensitiva participa, en el hombre, en su forma superior de la potencia

intelectiva, siendo como aquello en lo que el sentido se une a la inteligencia (Vicente, 2014, P. 181).

El ser humano, junto con la facultad nutritiva y la sensitiva, posee la facultad intelectual, por la que es capaz de pensar, de entender y de querer (Gómez, 2010, P. 71).

Igualdad

Que se concreta en el derecho de toda persona a disponer de los recursos asistenciales precisos, sin limitaciones por razones de creencias, sociales, económicas o políticas (Moya, 2013, P. 35)

Información

Sistematizar la información del control y seguimiento de los pacientes que requieren los tratamientos de manera oportuna para facilitar y optimizar su actividad (Garza, 2016, P. 77)

Innovador

Ser innovador significa que el punto de partida es el conocimiento en profundidad de las necesidades de nuestros clientes y el mantenimiento de una intensiva relación con sus demandas y con sus exigencias (Carballo, 2015, P. 106).

Interrelación con pacientes

Es la relación médico paciente relación humana particular, en la que ronda la muerte y el sufrimiento de una manera más o menos descubierta (Díaz, 2010, P. 32).

Medios de comunicación

Los medios de comunicación construyen significado a través de las palabras que utilizan para redactar las noticias; de qué aspectos se destacan en la información: los titulares, el leal cuerpo de la noticia. A través del contexto en el que se sitúa la información, a través de cómo relatemos los hechos, se construirá un significado u otro (Plaza & Delgado, 2007, P. 98).

Disponer de los medios de comunicación significa, en la actualidad, poseer un poder social, no tanto por el contenido que transmiten sino por el ambiente que crea, la atención y el mimetismo que despierta (Ledo, 2000, P. 167).

Motivación

Desarrollo integral y evolutivo odontología individual y comunitaria (Secretaría General Técnica, 2014, P. 384).

Proceso creativo

El proceso creativo implica una fase que abarca el conocimiento del problema, el acopio de datos sintetizados en el programa arquitectural, cuya meta es lograr los conceptos abstractos; otra etapa donde se da la concepción de ideas, que significa la incubación y el alumbramiento, la cual es un proceso de interpretación, es decir, de buscar nuevos contenidos (formas, espacios, materialización) a esas abstracciones (Dallal, 2006, P. 55).

Procesos autorregulatorios

Los procesos autorregulatorios incluyen la realización de actividades como el análisis de las metas y el contexto del problema en cuestión, la planeación de estrategias adecuadas como su aplicación y

supervisión y la toma de medidas correctivas en casos necesarios (Alcaraz, 2013, P. 333).

Procedimientos para la atención

Es la etapa de la empresa donde se establece aquellos procedimientos de trabajo o tareas para que los puestos faciliten la aplicación de las políticas de atención al cliente (Pérez, 2013, P. 132).

Toma de decisiones

La toma de decisiones es fundamental para cualquier actividad humana. Tomar una buena decisión empieza con un proceso de razonamiento, constante y focalizado que puede incluir varias disciplinas (Amaya, 2004, P. 3).

CAPÍTULO II

EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Planteamiento del Problema

2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática

En la actualidad el conocimiento bioético busca un reconocimiento al derecho a la autodeterminación del paciente, que a partir de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos se caracteriza como un derecho humano y pone en marcha el ejercicio de derechos personales que hacen a la libertad, a los ideales, a las creencias y a la integridad física y psíquica de los pacientes.

Es por ello que todos los alumnos del décimo ciclo en estomatología deben tener habilidades necesarias para el servicio odontológico con principio éticos, para evitar que los alumnos tengan habilidades basados en la ética y el derecho. La falta de una práctica de estomatología con un conocimiento de manera regulada y contralada para mejorar la vida, la raza, los seres y los hombres; cuyo fin sea el poder al control de la vida y evitar que se busque prioridad a sus conveniencias e intereses. Las tutorías con escasa formación ética clínica para el desarrollo laboral son uno de los motivos para analizar la asignatura clínica para lograr un desarrollo en aspectos ético-clínico, siendo un reto para la institución en la formación bioética para lograr la formación moral del alumno para ayudar a incorporar o mejora los valores éticos para que sea adquirido a lo largo de la carrera.

En la actualidad el profesional de odontología enfrenta diversos dilemas éticos en lo que a consentimiento informado se refiere. Así, cada odontólogo debe tomar ciertas determinaciones al momento de

realizar cualquier procedimiento clínico y preceder a la utilización del consentimiento informado con la aplicación de todos y cada uno de los elementos involucrados. Asuntos como estos, han dado lugar a un número cada vez mayor de discusiones y debates respecto de la inclusión de dicho documento como parte de la práctica odontológica. Las preocupaciones de carácter ético que se observan en el día a día de dicha práctica resaltan la necesidad permanente del mismo en todos los campos de la odontología.

El modelo de conocimiento adolece de serios problemas con una enseñanza rígida que se centra en objetivos tradicionales, impidiendo una visión integral y centrada en el conocimiento del alumno dando serios resultados en la actitud en cada uno de las prácticas odontológicas. Entonces se puede decir que la estructura educativa de la universidad aporta un modelo académico tradicional en las prácticas odontológicas que no responde a los resultados esperados de una gestión educativa basada en efectividad del servicio odontológico basado en la ética. Asimismo, dicha habilidad no desarrollaba destrezas en cuanto la forma de información, la estrategia de comunicación se da en forma verbal con toma de decisiones con deficiencias, con un limitado acceso al uso del servicio audiovisual para adquirir información, de lo que se deduce una falta de desarrollo ético en la clínica de Estomatología con clases de larga duración, consumiendo tiempo y falta de información adecuada para dar al paciente.

El escaso conocimiento que presentan los alumnos del décimo ciclo evidencia dificultad en poner en práctica dicho conocimiento bioético constituyendo como resultado una baja actitud hacia el paciente en las prácticas odontológicas.

Nuestra investigación permite realizar un análisis sobre los alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad Estomatología de la

Universidad Garcilaso de la Vega para mejorar con ayudas en el conocimiento bioético de una forma efectiva para una mejor actitud hacia al paciente en la Facultad de Estomatología.

2.1.2 Definición del Problema

2.1.2.1 Problema Principal

¿De qué manera se relaciona el Nivel de Conocimiento de Bioética en la actitud en Alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017?

2.1.2.2 Problemas Específicos

2.1.2.2.1 Problema Específico (1)

¿De qué manera se relaciona la Información del Conocimiento de Bioética en la actitud de los Alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017?

2.1.2.2.2 Problema Específico (2)

¿De qué manera se relaciona la Comunicación del conocimiento de Bioética en el diálogo en los alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017?

2.1.2.2.3 Problema Específico (3)

¿De qué manera se relaciona el Nivel de Toma de Decisiones del Conocimiento de Bioética en la relación con el entorno en alumnos

del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017?

2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación

2.2.1 Finalidad

La finalidad de nuestra investigación es determinar la importancia de la aplicación de programas educativos académicos con conocimiento en bioética para una mejor actitud hacia el paciente de parte de los alumnos del décimo ciclo en la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega para lograr integrar un conocimiento en bioética.

Los avances de estomatología en cuanto en mejoras de información, comunicación y toma de decisiones deben ser transmitidas de una manera activa e integradora donde los estudiantes del décimo ciclo adquieran diferentes habilidades para resolver problemas, analizando ideas, preguntas, sintetizando información etc., trabajo en grupos o independientemente.

Desde nuestro objeto de estudio la acción más importante es que los docentes de la universidad aseguren una contribución ética estomatológica mediante resultados en la actitud frente al paciente por medio de un conocimiento en bioética en las prácticas de la misma.

Con nuestra investigación busca establecer acciones efectivas relacionadas con el conocimiento ético a través de la aplicación en cada práctica estomatológica.

2.2.2 Objetivo General y Específicos

2.2.2.1 Objetivo General

Determinar la relación del Nivel de Conocimiento de Bioética en la actitud en los alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017.

2.2.2.2 Objetivos Específicos

2.2.2.2.1 Objetivo Específico (1)

Indicar la relación de la Información del conocimiento de Bioética en la actitud en los alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017.

2.2.2.2.2 Objetivo Específico (2)

Determinar la relación de la comunicación del Conocimiento de Bioética en la dialogo en los alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017.

2.2.2.2.3 Objetivo Específico (3)

Analizar la relación del Nivel de Toma de Decisiones del Conocimiento de Bioética en la relación con el entorno en los alumnos del décimo ciclo en la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017.

2.2.3 Delimitación del Estudio

2.2.3.1 Delimitación temporal.

El desarrollo del presente proyecto de investigación se llevó a cabo durante los meses comprendidos entre Marzo y Abril del 2017 específicamente en la Clínica de la Facultad Estomatología de la Universidad Garcilaso de la Vega.

2.2.3.2 Delimitación espacial

Para efectos de esta investigación se seleccionó a 95 alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad Estomatología de la Universidad Garcilaso de la Vega.

2.2.3.3 Delimitación conceptual

La investigación abarcó los conceptos fundamentales como el nivel de conocimiento y la actitud de los alumnos.

2.2.4 Justificación e Importancia del Estudio

Nuestra investigación contribuye en la efectividad de las prácticas en el adulto y niño por medio de estrategias en los programas de conocimiento en bioética, ya que es responsabilidad de la dirección y de los docentes de la universidad para lograr el manejo de las herramientas con conocimientos éticos.

El conocimiento ético de los alumnos del décimo ciclo debe ser amplio en capacidades éticas para lograr establecer una eficiente práctica frente a la actitud del alumno del décimo ciclo con el paciente. Asimismo, el alumno requiere de un ambiente con instrumentos en información, comunicación que aliente una capacitación continua y un trabajo en equipo que permita disponer de tiempo para asumir nuevas oportunidades odontológicas por medio de un adecuado programa de conocimientos éticos.

Nuestra investigación por medio de la búsqueda de soluciones respecto al tema en mención tiene en mente beneficiar en la práctica odontológica en el adulto y niño con ambientes motivadores, con alumnos con conocimiento en ética.

El conocimiento de bioética en los alumnos del décimo ciclo busca satisfacer las actitudes éticas frente al paciente para ayudar a lograr un diálogo, una actitud y concepción de la práctica con un ambiente efectivo como medio para avanzar en mejorar los planteamientos éticos.

2.3 Hipótesis y Variables

2.3.1 Supuestos Teóricos

La investigación tiene como supuestos teóricos para lograr fundamentar nuestras bases teóricas en torno a nuestro problema son:

1. La bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y de la salud, desde el punto de vista de la licitud o ilicitud moral de sus acciones o intervenciones. En la bioética incide de manera significativa la visión que se tengan del ser humano, hasta el punto de que dicha visión condiciona y fundamenta la solución ética de cada intervención técnica que se realice (Cabrerizo, 2016, P. 111).
2. Las epistemologías de la bioética son dos: En primer lugar, sobre la base del realismo, el método de la bioética se deberá plantear como dependiente del objeto. Se tratará, por tanto, de plantear el tema de la vida como objeto de la bioética, de ver su relación con la persona, de comprender las dimensiones en el contexto de las relaciones en las que manifiesta la interpelación ética. En segundo lugar, la búsqueda de la posibilidad y de la forma de un conocimiento adecuado de la vida se llevará a cabo como una reflexión sobre el mismo acto de conocimiento. La actitud crítica respecto al acto de conocimiento que se asume, para entender las condiciones que lo hacen posible en medio de la complejidad de los componentes y de su integración, no se plantea como algo anterior a él: es un momento y el más original del acto mismo del conocimiento (Cabello, 2000, P. 185).
3. La concepción de la bioética amplia, pluralista y pluridisciplinar, parte del conocimiento científico riguroso y del análisis de los argumentos y razones que avalan cada una de las diversas opciones en juego. Así, es posible participar en el debate social

informado implicando a los ciudadanos en la toma de decisiones, suministrando herramientas para establecer consensos y colaborando en la transparencia y en la calidad del sistema democrático (Casado, 2014, P. 18).

2.3.2 Hipótesis Principal y Específicas

2.3.2.1 Hipótesis Principal

El Nivel de Conocimiento de Bioética se relaciona significativamente con la actitud en los alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017.

2.3.2.2 Hipótesis Específicas

2.3.2.2.1 Hipótesis Específicas (1)

La información del Conocimiento de Bioética se relaciona significativamente con la actitud en los alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017.

2.3.2.2.2 Hipótesis Específicas (2)

La comunicación del Conocimiento de Bioética se relaciona significativamente con el diálogo en los alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017.

2.3.2.2.3 Hipótesis Específicas (3)

El Nivel de Toma de Decisiones del Conocimiento de Bioética se relaciona significativamente con la relación con el entorno en los alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017.

2.3.3 Variables e Indicadores

Variables Independientes

Nivel de Conocimiento de Bioética

Variable Dependiente

La actitud

Operacionalización de la Variable Independiente y dependiente: Nivel de Conocimiento de Bioética y Actitud en alumnos

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE BIOÉTICA	Información	- Habilidades adecuadas (1, 2)
		- Información en cantidad suficiente (3, 4)
		- Información con calidad suficiente (5, 6)
		- Consentimiento informado (7, 8, 9, 10, 11).
	Comunicación	- Procesamiento alternativas (12, 13, 14).
		- Uso de medios de comunicación (15, 16).
- Interrelación con los pacientes (17, 18).		

	Toma de decisiones	- Creativo (19)
		- Innovador (20)
		- Dinámico (21, 22, 23)
ACTITUD	Actitud	- Componente cognoscitivo (24, 25, 26, 27)
		- Componente afectivo
		- Componente comportamental
	Dialogo	- Entendimiento (28, 29)
		- Motivación (30, 31)
		- Lenguaje en común (32, 33)
	Relación con el entorno	- Estado del sujeto (34) - Facultad sensitiva (35) - Posición pensante (36)

CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS

3.1. Población y Muestra

3.1.1 Población

La población objetivo se comprende a los alumnos del décimo ciclo 2017–I de Clínica Integrada del Adulto II y del Niño II de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017.

La población de estudio o marco de muestreo conformó a 145 alumnos con criterio de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

Considerando 127 alumnos que cursan el décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017.

Criterios de exclusión:

considerando 18 alumnos que no desean participar en el estudio que cursan el el décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega,2017.

3.1.2 Muestra

Para la selección de la muestra se aplicó el muestreo probabilístico estratificado, en este tipo de muestreo las unidades muestrales se seleccionaron atendiendo a criterios importantes en el estudio, para obtener proporcionalidad en la muestra con 95 alumnos. (Ver anexo N° 6).

3.2. Diseño (s) utilizados en el estudio

La investigación es de carácter cuantitativa porque se enfoca en aspectos susceptibles de cuantificar, con diseño correlacional porque se mide el grado de relación entre las variables de estudio, según el período y secuencia del estudio es de corte transversal porque la información y los datos se obtendrán en un determinado momento.

3.3 Técnica (s) e instrumento (s) de Recolección de Datos

Los instrumentos utilizados fueron dos encuestas estructuradas, uno para medir la variable conocimiento en bioética que fue sometido a validación y confiabilidad a través del juicio de expertos y prueba piloto respectivamente, y otra encuesta validado para medir la actitud del alumno.

Ambos instrumentos, dentro de su estructura cuentan con una presentación, instrucciones, sus respectivas preguntas con escala de respuestas tipo Likert. Para el instrumento conocimiento bioético se tiene el rango de puntuación en subescalas de 2 que definen el nivel de conocimiento en bioética: adecuado y no adecuado.

Para el instrumento actitud se tiene el rango de puntuación en subescalas de 3 que definen la actitud: alto, moderado y bajo.

3.4 Procesamiento de Datos

Para el procesamiento de datos mediante la recolección se solicitó los correos de los alumnos del décimo ciclo 2017-I de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Una vez obtenido el permiso respectivo se procedió a la presentación con los alumnos de estomatología siendo la población de estudio para que concedan su autorización mediante la encuesta. En la investigación se aplicó la técnica de la encuesta, en un tiempo aproximado de un mes.

Una vez se obtuvieron los datos, se realizó la revisión de la encuesta, posteriormente se verificó mediante el control de calidad de datos, luego se codificaron y estos se vaciaron en la matriz, luego se pasó a tablas específicas, siendo procesadas de manera manual y luego se procesó en SPSS versión 23.

Para la confrontación de la hipótesis se utilizó el coeficiente de correlación R Spearman, ésta prueba estadística permite medir la correlación de las variables aplicables a mediciones mediante la escala ordinal.

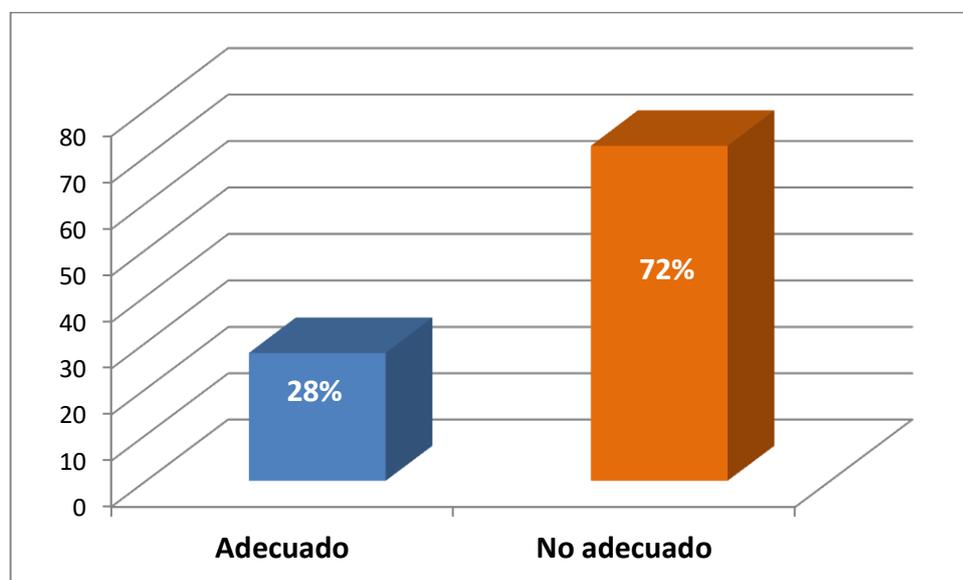
Para la contrastación de la hipótesis se usó chi cuadrado, la cual permitió determinar si existe una relación entre las dos variables categóricas.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. Presentación de Resultados

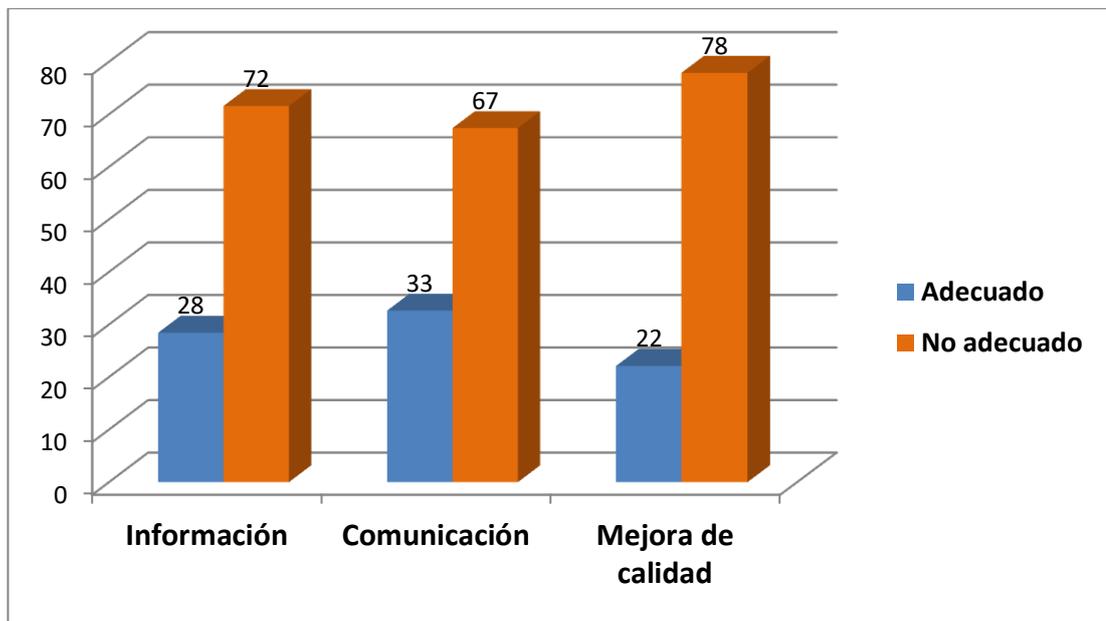
Nuestra investigación llevó a cabo la aplicación del estudio encuestando a 95 alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad Estomatología de la Universidad Garcilaso de la Vega, utilizando 2 encuestas uno para determinar el conocimiento bioético y el otro para medir la actitud.

Gráfico 1: Conocimiento bioético de los alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017.



En el gráfico 1, los alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso presentan conocimiento bioético adecuados en un 28% (28) y no adecuados en 72% (72). En otras palabras, un pequeño grupo de alumnos indicaron que poseen una adecuada comunicación con el paciente y brindan información adecuada acerca del tratamiento del paciente, sin embargo la mayoría de los alumnos encuestados presentan dificultades en las dimensiones de información y comunicación con el paciente.

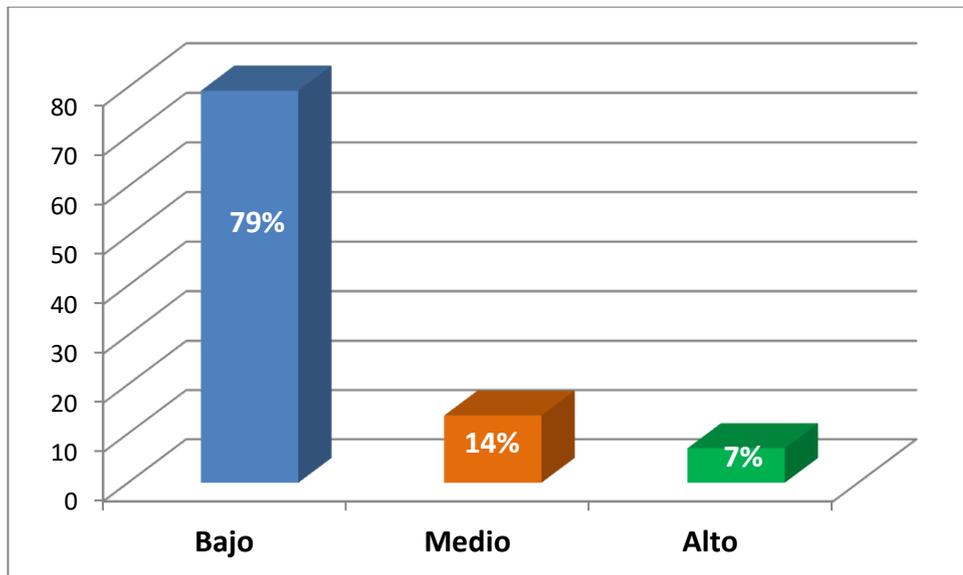
Gráfico 2: Conocimiento de bioética según dimensiones de alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017.



En el gráfico 2, los alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega presentan conocimientos en bioética no adecuado en información en 72% (68), comunicación 67% (64) y toma de decisiones 78% (74).

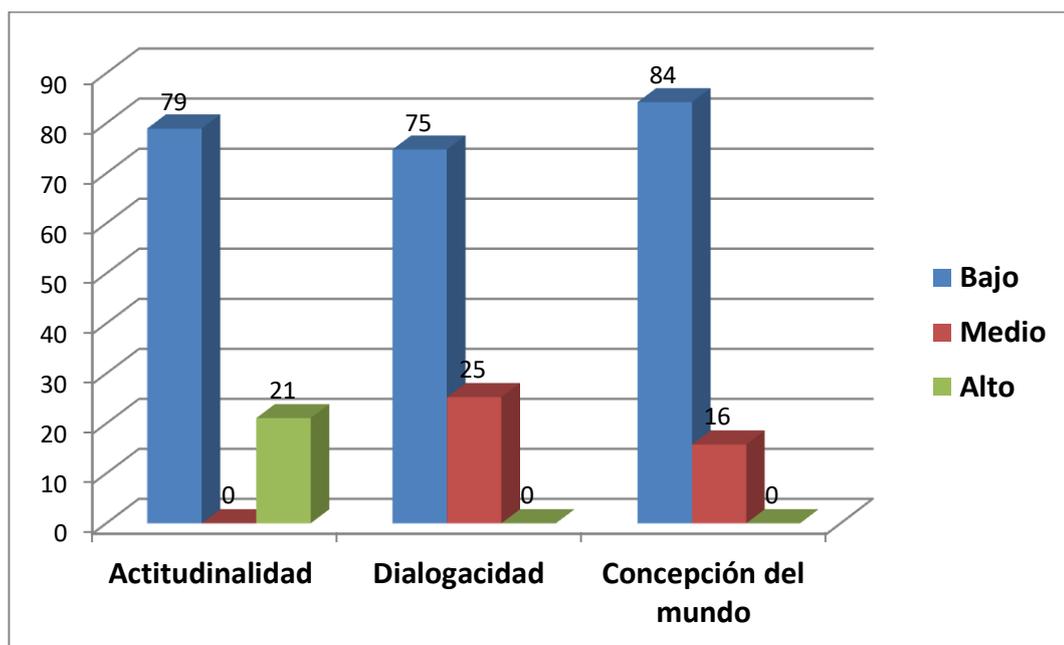
En resumen, dentro de las 3 dimensiones evaluadas en la encuesta de los alumnos, revelaron que son pocos los alumnos los que desempeñan un adecuado conocimiento bioético hacia los pacientes. Siendo estos los de menor porcentaje como se muestra en la gráfica de barras.

Gráfico 3: Actitud de alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017.



En el gráfico 3, los alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega presenta nivel bajo de actitud en un 79% (75), moderado en un 14% (13) y alto 7% (7). En síntesis, los datos de la encuesta revelaron que gran parte de los alumnos poseen un nivel bajo en lo que actitud se refiere. En otras palabras, el alumnado no desarrolla una adecuada relación con el paciente. Sin embargo, son pocos los alumnos que indicaron un medio y alto nivel de actitud con sus pacientes como se observa en la gráfica.

Gráfico 4: Actitud según dimensiones en alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017.



En el gráfico 4, los alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega presenta una actitud según dimensiones: nivel bajo de actitud 79% (75), nivel bajo de diálogo 75% (71) y baja concepción del mundo 84% (80). En otras palabras, los datos de las encuestas realizadas revelan que los alumnos en la dimensión relación con el entorno presenta un nivel más bajo que todas las dimensiones evaluadas, es decir, que los alumnos no logran el agrado de sus pacientes en su realidad.

Tabla 01: Correlación entre la Actitud y el Conocimiento en Bioética en los alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017.

Correlaciones				
			CONOCIMIENTO DE BIOÉTICA	ACTITUD
Rho de Spearman	CONOCIMIENTO DE BIOÉTICA	Coeficiente de correlación	1,000	-,403**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	95	95
	ACTITUD	Coeficiente de correlación	-,403**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	95	95

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 01, se puede apreciar la relación del Conocimiento en bioética y la actitud y al determinar la correlación entre estas variables mediante el coeficiente de correlación r de Spearman se encontró que existe una correlación inversa ($r = -0.403$) entre las dos variables, siendo esta relación estadísticamente significativa ($p = 0.000$).

La correlación inversa evidencia que a un conocimiento de bioética adecuado se da un nivel de actitud alto; a un conocimiento de bioética no adecuado se da un nivel actitud bajo.

Tabla 02: Correlación entre la Actitud y el Conocimiento en Bioética según dimensiones; en alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017.

Actitud en los alumnos (Dimensiones)		
Conocimiento de bioética (Dimensiones)	Coefficiente de Spearman*	p**
Información	-0.405	0.000
Comunicación	-0.067	0.001
Toma de decisiones	-0.195	0.003

*r Spearman ** p = nivel de significancia

La tabla 2. Sobre el análisis bivariado del Conocimiento en bioética según las dimensiones con la actitud; se observa asociación significativa ($p < 0.05$) en las dimensiones de Información ($p = 0.000$), Comunicación ($p = 0.002$) y Toma de Decisiones ($p = 0.005$).

4.2. Contrastación de Hipótesis

En este punto llevamos a cabo los análisis que nos permitirán confirmar o rechazar las hipótesis planteadas anteriormente. Nuestro análisis se complementa con tablas de contingencia que nos permitirá dar mayor solidez a las conclusiones.

4.2.1 Hipótesis General

Asociación entre el Conocimiento en bioética y la actitud de los alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017.

Actitud		
Conocimiento de bioética	χ^2	P
Adecuado		
No adecuado	15.490	0.000

Interpretación:

Sobre el análisis bivariado del Nivel de Conocimiento de bioética con los Nivel de actitud; se observa que estas variables se encuentran asociados (es decir estas variables están relacionadas entre sí según la prueba $\chi^2=15.490$ con un $p=0.000$ a un nivel de significancia de 0.05 $p < 0.05$).

Podemos observar el p-valor (Sig.) alcanzado de 0.000 siendo menor a 0.05 . Por lo tanto se procede a rechazar la hipótesis nula para aceptar la hipótesis alterna que fue relación entre la información del Conocimiento de Bioética con la actitud en los alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017.

4.2.2 Hipótesis derivada (1)

Asociación entre la Información y la actitud de los alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017.

	Actitud	
Información	X ²	P
Adecuado		
No adecuado	16.288	0.000

Interpretación:

Sobre el análisis bivariado de la Información en bioética según la dimensión Actitud; se observa asociación significativa ($p < 0.05$) en la dimensión de Información ($p = 0.000$).

Podemos observar el p-valor (Sig.) alcanzado de 0.000 siendo menor a 0.05. Por lo tanto se procede a rechazar la hipótesis nula para aceptar la hipótesis alterna que fue relación entre la información del Conocimiento de Bioética con la actitud en los alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017.

4.2.3 Hipótesis derivada (2)

Asociación entre la Comunicación y el Diálogo de los alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017.

Comunicación	Dialogo	χ^2	P
Adecuado			
No adecuado		14.432	0.001

Sobre el análisis bivariado de la Comunicación en bioética según la dimensión Diálogo; se observa asociación significativa ($p < 0.05$) en la dimensión de Información ($p = 0.001$).

Podemos observar el p-valor (Sig.) alcanzado de 0.001 siendo menor a 0.05. Por lo tanto se procede a rechazar la hipótesis nula para aceptar la hipótesis alterna que fue relación entre la comunicación del Conocimiento de Bioética con el diálogo en los alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017.

4.2.4 Hipótesis derivada (3)

Asociación entre la Toma de decisiones y la Relación con el entorno de los alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017.

Relación con el entorno		
Toma de decisiones	χ^2	P
Adecuado		
No adecuado	13.867	0.003

Sobre el análisis bivariado de la Toma de decisiones en bioética según la dimensión Concepción del mundo; se observa asociación significativa ($p < 0.05$) en la dimensión de Información ($p = 0.003$).

Podemos observar el p-valor (Sig.) alcanzado de 0.003 siendo menor a 0.05. Por lo tanto, se procede a rechazar la hipótesis nula para aceptar la hipótesis alterna que fue relación entre el Nivel de Toma de Decisiones del Conocimiento de Bioética con la relación con el entorno en los alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017.

4.3. Discusión de Resultados

En el presente estudio respecto al conocimiento de la muestra del alumnado del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega se encontró sobre el conocimiento de bioética, entendiendo que es una protección para el trabajo de estomatología que al asumirlo responsablemente se mantendrá el bienestar para generar una actitud con bases en la calidad hacia los pacientes, Peña (2013), en sus resultados muestra que un alto porcentaje de los alumnos en la formación de ciencias médicas presentan conocimiento no adecuados, coincidiendo con el presente estudio en donde el 72% de los alumnos presentan un conocimiento en bioética no adecuados. Sobre lo mencionado, dichos alumnos pueden generar problemas tanto en acciones en sus prácticas profesionales con fundamentos éticos hacia los pacientes ya que, si no tienen la teoría y práctica fundado en la ética, no podrán brindar los cuidados fundados en la ética necesarios a los pacientes.

Considerando las dimensiones del conocimiento en bioética: información, comunicación y toma de decisiones. En el estudio se obtuvo como resultado que en actividad que el conocimiento en la información se tiene que no es adecuado el 72% al igual que en el estudio realizado por Delgado (2014), quién obtuvo información no adecuada con 76% en esta dimensión, se sabe que la información es importante para lograr la práctica del alumno, sin embargo, dentro de los cambios en el conocimiento en bioética, se ha producido una drástica reducción de actitudes adecuadas, la cual se explica, en parte, por la tendencia hacia la creación de procedimientos, planes, competencias lectoras; esto significa entonces que los alumnos están propensos a adquirir errores por falta de instrumentos éticos en sus prácticas en odontología.

Respecto a la comunicación, los alumnos muestran alternativas no adecuadas también en 67% difiriendo con Huertas (2013), quién halló que el 88% son no adecuados, según se ha visto los alumnos no cuentan con el tiempo, alternativas con beneficio suficiente para realizar sus actividades con una mejor comunicación. Asimismo, la comunicación es fundamental para el desarrollo laboral porque nos ayuda a desarrollar nuestras destrezas y mente contribuyendo al mejoramiento ético.

En la investigación se obtuvo que el 78% presenta un conocimiento con toma de decisiones no adecuados en la dimensión a diferencia de Uribe (2012), concluyo que no son buenos con 65%. Es importante para los alumnos como necesidad laboral tener dentro de su conocimiento adecuados conocimientos adecuados para lograr tomar decisiones éticas mediante normas con calidad de vida al paciente para la realización del trabajo.

La actitud en los alumnos de estomatología provoca gran preocupación debido a que este conlleva a que el alumno deje de lado todo el sentido emocional hacia los pacientes con las que trabaja afectando de esta manera la relación con el paciente lo que generaría aislamiento en la labor estomatológica.

Asimismo, la actitud se mide a través de 3 dimensiones: Actitud, Diálogo y Relación con el entorno.

En relación Actitud Delgado (2014), encontró que el 65% presenta un nivel alto, lo que contrapone con el presente estudio en donde los resultados indican que el 79% de los alumnos presentan un nivel bajo en Actitud.

Sin embargo, en la dimensión Diálogo Huertas (2013), identifica que es bajo con 67% lo que coincide con la investigación ya que se halló nivel bajo 75% esto se debe a que generalmente los alumnos a no alcanzar las expectativas educativas previstas, se ve limitado para su desarrollo del dialogo laboral siendo adversas, pudiendo presentar tareas con más tiempo, falta de motivación para enfrentar situaciones laborales.

Según Uribe (2012), considerando la Relación con el entorno que predisponen los alumnos con una baja actitud en los alumnos con 84%, similar con nuestra investigación con 84%.

Además de comprobar que existe relación entre el Conocimiento en Bioética y la actitud según las dimensiones como resultado de la aplicación del coeficiente de r de Spearman, donde se encontró correlación inversa, es decir a una determinada dimensión (Información, Comunicación, Toma de decisiones) adecuada se da un nivel de actitud alta, o dimensión (Información, Comunicación, Toma de decisiones) no son adecuadas se da un nivel de actitud bajo.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1.-Se determinó que existe relación entre la información del Conocimiento de Bioética y la actitud en los alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017; dado que al aplicar una adecuada información del conocimiento de bioética permite a la clínica de la facultad de estomatología trabajar adecuadamente las habilidades, información suficiente y de calidad, realizando una adecuada información odontológico.

2.-Se determinó que existe relación entre la comunicación del Conocimiento de Bioética y el diálogo en los alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017; dado que la aplicación de la comunicación del conocimiento de bioética beneficia el diálogo de los alumnos, pues una buen procesamiento de alternativas, formato de medios de comunicación, interrelación con pacientes incrementa el dialogo.

3.-Se determinó que existe relación entre el Nivel de Toma de Decisiones del Conocimiento de Bioética y la relación con el entorno en los alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017; puesto que una decisión creativa, innovada, dinámica mejora el estado, sensibilidad del alumno.

5.2 Recomendaciones

En base a la experiencia durante este proceso de investigación se realizan las siguientes recomendaciones:

1.- La Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega debe elaborar talleres de capacitación en bioética permanentemente promoviendo así mejorar la labor estomatológica en los alumnos mejorando la atención brindada a los pacientes.

2.- Implementar talleres de técnicas de afrontamiento de actitudes ante la información práctica dada los alumnos del décimo ciclo para diversas situaciones personales y laborales bajo un enfoque ético; mediante la presentación de contenidos, guías y reconocimiento informado mejorados.

3.- Formar un programa que evalúe las actitudes de los alumnos del décimo ciclo compuestos por alumnos capacitados para lograr la comunicación efectiva y así elaborar guías evaluativas y prevenciones éticas mediante la participación a talleres con mesas redondas buscando la actualización de las últimas tendencias metodológicas despertando la formación odontológico.

BIBLIOGRAFÍA

Referencias bibliográficas

1. Alegre Vidal, Joaquín. (2014). *La gestión del conocimiento como motor de la innovación*. Valencia: Universitat Jaume.
2. Andrés Cabrerizo, Dulce. (2010). *Cultura Científica*. España: Editex.
3. Alcaraz Romero, Víctor Manuel. (2013). *Las aportaciones mexicana psicología*. México: I de G.
4. Arboleya Rodríguez, Luís. (2010). *Manual de enfermedades óseas*. Madrid: Editorial Médica Panamericana SA.
5. Asociación dental Mexicana A.C. (2010). *Revista ADM*. México: Corix.
6. Álvarez de la Cadena Sandoval, Carolina. (2013). *Ética Odontológica*. México: UNAM.
7. Amaya Amaya, Jairo. (2004). *Toma de decisiones Gerenciales*. Colombia: Universidad Santo Tomas de Aquino.
8. Aristizábal Tobler, Chantal. (2004). *Horizontes de la Bioética*. Bogotá: Editorial Kumpres Ltda.
9. Atkinson, Karen. (2007). *Fisioterapia en Ortopedia*. España: Ediciones en español.
10. Azinian, Herminia. (2009). *Las tecnologías de la información y la comunicación en las prácticas pedagógicas*. Argentina: Ediciones Novetiades Educativas.
11. Barrancos Mooney, Julio. (2014). *Operatoria dental*. Buenos Aires: Editorial Panamericana.
12. Bazán Morante, Jorge Luis. (2011). *Ontología*. EE.UU: Palibrio.
13. Bernal Alvarado, Manuel. (2003). *Bioética compromiso de todos*. Uruguay: Ediciones Trilce.

14. Bigné J, Enrique. (2010). *Promoción Comercial*. Madrid: Esic Editorial.
15. Boj, J. R. (2005). *Odontopediatría*. Barcelona: Masson.
16. Bordoni, Noemí. (2010). *Odontología Pediátrica*. Argentina: Editorial Panamericana.
17. Bueno, Gustavo. (2011). *¿Qué es la Bioética?*. España: Pentalfa Ediciones.
18. Cabello Albendea, Belén. (2009) *¿Qué es la vida?* Madrid: Ediciones Encuentro.
19. Carballo, Roberto. (2015). *Innovación y Gestión del Conocimiento*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos SA. P. 95.
20. Cabello Albendea, Belén. (2000). *¿Qué es la vida?*. Arequipa: Arnoldo Mondadori Editore SA.
21. Cabrerizo Andrés, Dulce María. (2016). *Cultura Científica*. España: Editex.
22. Carballo, Roberto. (2015). *Innovación y gestión del conocimiento*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos
23. Casado, María. (2014). *ADN forense: problemas éticos y jurídicos*. Barcelona: Adolf Florensa.
24. Colegio Odontológico del Perú. (2015). *Consentimiento informado*. Perú: Consejo Administrativo Nacional. <http://www.cop.org.pe/consentimiento-informado>
25. Comelles, Josep M. (2017). *Educación, comunicación y salud*. España: Publicaciones de la Universitat Rovira i Virgili.
26. Chamarro Luser, Andrés. (2007). *Ética del psicólogo*. Barcelona: Editorial UOC.
27. Dallal, Alberto. (2006). *El proceso creativo*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
28. De Acosta, José. (2004). *Bioética*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas de Madrid.
29. De la Torre, Javier. (2011). *Pasado, Presente y Futuro de la Bioética Española*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

30. De la Fuente Hernández, Javier. (2014). *Promoción y educación para la salud en odontología*. México: Editorial El Manual SA.
31. De la Torre, Saturnino. (2010). *Estrategias didácticas en el aula*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
32. Díaz Berenguer, Álvaro. (2010). *El Narcisismo en la medicina contemporánea*. Uruguay: Ediciones Trilce.
33. Díez Itza, Eliseo. (2013). *El lenguaje: estructuras, Modelos, Procesos y Esquemas*. España: Universidad de Oviedo.
34. Díaz Narváez, Víctor Patricio. (2010). *Metodología de la investigación científica y bioestadística*. Santiago de Chile: RIL editores.
35. Donado, M. (2002). *Cirugía Bucal*. España: Masson SA.
36. Dommerholt, Jan. (2013). *Una estrategia clínica basada en evidencia*. España: Elsevier España SL.
37. Dorado J., Michelini. (2005). *Ética discurso conflictividad*. Argentina: Universidad Nacional de Rio Cuarto.
38. *Espíndola Castro, José Luis. (2005). Análisis del problema*. México: Pearson Educación.
39. Feito, Lydia. (2010). *Bioética: la cuestión de la dignidad*. Madrid. OUY.
40. Finestres Zubeldia, Fernando. (2014). *Protección en Radiología Odontológica*. Barcelona: Publicacions i Edicions.
41. Fortuna Custodio, Jorge Alberto. (2010). *Protocolo de atención del paciente grave*. México: Editorial Médica Panamericana.
42. Gallegos García, Verónica. (2011). *Resolución de situaciones clínicas*. México: Universidad Autónoma de San Luis Potosí.
43. García Angulo, Jorge Jesús. (2013). *Posibilidad, crítica y reflexión*. Chile: Conicyt Chile.
44. García de Oro, Gabriel. (2013). *El camino creativo que lleva del error al éxito*. Debolsillo. España: UOC

45. Garza Garza, Ana María. (2016). *Control de infecciones y bioseguridad en odontología*. Bogotá: Editorial El Manual Moderno SA.
46. González Morán, Luis. (2006). *De la Bioética al Bioderecho*. Madrid: Editorial Dykinson SL.
47. Guerrero, Omar. (2010). *El funcionario, el diplomático y el juez*. México: Plaza y Valdés Editores.
48. Gómez Córdoba. Ana Isabel. (2010). *Bioética y Educación*. Bogotá: Centro Editorial Universidad del Rosario.
49. Gómez Pérez, Rafael. (2010). *Filosofía y ciudadanía*. España: Editex.
50. Goikoetxea, María Jesús. (2010). *Introducción a la Bioética*. Bilbao: Universidad de Deusto.
51. Guerra, María José. (2014). *Bioética; La cuestión de la dignidad*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas de Madrid.
52. Harris, Norman O. (2010). *Odontología preventiva primaria* México: Editorial Manual Moderno SA.
53. Haidemann, D. (2007). *Valoración y profilaxis*. Madrid: Masson.
54. Hernández Fernández, Asunción. (2014). *Marketing sanitario*. España: ESIC Editorial.
55. Hottois, Gilbert. (2009). *El Paradigma Bioético*. Barcelona: Anthropos Editorial.
56. Inicarte, Fernando & Llano, Alejandro. (2007). *Metafísica tras el final de la Metafísica*. Madrid: Ediciones Cristiandad SA. P.
57. Kenneth M. (2014). *Cohen vías de la pulpa*. España: Elsevier Mosby.
58. Quinzá Lleó, Xavier. (2012). *Responsabilidad y Diálogo*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
59. Landeau, Rebeca. (2007). *Elaboración de trabajos de investigación*. Caracas: Editorial Alfa.
60. Ledo Andi6n, Margarita. (2000). *Comunicaci6n Audiovisual: Investigaci6n e formaci6n universitarias*. Espa6a: Servicios de Publicacions.

61. León, Andrés Humberto. (2010). *Virtudes, valores y sentimientos*. España: OUT.
62. Lolas Stepke, Fernando. (2000). *Más allá del cuerpo*. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello.
63. López Camps, Jordi. (2010). *Planificar la formación con calidad*. Madrid: Cisspraxis SA
64. López De la Vieja, María Teresa. (2009). *Ensayos sobre bioética*. España: Ediciones Universidad de Évora.
65. Llano Escobar, Alfonso. (2012). *Bioética y Educación para el siglo XXI*. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
66. Magro Servet, Vicente. (2012). *Guía práctica de responsabilidad sanitaria*. La Ley. Madrid: Wolters Kluwer España SA.
67. Martínez Freire, Pascual F. (2007). *La importancia del conocimiento*. España: Netbiblo SL. P. 354.
68. Martínez del Castillo, Jesús Gerardo. (2010). *Odisea*. España: Oasis.
69. Medellín Cabrera, Enrique. (2013). *Construir innovación*. Argentina: Siglo XXI editores. P. 155.
70. Méndez Baiges, Víctor. (2007). *Bioética y derecho*. Barcelona: Editorial UOC.
71. Medina Auerrebere, Pablo. (2012). *Comunicar y curar*. Barcelona: Editorial UOC.
72. Montes Botella, José Luis. (2007). *Modelo de medición de conocimiento y generación de ventajas competitivas sostenibles en el ámbito de la iniciativa "respuesta eficiente al consumidor"*. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos.
73. Moya Pueyo, V. (2013). *Odontología Legal y Forense*. Barcelona: Masson S.A.
74. Navarro Vila, Carlos. (2008). *Cirugía oral*. Madrid: Arán Ediciones SL.
75. Palma Cárdenas, Ascensión. (2010). *Técnicas de ayuda Odontológica y Estomatológica*. España: Paraninfo SA.

76. Pérez Torres, Vanesa Carolina. (2013). *Calidad total en la atención al cliente pautas para garantizar la excelencia en el servicio*. España: OIC
77. Plaza, F. Juan & Delgado, Carmen. (2007). *Género y comunicación*. España: Editorial Fundamentos.
78. Prats, Enric. (2003). *Ética de la información*. Barcelona: Editorial UOC.
79. Redondo López, José Antonio. (2010). *Creando clientes en mercados globales*. Madrid: Ediciones Esic.
80. Ruiz de la Cuesta, Antonio. (2005). *Bioética y derechos humanos*. Sevilla: Comité editorial.
81. Secretaría General Técnica. (2014). *Estudios en España*. España: IUO
82. Silva García, Luis. (2006). *Administración Regional de Murcia*. Sevilla: Editorial MAD SL.
83. Trejo Medina, Daniel. (2009). *Identificación, análisis y aprovechamiento de la administración del conocimiento para la empresa y organización mexicana del siglo XXI*. México: Publisher.
84. Vicente Burgoa, Lorenzo. (2014). *Introducción al estudio sobre el conocimiento o sensible y la experiencia*. España: Editum.
85. Wolton, Dominique. (2010). *Pensar la comunicación*. Buenos Aires: Prometeo Libros.

Referencias electrónicas y tesis

86. Delgado Rosas, Tania. (2014). *“La relación del conocimiento de contenidos éticos con las actitudes y comportamientos en estudiantes del Hospital Dos de Mayo”*. (Tesis de pregrado inédita). Universidad Pontificia Católica del Perú, Lima, Perú.
87. Echeverry Aponte, Adriana & Quintero Mur, Leidy (2013). *Estado de la enseñanza bioética en las facultad odontológica de Bogotá*. (Tesis de maestría inédita). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá. Recuperado de: <https://repository.javeriana.edu.co:8443/bitstream/handle/10554/9030/EcheverryAponteLuzAdriana2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
88. Huertas Costa, Carlos. (2013). *“Nivel de conocimientos bioéticos con las actitudes en las prácticas profesionales de enfermería en el Hospital María Auxiliadora”*. (Tesis de maestría inédita). Universidad Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
89. León, Francisco Javier. (2011). *Bioética*. España: Ediciones Palabra, SA.
90. Monge Poma, Víctor Manuel. (2015). *Nivel de conocimiento del código de ética y Deontología de los estudiantes del postgrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, Lima, 2015. http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/5514/1/Monge_pv.pdf
91. Puccinelli Wang, Marco Antonio. (2013). *Experiencia en la enseñanza de la Bioética en la Escuela de Odontología en la universidad local*. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. (Maestria). Chiclayo, Perú. http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/556/1/TM_Puccinelli_Wang_MarcoAntonio.pdf

92. Suarez Hernández, Georgina. (2015). *La bioética y la relación entre ciencia, conocimiento y ética en la formación profesional en ciencias médicas*. (Tesis de maestría inédita). Universidad Barcelona, España. Recuperado de: <http://www.eumed.net/rev/caribe/2015/05/bioetica.html>
93. Unesco. (2012). Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética/UNESCO. Revista Red bioética UNESCO, Volumen 1, (Numero 5), pp. 55. Recuperado de: <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002216/221664m.pdf>
94. Uribe Zapata, Leonor. (2012). “*El grado de conocimiento bioético sobre los comportamientos de los profesionales en el Hospital Rebagliati, 2011*”. (Tesis de maestría inédita). Universidad Alas Peruanas, Lima, Perú.

ANEXO

ANEXO Nº 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: “*NIVEL DE CONOCIMIENTO DE BIOÉTICA Y ACTITUD EN ALUMNOS DE LA CLÍNICA DE LA FACULTAD ESTOMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA, 2017*”

Problema General	Objetivos General	Hipótesis General	Variables	Marco Metodológico
¿De qué manera se relaciona el Nivel de Conocimiento de Bioética en la actitud en alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017?	Determinar la relación del Nivel de Conocimiento de Bioética en la actitud en los alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017.	El Nivel de Conocimiento de Bioética se relaciona significativamente con la actitud en los alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017.	<p>Primera Variable: Conocimiento bioética</p> <p><u>Dimensiones</u></p> <p>Información</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento para la atención • Plan de estado de salud bucal • Competencia lectora <p>Comunicación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de 	<p>TIPO DE ESTUDIO Correlacional</p> <p>NIVEL DE INVESTGACIÓN Básico</p> <p>DISEÑO DE ESTUDIO No experimental, transversal</p> <p>POBLACIÓN 145 alumnos.</p> <p>MUESTRA 95 alumnos.</p> <p>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS Técnica Mediante correlación r spearman</p>

			procesamiento de alternativas <ul style="list-style-type: none"> • Interrelación con los pacientes Toma de decisiones <ul style="list-style-type: none"> • Nivel creativo • Nivel innovador • Nivel dinámico 	Instrumentos Encuesta
Problemas Específicos <ul style="list-style-type: none"> • ¿De qué manera se relaciona la Información del Conocimiento de Bioética en la actitud en Alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de 	Objetivos Específicos <ul style="list-style-type: none"> • Indicar la relación de la Información del conocimiento de Bioética en la actitud en los alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de 	Hipótesis Específicas <ul style="list-style-type: none"> • La información del Conocimiento de Bioética se relaciona en la actitud en los alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de 	Primera Variable: Actitudes <u>Dimensiones</u> Actitud <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de igualdad • Nivel de tolerancia • Nivel de mesura Diálogo <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de tiempo de 	

<p>la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿De qué manera se relaciona la Comunicación del conocimiento de Bioética en el diálogo en los alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017? • ¿De qué manera se relaciona el Nivel de Toma de 	<p>la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la relación de la comunicación del Conocimiento de Bioética en el diálogo en Alumnos de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2015. • Analizar la relación del Nivel de Toma de Decisiones del Conocimiento de 	<p>la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La comunicación del Conocimiento de Bioética se relaciona significativamente con en el diálogo en Alumnos de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2015. • El Nivel de Toma de Decisiones del Conocimiento de Bioética se 	<p>tareas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de motivación • Nivel de procesos autorregulatorios • Interacción de los participantes <p>Concepción del mundo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado del sujeto • Facultad sensitiva • Posición pensante 	
---	---	---	---	--

<p>Decisiones del Conocimiento de Bioética en la Relación con el entorno en los alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017?</p>	<p>Bioética en la relación con el entorno en los alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 	<p>relaciona significativamente con la relación con el entorno en los alumnos del décimo ciclo de la Clínica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017.</p>		
---	--	---	--	--

ANEXO Nº 2

ENCUESTA DE CONOCIMIENTO BIOÉTICO

Instrucciones:

- a) Marque la frecuencia según la escala que se muestra posteriormente.
- b) Si no puede contestar alguna pregunta o si tiene alguna duda, preguntar a la persona que le entregó la encuesta.
- c) Después de contestar todas las preguntas, por favor devuelva la encuesta.
- d) Recuerde que esta encuesta es absolutamente confidencial.

CONOCIMIENTO BIOÉTICO

Nunca	1
Casi nunca	2
Algunas veces	3
Casi siempre	4
Siempre	5

Nº	DIMENSIONES /ITEMS	ESCALAS				
		1	2	3	4	5
	DIMENSIÓN 1: INFORMACIÓN					
1	Se tiene diferentes habilidades para proporcionar información					
2	Se usa un programa de odontología preventiva					
3	Se incluye en el formulario la información en cantidad suficiente					
4	Se tiene la declaración firmada del paciente de estar satisfecho con la información					
5	Se recibe información con calidad suficiente					
6	Se otorga información al paciente fácil de entender					
7	Se le otorga al paciente reconocimiento de su autonomía mediante un buen el consentimiento informado de manera escrita					
8	Se le brinda información al paciente sobre los procedimientos a utilizar en su atención					
9	Se brinda explicación al paciente sobre su estado bucal					
10	Se solicita autorización para aplicar las diferentes técnicas					
11	En caso de menores se explica a ellos su situación y procedimientos a aplicar					
	DIMENSIÓN 2: COMUNICACIÓN					
12	Se le brinda opciones o alternativas de tratamiento al paciente					
13	Se le explican ventajas-desventajas al paciente del tratamiento a realizar					

14	Se le explican los riesgos-beneficios del tratamiento a realizar					
15	Para comunicar efectivamente se usa diferentes medios de comunicación					
16	Se educa al paciente con diferentes medios de comunicación					
17	Se conoce las necesidades del paciente mediante la entrevista clínica					
18	Se motiva mediante la interrelación entre paciente y odontólogo					
	DIMENSIÓN 3: TOMA DE DECISIONES					
19	Se tiene información creativa para lograr la toma de decisión del paciente efectiva					
20	Se otorga información completa con información innovadora.					
21	El paciente ha participado en la toma de decisión sobre el tratamiento a realizar					
22	Se genera en el paciente un conocimiento dinámico para su toma de decisión					
23	El paciente ha deseado participar en la selección del tratamiento					

ANEXO N° 3

ENCUESTA DE ACTITUD

ACTITUD

A cada uno de los enunciados debe responder expresando la frecuencia con que tiene problemas de la siguiente forma:

Nunca	0
Algunas veces al año o menos	1
Una vez al mes o menos	2
Algunas veces al mes	3
Una vez a la semana	4
Varias veces a la semana	5
Diariamente	6

N°	DIMENSIONES /ITEMS	ESCALAS					
		1	2	3	4	5	6
	DIMENSIÓN 1: ACTITUD						
24	Se otorga el programa de información del tratamiento odontológico según el nivel cultural del paciente						
25	Cambio la actitud de experiencias pasadas negativas de tratamientos después del programa de información						

26	Se otorgó seguridad con la información al paciente de la diferencia del tratamiento						
27	Cambio de actitud el paciente después de una revocación del consentimiento informado						
	DIMENSIÓN 2: DIALOGO	1	2	3	4	5	6
28	Existe tiempo para un dialogo permanente para tiempo de cada tarea	0					
29	Satisface el diálogo del tratamiento al paciente						
30	Se siente motivado el paciente con las recomendaciones						
31	Acepta el paciente las recomendaciones odontológicas después del seguimiento						
32	Existe diferentes medios de comunicación para lograr el diálogo efectivo						
33	Satisface el medio de comunicación usado para explicar el tratamiento por ser fácil de entender						
	DIMENSIÓN 3: REALIDAD CON EL ENTORNO	1	2	3	4	5	
34	Se siente bien el paciente con el ambiente						
35	Se siente sensible con el ambiente						
36	Se siente el paciente inseguro y pensativo con el ambiente						

**MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO USADO POR LOS
ALUMNOS DEL DÉCIMO CICLO EN LA PRÁCTICA INTEGRADA DE
ADULTO Y NIÑO II EN LA CLÍNICA DE LA FACULTAD
ESTOMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA
VEGA**

No se puede mostrar la imagen en este momento.

ANEXO Nº 4

ESCALA DE MEDICIÓN DE CONOCIMIENTO BIOÉTICO

Dimensión	Nivel	Puntuación
Información	Adecuada	21-30
	No adecuada	1-20
Comunicación	Adecuada	21-30
	No adecuada	1-20
Toma de decisiones	Adecuada	26-30
	No adecuada	1-25

ANEXO N° 5
ESCALA DE ACTITUD

Variable	Nivel	Puntuación
	Alto	5 a 28
Actitud	Moderado	29 a 48
	Bajo	49 a 85

ESCALA DE MEDICIÓN DE ACTITUD SEGÚN DIMENSIONES

Actitud:	Frecuencia:
Alta	<20
Moderada	5-15
Baja	>20
Diálogo	
Alta	<16
Moderada	20-16
Baja	>16
Relación con el entorno	
Alta	<22
Moderada	21-22
Baja	>22

ANEXO Nº 6
DISEÑO MUESTRAL

Cálculo de la muestra:

$$n = \frac{Z^2 pq N}{(N-1) E^2 + Z^2 pq}$$

$$\frac{(1.96^2)(0.5)(0.5)(127)}{(127)(0.05^2) + (1.96^2)(0.5)(0.5)}$$

$$\frac{121,9708}{1,2779} = 95$$

Muestra: 95 alumnos.

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO.

Después de revisado el instrumento, es valiosa su opinión acerca de lo siguiente:

Menos de	50	60	70	80	90	100
1. ¿En qué porcentaje estima Usted que con esta prueba se logrará el objetivo propuesto?	()	()	()	()	()	()
2. ¿En qué porcentaje considera que las preguntas están referidas a los conceptos del tema?	()	()	()	()	()	()
3. ¿Qué porcentaje de las interrogantes planteadas son suficientes para lograr los objetivos?	()	()	()	()	()	()
4. En qué porcentaje, las preguntas de la prueba son de fácil comprensión?	()	()	()	()	()	()
5. ¿Qué porcentaje de preguntas siguen secuencia lógica?	()	()	()	()	()	()

6. ¿En qué porcentaje valora Usted que con () () () () () ()
esta prueba se obtendrán datos similares
en otras muestras?

SUGERENCIAS

1. ¿Qué preguntas considera Usted deberían agregarse?

.....
.....

2. ¿Qué preguntas estima podrían eliminarse?

.....
.....

3. ¿Qué preguntas considera deberán reformularse o precisarse mejor?

.....
.....

Fecha:

Validado por:

Firma: