

# **ANTROPOLOGÍA EDUCATIVA DE LOS CUIDADOS: UNA ETNOGRAFÍA DEL AULA Y LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS**

Coordinadores:  
José Siles González  
M<sup>a</sup> del Carmen Solano Ruiz



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante  
Vicerectorat de Planificació Estratègica i Qualitat  
Institut de Ciències de l'Educació



Esta publicación no puede ser reproducida, ni totalmente ni parcialmente, ni registrada, ni transmitida por un sistema de recuperación de información, ya sea fotomecánico, electrónico, por fotocopia o cualquier otro medio, sin el permiso previo de los propietarios de copyright.

SERIE REDES

ICE/VICERECTORAT DE PLANIFICACIÓ ESTRATÈGICA I QUALITAT

© del texto: Los autores

© de esta edición: Editorial Marfil, S.A.  
C/ San Eloy, 17 • 03804 Alcoy  
Tel.: 96 552 33 11 • Fax: 96 552 34 96  
e-mail: editorialmarfil@editorialmarfil.com

Universidad de Alicante  
Campus de Sant Vicent del Raspeig  
03080 Alicante

I.S.B.N.: 978-84-268-1492-0  
Depósito legal: A-1259-2009

Fotomecánica, fotocomposición e impresión:  
Gráficas Alcoy, S.A. • San Eloy, 17 • 03804 ALCOY



# ÍNDICE

<b>PRÓLOGO</b>	9
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>Clarificación epistemológica de tres especialidades de la antropología de los cuidados: antropología clínica, enfermería transcultural y antropología educativa de los cuidados.</b> .....	11
<i>José Siles González y M<sup>a</sup> del Carmen Solano Ruiz</i>	
<b>1. Introducción</b> .....	11
<b>2. Desarrollo del tema</b> .....	14
2.1. La naturaleza antropológica de los cuidados.....	14
2.1.1 La perspectiva interpretativa: una cuestión previa.	
2.1.2 La relación antropología - enfermería:	
2.1.3 El vínculo biológico de proyección cultural como configurador de los cuidados de enfermería.	
2.1.4 La diferencia entre antropología de los cuidados, antropología clínica y enfermería transcultural	
2.1.5 Los momentos culturales en las situaciones “VIDA-SALUD”.	
2.2. Etnografía y etnología en antropología de los cuidados.....	22
2.3. La Observación, la observación participante y el diario de campo.....	23
2.3.1 Una cuestión preliminar al proceso de observación: las perspectivas “EMIC” Y “ETIC”	
2.3.2 Condiciones de la observación	
2.3.3 Cuestiones básicas de la observación etnográfica	
2.4. Modelos en antropología de los cuidados y enfermería transcultural.....	31
2.4.1 El modelo del sol naciente de M. Leininger.	
2.4.2 El modelo de competencia cultural de L. Purnell	
2.4.3 El modelo de herencia cultural y tradiciones de salud de R. Spector	
2.5. El marco ideológico de la ciencia y la enfermería transcultural .....	35
2.5.1 Enfermería en contexto del paradigma racional tecnológico	
2.5.2 Enfermería en contexto del paradigma interpretativo	
2.5.3 Enfermería en contexto del paradigma sociocrítico	
2.5.4 A modo de resumen acerca del debate ideología-paradigmas científicos.	
2.6. Antropología educativa de los cuidados .....	39
2.6.1 Antecedentes de la antropología educativa.	
2.6.2 Causas y fines de la antropología educativa	
2.6.2.1 Algunos de los problemas abordados desde la antropología educativa de los cuidados	
2.6.2.2 La antropología de la educación y los estudios etnográficos como fase previa al diseño y aplicación de programas de educación para la salud	
1.1.4 Escuela de cultura y personalidad	
2.6.3.1 La relación entre educación, cultura y la persona	
2.6.3.2 Periodos del movimiento “cultura y personalidad”	

2.6.4 Modelos de antropología educativa de los cuidados y enfermería trans-cultural

<b>3. Conclusiones</b> .....	59
<b>4. Bibliografía</b> .....	61

**CAPÍTULO II**

<b>Diferencias culturales implicadas en el proceso de prácticas clínicas en enfermería. Una aportación desde la antropología de la complejidad y el pensamiento crítico</b> .....	67
<i>José Siles González; Luis Cibanal Juan,; Juan M<sup>o</sup> Domínguez Santamaría,; Rosa M<sup>a</sup> Pérez Cañaveras; Flores Vizcaya Moreno; Eva M<sup>a</sup> Gabaldón Bravo; M<sup>a</sup> Carmen Solano Ruiz; Miguel Castells Molina; M<sup>a</sup> Mercedes Núñez del Castillo; Jose Luis Jurado Moyano,</i>	

<b>1. Introducción</b> .....	67
1.1. Justificación .....	67
1.2. Objetivos Generales .....	68
1.3. Objetivos Específicos .....	68
1.4. Hipótesis Iniciales .....	69
<b>2. Estado de la cuestión</b> .....	70
<b>3. Material y métodos</b> .....	72
3.1. Perspectiva Teórica de partida.....	72
3.2. Proceso de preparación durante el módulo teórico-práctico.....	73
3.3. Fuente.....	73
3.4. Unidad de análisis e interpretación de los datos:.....	73
3.5. Material visual.....	73
3.6. Cronograma.....	73
<b>4. Resultados</b> .....	74
<b>5. Discusión</b> .....	80
<b>6. Conclusiones</b> .....	81
<b>7. Bibliografía</b> .....	82

**CAPÍTULO III**

<b>Valoración del tiempo y esfuerzo empleado por los alumnos de enfermería (1<sup>o</sup> Diplomatura de Enfermería) en la consecución de objetivos durante sus prácticas clínicas. Una aplicación del diario de Prácticas clínicas como instrumento de reflexión en la acción</b> .....	87
<i>José Siles González,; M<sup>a</sup> Carmen Solano Ruiz; Elena Ferrer Hernández,; M<sup>a</sup> Mercedes Rizo Baeza; Miguel Castell Molina; Miguel Angel Fernández Molina; Mercedes Núñez del Castillo; Isabel Casabona Martínez ; J.Ramón Martínez Riera</i>	

<b>1. Introducción</b> .....	87
1.1. Justificación .....	87
1.2. Objetivos.....	88
1.3. Hipótesis y cuestiones de investigación .....	88
<b>2. Estado de la cuestión</b> .....	88
<b>3. Marco Teórico</b> .....	90
<b>4. Material y método</b> .....	90
4.1. Población objeto de estudio.....	90
4.2. Técnicas a emplear en el estudio. Pertinencia y validez.....	91
4.3. Fases de implementación del estudio.....	94
<b>5. Resultados</b> .....	96
5.1. Valoración global del tiempo necesario para alcanzar objetivos en prácticas clínicas según tipo de acceso del alumnado .....	96
5.2. Percepción del tiempo y esfuerzo para el logro de objetivos durante las prácticas clínicas (diario de campo).....	103
<b>6. Discusión</b> .....	108
<b>7. Conclusiones</b> .....	109
<b>8. Bibliografía</b> .....	109

#### CAPÍTULO IV

<b>Valoración del tiempo y esfuerzo empleado por alumnos de enfermería (título superior) en sus actividades de aprendizaje. Un estudio preliminar en el proceso de convergencia de créditos europeos (ECTS).</b> .....	121
<i>José Siles González; M<sup>a</sup> Carmen Solano Ruiz; Elena Ferrer Hernández; Mercedes Rizo Baeza; Miguel Castell Molina; Miguel Ángel Fernández Molina; Mercedes Núñez del Castillo; Isabel Casabona Martínez; M<sup>a</sup>José Muñoz Reig; Modesta Salazar Agulló</i>	

<b>1. Introducción</b> .....	121
1.1. Justificación .....	121
1.2. Objetivos.....	122
1.3. Hipótesis y cuestiones de investigación .....	122
<b>2. Estado de la cuestión</b> .....	123
<b>3. Marco Teórico</b> .....	124
<b>4. Material y método</b> .....	126
4.1. Cronograma.....	126
4.2. Población objeto de estudio.....	126
4.3. Estudio Cuantitativo .....	127
4.4. Estudio Cualitativo.....	127

<b>5. Resultados</b> .....	129
5.1. Resultados del estudio cuantitativo .....	129
5.2. Resultados del estudio cualitativo .....	134
<b>6. Discusión</b> .....	142
<b>7. Conclusiones</b> .....	143
<b>8. Bibliografía</b> .....	144

## CAPÍTULO V

<b>La función de los tutores en las prácticas clínicas de enfermería. Un estudio etnográfico centrado en la reflexión acción y el pensamiento crítico</b> .....	149
<i>Jose Siles González; M<sup>a</sup> Carmen Solano Ruiz; Elena Ferrer Hernández; M<sup>a</sup> Mercedes Rizo Baeza; Miguel Angel Fernández Molina; Mercedes Núñez del Castillo; J. Ramón Martínez Riera; Isabel Casabona Martínez.</i>	

<b>1. Introducción</b> .....	149
1.1 Justificación .....	150
1.2 Objetivos.....	151
1.3 Hipótesis y cuestiones de investigación .....	151
<b>2. Estado de la cuestión</b> .....	152
<b>3. Marco Teórico</b> .....	153
<b>4. Material y método</b> .....	154
4.1. Participantes y criterios de inclusión.....	154
4.2. Técnicas a emplear en el estudio. Pertinencia y validez.....	155
4.3. Fases de implementación del estudio.....	156
<b>5. Resultados</b> .....	156
<b>6. Discusión</b> .....	159
<b>7. Conclusiones</b> .....	159
<b>8. Bibliografía</b> .....	160

## CAPITULO VI

<b>Las tutorización de prácticas clínicas de enfermería desde la perspectiva de los profesores titulares implicados. Un estudio realizado desde la teoría crítica y el modelo estructural dialéctico</b> .....	163
<i>José Siles González; M<sup>a</sup> Carmen Solano Ruiz; Elena Ferrer Hernández; M<sup>a</sup> Mercedes Rizo Baeza; Miguel Angel Fernández Molina; Mercedes Núñez del Castillo; J.Ramón Martínez Riera; Ana Lucia Noreña Peña; Isabel Casabona Martínez; Miguel Castells Molina</i>	

<b>1. Introducción</b> .....	163
------------------------------	-----

<b>2. Estado de la cuestión.....</b>	<b>164</b>
<b>3. Marco Teórico.....</b>	<b>166</b>
<b>4. Material y método.....</b>	<b>170</b>
4.1. Participantes y criterios de inclusión.....	170
4.2. Técnicas a emplear en el estudio. Pertinencia y validez.....	171
4.3. Fases de implementación del estudio.....	171
4.4. Análisis de los datos.....	172
<b>5. Resultados.....</b>	<b>172</b>
5.1. Descripción de los participantes del estudio.....	172
5.2. Análisis del contenido de las entrevistas.....	173
<b>6. Discusión.....</b>	<b>178</b>
<b>7. Conclusiones.....</b>	<b>179</b>
<b>8. Bibliografía.....</b>	<b>180</b>

## CAPÍTULO VII

<b>Un ejemplo de la utilidad de la antropología educativa en los procesos de adecuación y convergencia de los sistemas de créditos intereuropeos: elaboración de una guía de “fundamentos histórico antropológicos de los cuidados” .....</b>	<b>183</b>
<i>Jose Síles González; M<sup>a</sup> Carmen. Solano Ruiz, M<sup>a</sup> Mercedes Rizo Baeza, Miguel Angel Fernández Molina; Mercedes Núñez del Castillo; Elena Ferrer Hernández; Isabel Casabona Martínez; M. José Muñoz Reig; Modesta Salazar Agulló</i>	

<b>1. Introducción.....</b>	<b>183</b>
<b>2. Desarrollo del tema.....</b>	<b>184</b>
2.1. La naturaleza histórico antropológica enfermería.....	184
2.1.1 Problemas de partida: fase preparadimática versus infantilismo histórico científico.	
2.1.2 El objeto de la disciplina	
2.1.3 Coordinadas científicas	
2.1.4 Justificación del sistema de necesidades como fuente de conocimiento de la disciplina	
2.2. Contextualización de la materia.....	190
2.2.1 Propósitos básicos de la materia	
2.2.2 Relación con otras materias	
2.3. Estructura del programa.....	193
2.3.1 Fundamentos históricos antropológicos de enfermería.	
2.3.2 Temporalización y análisis de la coherencia interna.	
2.3.3 Programa	
2.3.4 Metodología didáctica global	
2.3.5 Plan de trabajo del alumno (Horas por crédito)	
2.3.6 Evaluación global de la asignatura	
2.3.7 Orientaciones sobre la jerarquización de los resultados del proceso evaluativo	

<b>3. Conclusiones</b> .....	201
<b>4. Bibliografía</b> .....	201



# PRÓLOGO

---

**Salvador Grau Company**

Director del ICE

---

Este libro es fruto del trabajo colaborativo de una de las Redes de investigación en docencia universitaria, que desde años convoca el Vicerrectorado de Planificación Estratégica y Calidad y que coordina el Instituto de Ciencias de la Educación de la Universidad de Alicante.

Las redes de aprendizaje colaborativo redundan en beneficios tanto para el estudiante, como para el docente, como para el mismo proceso educativo. En primer lugar, reduce el aislamiento clásico de los docentes universitarios; las interacciones docentes ayudan a un mayor compromiso con la misión y objetivos del centro universitario, de la facultad o del mismo departamento. En segundo lugar, existe mayor probabilidad de que los docentes estén bien informados, se renueven profesionalmente y estén inspirados en la correcta actuación didáctica y metodológica hacia el estudiante, adoptando las medidas y realizando las adaptaciones pertinentes según requieren los cambios actuales. Por último, los participantes, como son los integrantes de esta red de enseñanza-aprendizaje, estarán más preparados para emprender los cambios sistemáticos que nos depara el proceso de convergencia europea.

*Antropología educativa de los cuidados: una etnografía del aula y las prácticas clínicas*, reúne todas las características anteriores. Es el resultado de varios años de actividad investigadora de la red de investigación “Antropología Educativa de los cuidados” (Departamento de Enfermería) integrada en el conjunto de redes del Instituto de Ciencias de la Educación de la Universidad de Alicante. El libro se divide en tres partes bien diferenciadas: en la primera, dedicada a la teoría de la antropología de los cuidados (capítulo I), se aborda ampliamente la clarificación epistemológica de tres especialidades de la antropología de los cuidados: antropología clínica, enfermería transcultural y antropología educativa de los cuidados. La segunda mitad del libro (capítulos II al VI) está integrada

por trabajos de investigación etnográfica en el aula y en la práctica clínica en los que se aplican las teorías, métodos y técnicas descritos y explicados en el primer capítulo. La última parte del texto constituye un ejemplo de la utilidad de la antropología educativa en los procesos de adecuación y convergencia de los sistemas de créditos intereuropeos mediante la elaboración de una guía de “fundamentos histórico antropológicos de los cuidados”.

*Antropología educativa de los cuidados. Una etnografía del aula y las prácticas clínicas* constituye una sistematización de los resultados teórico-prácticos alcanzados por los docentes que integran esta red y coordinados por los profesores José Siles González y M<sup>a</sup> Carmen Solano Ruiz, con una visión holística de gran importancia para la educación de las nuevas generaciones de enfermeras y enfermeros en el contexto del EEES.

# **CAPÍTULO I.**

## **CLARIFICACIÓN EPISTEMOLÓGICA DE TRES ESPECIALIDADES DE LA ANTROPOLOGÍA DE LOS CUIDADOS: ANTROPOLOGÍA CLÍNICA, ENFERMERÍA TRANSCULTURAL Y ANTROPOLOGÍA EDUCATIVA DE LOS CUIDADOS**

---

**José Siles Gonzáles**  
**M<sup>a</sup> del Carmen Solano Ruiz**

---

### **1. INTRODUCCIÓN**

Este estudio está orientado por un objetivo general que consiste en explicar la necesidad de adoptar enfoques y métodos antropológicos en el amplio y variado marco de los cuidados de salud. Para ello ha sido preciso alcanzar los siguientes objetivos específicos:

- Demostrar la naturaleza antropológica de los cuidados y su relación con la antropología clínica.
- Explicar y definir la antropología de los cuidados
- Clarificar los conceptos de etnografía y etnología en el contexto de la antropología de los cuidados.
- Explicitar los principales métodos y técnicas etnográficos susceptibles de ser aplicados en la disciplina enfermera con expectativas altas de rentabilidad (observación, observación participante y diario de campo).
- Explicar los modelos transculturales más reconocidos en enfermería.
- Identificar la relación entre marco ideológico de la ciencia y la enfermería antropológica y transcultural

Se parte de las siguientes hipótesis iniciales u orientadoras en el proceso de vertebración de este trabajo:

- La enfermería es una disciplina cuya naturaleza es fundamentalmente antropológica.
- La antropología clínica es una parte o especialidad de la antropología de los cuidados.
- La observación, la observación participante y el diario de campo constituyen un arsenal metodológico de gran validez y confiabilidad para interpretar las situaciones de vida-salud-enfermedad-muerte desde una perspectiva holística.

- La vertebración de la enfermería transcultural se demuestra mediante el desarrollo de los modelos, métodos y técnicas pertinentes para dicha subdisciplina.
- La antropología de los cuidados y la enfermería transcultural sólo pueden desarrollarse en un marco científico-ideológico democrático y sociocrítico.

Respecto al estado de la cuestión y las publicaciones específicas de antropología de los cuidados, sin duda alguna hay que empezar haciendo referencia obligada a Madeleine Leininger quien, en la década de los cincuenta, aplicó por primera vez el método antropológico a la enfermería. Fundó el campo “enfermería transcultural” mediante la fusión de dos conceptos que procedían de dos disciplinas distintas: la cultura (procedente de la antropología) y el cuidado (procedente de la enfermería) (Leininger, 1978, 1995). Para que esta conjunción resultara armoniosa, la doctora Leininger ha realizado una serie de reflexiones sobre los conceptos esenciales de enfermería y antropología apoyando este trabajo teórico en un sólido y amplio abanico de trabajos de campo (Leininger, 1970, 1988, 1991, 1995); y todo ello en el marco de los planteamientos éticos que toda actuación de enfermería implica (Leininger, 1990). Rachel Spector ha profundizado en la dimensión hereditaria de la diversidad cultural (Spector, 2000); Purnell desarrollo un modelo de enfermería basado en la competencia cultural (Purnell, 1999), y otras autoras han aplicado el enfoque transcultural a trabajos de temática variada: la cultura homosexual (Packiao & Carney, 2000).

Entre los seguidores más destacados de Leininger se encuentran: Rorbach, que ha trabajado la enfermería transcultural centrándose en la universalidad y la diversidad de los cuidados (Rorbach, 1996, 1998). Collière ha contribuido de forma decisoria en el desarrollo de la antropología de los cuidados en Europa llamando la atención sobre el origen doméstico de la enfermería (Collière, 1989, 1993).

En España Manuel Amezcua ha personificado la figura épica del pionero en estas lindes tan extrañas para la enfermería nacional hasta hace bien poco: además de demostrar la importancia de la antropología en la enfermería (Amezcua, 2000a), y aportar su experiencia en el proceso de adopción metodológica en el trabajo etnográfico (Amezcua, 2000b). El profesor Amezcua ha sido el fundador de la primera revista de enfermería -Index- que le ha prestado una atención prioritaria a la antropología de los cuidados. En esta misma línea, aunque cronológicamente mucho más reciente, hay que situar la aportación del profesor Siles quien ha explicado epistemológicamente la naturaleza antropológica de la enfermería en su conjunto y del objeto-sujeto de la misma en particular (Siles, 1996, 1997), vinculando esta característica a la dimensión biológica-cultural de los cuidados (Siles, 1998), asimismo, este mismo autor ha realizado aportacio-

nes metodológicas como la equiparación del “campo” al texto, señalando la importancia de la antropología narrativa en los cuidados de enfermería (Siles, 2000). Otro de los enfermeros-antropólogos que ha contribuido a este proceso de vertebración disciplinar de la antropología de los cuidados es el profesor Valle (Valle, 2000). Se recogen algunas aportaciones más genéricas pero que apoyan la tendencia antropológica de los cuidados: desde la antropología hospitalaria y la cultura de la medicina y la actividad de curar (Comelles, 1992; Comelles y Martínez et al, 1993). Sobre un tema tan candente como el mundo de las drogas resulta especialmente interesante el trabajo sobre antropología de la drogadicción (Romaní 1993). Otros trabajos se centran en: la antropología de la muerte (Allué, 1993) y antropología de la alimentación (Carrasco, 1993). Paralelamente al incremento de trabajos de antropología de los cuidados han ido apareciendo las publicaciones que han servido de soporte y difusión de los mismos (TABLA I):



**TABLA I**  
**PUBLICACIONES DE ANTROPOLOGÍA DE**  
**LOS CUIDADOS**  
**ESPAÑOLAS**

**-INDEX  
DE ENFERMERÍA.**  
(1988) (<http://www.doc6.es/index>)

**-CULTURA DE LOS CUIDADOS**  
(1997) (<http://culturacuidados.ua.es>)

**INTERNACIONALES**

**-JOURNAL OF TRANSCULTURAL NURSING (1989)**  
(<http://www.culturenurse.org/main/mainindex.html>)

**-JOURNAL OF MULTICULTURAL NURSING**

**-HOLISTIC NURSING PRACTICE**

**Fuente:** Bases de datos (Cuiden, Medline: IM, INI); Directorio revistas biomédicas españolas, Centro de Documentación e informática biomédica, Universidad de Valencia.

FUENTE: SILES, J. et al. (2001) Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea: la antropología de los cuidados y la enfermería transcultural. *Cultura de los Cuidados*, V/10:64-72.

En España, “Index de Enfermería” es fundada por D. Manuel Amezcua en 1988, constituyendo el órgano de expresión de la Fundación Index que incluso desarrolla actividades para potenciar la investigación enfermera como la base de datos “Cuiden”.

Hay que esperar hasta 1997 para que vea la luz otra publicación dedicada a la antropología de los cuidados: “Cultura de los Cuidados”, revista fundada por el Dr. Siles y que constituye el instrumento de expresión de la Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados. Hoy día, esta asociación y la fundación Index están hermanados mediante un convenio en aras de alcanzar objetivos comunes.

A nivel internacional la primera revista específica de antropología de los cuidados es “Journal of Transcultural Nursing” que aparece en 1989 como órgano de difusión de la “Transcultural Nursing Society” y bajo la influencia directa de la doctora Leininger. Actualmente, es dirigida por Marilyn Douglas. En la década de los noventa aparecen otras revistas relacionadas con enfoques antropológicos desde la perspectiva multicultural (Journal of Multicultural Nursing), y desde los presupuestos tan esenciales para la antropología y la educación como el enfoque holístico (Holistic Nursing Practice).

## **2. DESARROLLO DEL TEMA**

### **2.1 La naturaleza antropológica de los cuidados**

#### **2.1.1 La perspectiva interpretativa: una cuestión previa**

La ciencia en general, pero la antropología en particular, captan y definen la realidad mediante interpretaciones. Ya Geertz equipara el antropólogo a un autor destinado a describir constantemente lo observado en el “campo” (Geertz, 1989). En consecuencia, la diversidad cultural es un hecho que hay que conjugar con una constante: la dualidad interpretativa de todos los fenómenos (Siles, 2000).

Los conceptos de “Emic” y “Etic” fueron acuñados por K.L. Pike para explicar el hecho de que cualquier fenómeno social, cultural, económico o sanitario tiene dos formas básicas de interpretación. Siguiendo al profesor Gustavo Bueno, se puede afirmar que cuando se tratan de reproducir los contenidos culturales tal como se les aparecen a los individuos que pertenecen a la cultura de referencia se está aplicando una perspectiva “emic”. Por el contrario, cuando se trata de reproducir o describir los contenidos culturales teniendo en cuenta elementos, factores y conocimientos externos a los individuos que pertenecen a la cultura de referencia se está adoptando una perspectiva “etic”. Cristóbal Colón descubrió América (perspectiva etic); Cristóbal Colón llegó a las Indias navegando hacia Poniente (perspectiva emic).

#### **2.1.2 La relación antropología - enfermería**

Para clarificar el contexto en el que surgen diferentes ramificaciones o especialidades antropológicas, sería conveniente resumir, siquiera brevemente, el origen y evolución de la disciplina antropológica. La denominada “Antropología

Social” tiene su origen en Gran Bretaña y sus puntos de partida metodológicos y teóricos se inspiran, fundamentalmente, en la sociología colonial británica de la segunda mitad del XIX y las primeras cinco décadas del siglo XX. Los antropólogos sociales estudian las culturas más o menos exóticas o pintorescas de las colonias desde la mentalidad occidental. Por su parte, la “Antropología Cultural” se desarrolla en Estados Unidos, aunque su primer representante es el antropólogo hebreo alemán Franz Boas, quien interpreta y explica las culturas desde la particularidad de las mismas, según criterios historicistas que consideran la evolución aislada (no contaminada). Se basó en el estudio lingüístico, religioso y psicológico de la comunidad y mediante el trabajo de campo (del que fue un gran propulsor) se centró en el factor histórico (historicismo o particularismo histórico-cultural) dejando en un segundo plano la influencia del medio cuya influencia no era significativa. Desde esta perspectiva particularista se mostró contrario al evolucionismo. Sus discípulos (Ruth Benedict y Margaret Mead) desarrollaron sus estudios siguiendo ese mismo esquema particularista, histórico y psicológico. Otra corriente contraria al particularismo “emicista” de Boas es el difusionismo cuya principal característica es que los pueblos apenas tienen capacidad creativa para desarrollar de forma autónoma sus rasgos culturales y se considera, por tanto, que éstos son consecuencia del contacto entre diferentes culturas. Para entender mejor esta tendencia de la antropología cultural basta considerar las ideas difusionistas de antropólogos como los británicos Elliott Smith y W.J. Perry quienes consideraban que la civilización tenía su origen en Egipto y que se había difundido desde allí al resto de Europa, Asia y América.

Sopesando estos antecedentes, se puede estudiar la incidencia de las culturas en la generación de estilos de vida saludable o potencialmente insano desde perspectivas antropológicas diferentes. El mayor o menor grado de “emicismo”, el nivel de autonomía en la conformación de los estilos de vida, el papel determinante del contacto e interacción cultural en la adopción de unos comportamientos u otros más o menos favorables al mantenimiento de la salud o a la generación de patologías, etcétera.

La vinculación entre disciplinas como antropología y enfermería, resulta tan natural que, paradójicamente puede pasar desapercibida, dado que el encuentro entre ambas se halla en su objeto de estudio: el ser humano desde una perspectiva holística, centrándose la antropología de los cuidados en el estudio integral del sistema de necesidades del hombre

Un concepto esencial de antropología es aquel que la concibe como una ciencia del hombre que

- “(...) Se orienta a un conocimiento global del hombre (...) aspirando a un conocimiento aplicable al conjunto del desarrollo humano (Levi-strauss, 1993).
- “Ciencia que se encarga de estudiar al hombre inmerso en su cultura”

La naturaleza antropológica de los cuidados se comprende mejor analizando las relaciones entre la disciplina antropológica y la enfermera:

- *Las dos disciplinas estudian la cultura como fuente de conocimientos desde una perspectiva holística.*

Geertz, sugiere algunos conceptos de cultura: “La totalidad de las formas de vida de un grupo”; “El legado social que el individuo adquiere desde su grupo”; “...una manera de pensar, sentir y creer”; sin embargo, finalmente, decide que la mejor definición de cultura es aquella que hace referencia a la dimensión semiótica: “El concepto de cultura, tal como yo interpreto a la misma...es esencialmente un concepto semiótico. Creo, siguiendo a Max Weber, que el hombre es un animal suspendido en redes de significado que el mismo teje...” (Geertz, 1994).

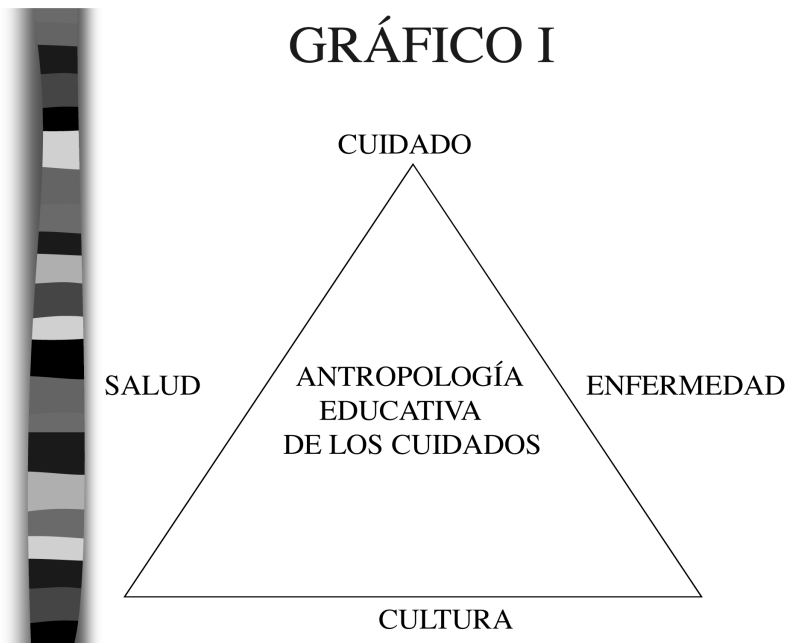
Dicho esto, resulta ineluctable clarificar el concepto de cultura en el que están inmersas las situaciones vida-salud en cuyo plano adquieren sentido los cuidados de enfermería.

- *La cultura puede ser definida desde la perspectiva de la antropología de los cuidados como: “(...) El conjunto de los comportamientos (hechos), ideas, valores, creencias y sentimientos (pensamientos) implicados en el proceso de satisfacción de necesidades de un grupo humano en un contexto situacional determinado.” (Siles, 2001).*

Para delimitar la estrecha vinculación existente entre antropología y enfermería, una vez definidos los conceptos de antropología y cultura, resulta imprescindible definir el concepto más esencial de la disciplina enfermera: “el cuidado”. Los cuidados no constituyen acciones ni pensamientos abstractos, sino que están inmersos en la cultura, no están monopolizados por enfermedades ni patologías sino que forman parte del universo de los fenómenos cotidianos que se dan en cada cultura y se manifiestan en el conjunto de las situaciones “vida-salud”, situaciones que se manifiestan en una relación triangular en la que los dos lados del triángulo están formados por la amplísima y variada dialéctica “salud-enfermedad”, la cúspide o vértice superior está ocupado por una perspectiva forjada epistemológicamente en la reflexión conceptual sobre los cuidados, y todo ello se asienta sobre la base de la cultura (GRAFICO I) . De forma esencial, el cuidado se puede definir como:

- *“El producto de la reflexión sobre las ideas, valores, creencias y sentimientos (reflexión teórica); los hechos y comportamientos (reflexión práctica); y las circunstancias (reflexión situacional), relacionadas con el proceso optimizador de las necesidades de salud que garantizan la integridad y la armonía de todas y cada una de las etapas que constituyen la vida humana” (Siles, 1996, 2000).*





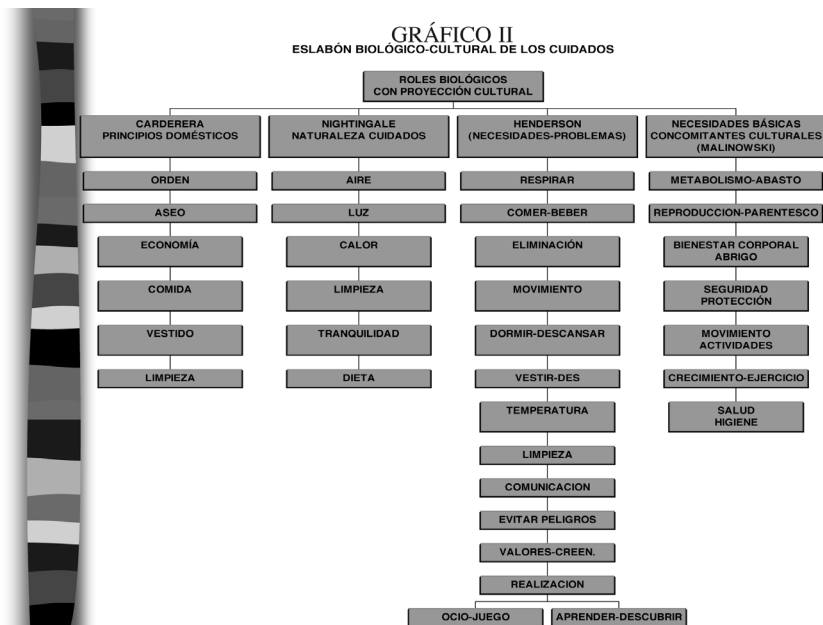
FUENTE: SILES, J. et al. (2001) Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea: la antropología de los cuidados y la enfermería transcultural. *Cultura de los Cuidados*, V/10:64-72.

Esta forma de interpretar los cuidados implica la necesidad de considerar, como factores claves de su estudio, no sólo el mundo de los hechos y comportamientos (como fenómenos observables en la superficie de la sociedad y, por tanto, los más fáciles de valorar), sino también aquellos factores que permanecen ocultos bajo la superficie de lo explícitamente manifiesto y que, sin embargo, desde su invisibilidad determinan que tal comportamiento o estilo de vida se produzca de una forma y otra. Estos factores ocultos constituyen las raíces de los comportamientos, saludables o no, y determinan de forma radical las tendencias de los comportamientos y el hecho de que éstos se transformen en hábitos al mantenerse constantes en el tiempo. Los estilos de vida saludables y no saludables se corresponden con tendencias conductuales estables durante largos períodos de tiempo y su perseverancia o resistencia al cambio es directamente proporcional a la fortaleza de sus raíces (ideas, valores, creencias y sentimientos).

### **2.1.3 El vínculo biológico de proyección cultural como configurador de los cuidados de enfermería**

La estrecha relación ente antropología y cuidados de enfermería se aprecia en la conexión existente entre los factores biológicos y la forma de organizar las

actividades cotidianas que forman parte del proceso de satisfacción de necesidades. Desde tiempos ancestrales un factor biológico, el sexo, ha venido determinando la manera de organizar y distribuir las tareas entre los integrantes de los diferentes grupos humanos: la primigenia división sexual del trabajo (Siles, 1996, 1999). La mujer se encargaba de algo tan importante como la supervivencia del grupo mediante la reproducción. Desde los cuidados del embarazo al parto y, posteriormente, los cuidados perinatales, la lactancia y la crianza determinaron que la mujer fuera la responsable de los cuidados de enfermería. Es por todo ello que al hablar de cuidados de enfermería se hace referencia al género en particular y al mecanismo de satisfacción de necesidades en general. Esta situación de parentesco entre enfermería y antropología se refleja claramente al confrontar teorías tan disímiles, a priori, como las que a continuación se relacionan (GRAFICO II):



FUENTE: SILES, J. et al. (1998) El eslabón biológico en la historia de los cuidados de salud. El caso de las nodrizas: una visión antropológica de la enfermería. Index de Enfermería, II/ 20-21: 16-24.

- Las teorías de Carderera, un eugenista de principios del siglo XIX marca las pautas domésticas a las que debe ceñirse la labor de la mujer (Gómez Ferrer, 1987), y las clasifica en dos grupos “principios fundamentales” (orden, aseo y economía), y deberes domésticos (comida, vestido, limpieza)

- Las aportaciones esenciales de Florencia Nightingale que se recogen en su opúsculo “Notas de Enfermería...” publicado en 1859 (Nightingale, 1990) y describe la naturaleza de los cuidados: aire, luz, calor, limpieza, tranquilidad, dieta.
- La taxonomía del sistema de necesidades realizado por Henderson (Henderson & Bite, 1988; Henderson, 1991).
- La teoría de las necesidades básicas y sus concomitantes culturales de Malinoski (Malinowski, 1984).

En todas estas clasificaciones y teorías en las que estas se asientan, el sistema de necesidades y la forma de cumplir con este requisito elemental para todos los grupos humanos se aprecia una gran relación entre enfermería y antropología.

#### **2.1.4 La diferencia entre antropología de los cuidados, antropología clínica y enfermería transcultural**

La antropología clínica, en el contexto disciplinar de la enfermería, tiene su objeto de estudio en todas las situaciones, escenarios y acciones que tienen lugar en instituciones sanitarias públicas o privadas (hospitales, centros de atención primaria). El concepto “clínica”, etimológicamente, se deriva de la raíz griega “kli” cuyo significado es inclinarse y es la misma raíz que se emplea para referirse a la cama “kliné”. Este término comenzó a utilizarse en el último tercio del siglo XIX para referirse a los médicos que observaban a los pacientes, los exploraban, diagnosticaban y prescribían los tratamientos directamente en sus camas. Con el tiempo se generalizó el término clínica (klinikos, del genitivo klinike, cuyo significado es “de la cama”) para referirse a los hospitales en los que había camas. Hoy día, el concepto “clínica” se aplica no sólo a hospitales, sino a centros abiertos como es el caso de ambulatorios y centros de atención primaria.

La antropología clínica, en el contexto disciplinar de la enfermería, tiene su objeto de estudio en todas las situaciones, escenarios y acciones que tienen lugar en instituciones sanitarias públicas o privadas (hospitales, centros de atención primaria).

La antropología de los cuidados, empero, no limita su estudio al sector específicamente profesional, sino que tanto los cuidados informales/domésticos, como los cuidados derivados de interpretaciones mágicas, religiosas o, simplemente, basadas en el carácter consuetudinario (usos y costumbres de uso repetido a través del tiempo en un mismo lugar hasta adquirir carácter de tradición normativa o prescriptiva en materia de salud-enfermedad-muerte) constituyen la fuente de atención en dicha disciplina. En consecuencia, se puede afirmar, que la antropología clínica constituye una parte o ramificación de la antropología de los cuidados.

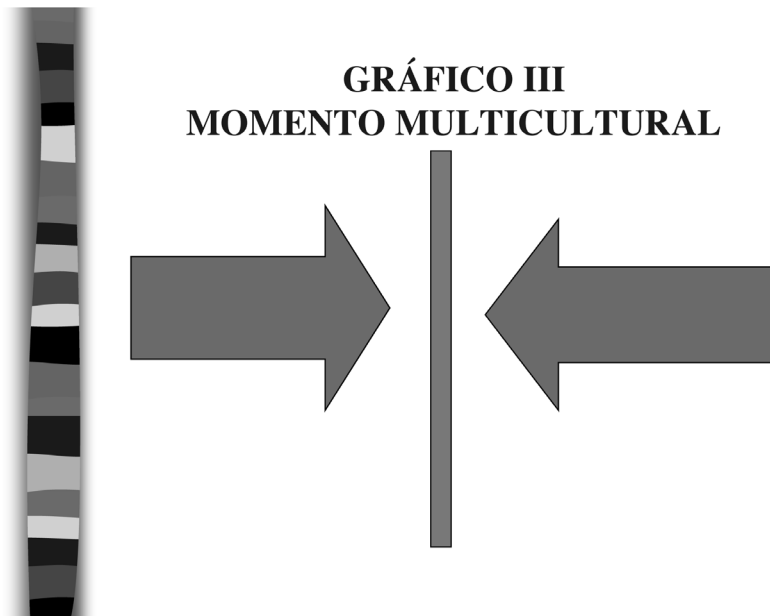
Por otro lado, si, como se ha afirmado, la antropología se ocupa del estudio de la cultura, entendiendo a ésta como el conjunto de los comportamientos relacionados con el proceso de satisfacción de necesidades, la enfermería transcultural es, en realidad, una parte o especialidad antropológica, dado que enfatiza el estudio comparativo y sistemático intercultural para identificar las diferencias culturales que dan lugar a distintas formas de practicar y sentir los cuidados. Los conceptos de cultura y cuidado están estrechamente vinculados al origen de la enfermería transcultural, dado que, tal como señala Leininger, la E.T.C es:

“El área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado basado en la cultura” y con la finalidad de ayudar a las personas a: “mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte (Leininger, 1978, 1995). Por ello Leininger define el cuidado enfatizando su carácter diferenciador:

“...La esencia y acto diferenciador de la enfermería que permite a las personas mantener o restablecer su salud o bienestar o afrontar su enfermedad, su discapacidad o hacer frente a la muerte” (Leininger, 1970, 1991, 1999).

### 2.1.5 Los momentos culturales en las situaciones “VIDA-SALUD”

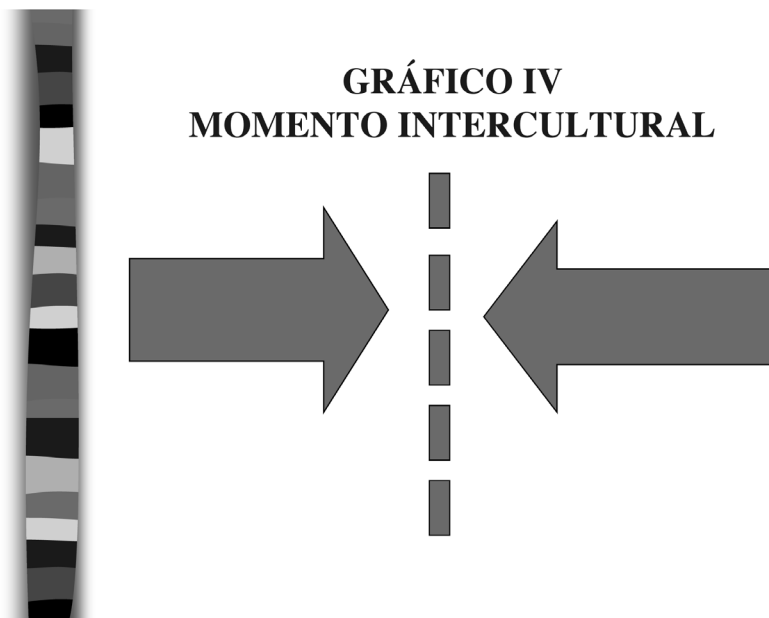
Las transformaciones en las distintas situaciones de salud enfermedad pro-



FUENTE: SILES J. et al. (2001) Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea: la antropología de los cuidados y la enfermería transcultural. *Cultura de los Cuidados*, V/10:64-72.

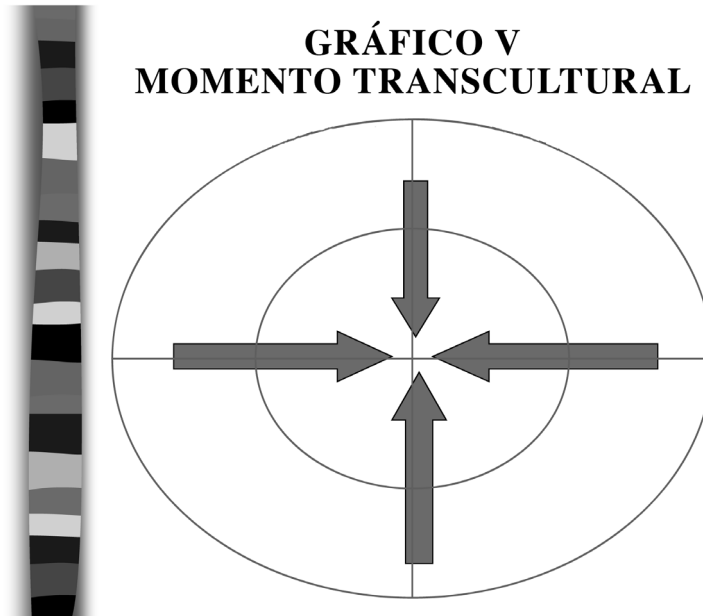
vocan experiencias de las que se derivan distintas formas de interpretación del fenómeno. Básicamente se distinguen tres fases que son denominadas **MOMENTOS CULTURALES** y que responden a tramos o fases diferenciadas dentro del proceso situacional que se da en toda enfermedad.

- A) **Momento multicultural:** responde a la fase en la que existe una muralla entre la forma de vida, las expectativas y la cultura anterior a la detección de la enfermedad (GRAFICO III). En esta fase resulta casi imposible la reconciliación con la forma de vida que exige la nueva situación: no se atienden las demandas producidas por el nuevo estado de satisfacción de necesidades, ni se pugna por implementar mecanismos compensatorios. Generalmente existe un sentimiento de rechazo-odio por haber cambiado repudiando la nueva situación.
- B) **Momento intercultural:** en esta fase se da un paso hacia delante, iniciándose el proceso de reconocimiento y conciliación con el nuevo estado de necesidades. En consecuencia empiezan a producirse brechas en la muralla (GRAFICO IV) y la persona se va adaptando a las nuevas exigencias que le impone la situación (comienza la lucha por establecer mecanismos compensatorios). Se podría decir que esta fase se corresponde con la de negociación.



FUENTE: SILES, J. et al. (2001) Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea: la antropología de los cuidados y la enfermería transcultural. *Cultura de los Cuidados*, V/10:64-72.

- C) Momento Transcultural: en este período se produce un ensanchamiento en la autoidentificación (toma de conciencia de la situación), reconociéndose en su nuevo estado. Ya no se odia a sí mismo y desaparece el sentimiento de rechazo (GRAFICO V).



FUENTE: SILEES, J. et al. (2001) Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea: la antropología de los cuidados y la enfermería transcultural. *Cultura de los Cuidados*, V/10:64-72.

## 2.2 Etnografía y etnología en antropología de los cuidados

El concepto de etnografía, etimológicamente, se deriva de las raíces del griego: *ethnos* - tribu, pueblo; y *grapho* –escribir descripción de los pueblos–. También se puede interpretar el significado de ambas raíces griegas como: “Etno” (otro); “grafía” (descripción) descripción del otro. Se considera como el método nuclear de la antropología social y cultural. Para desarrollar adecuadamente la etnografía se utiliza, fundamentalmente, la observación en cuyo proceso, a través de los sentidos, la atención, la percepción, y la reflexión, se recopilan datos que constituyen la materia prima de la descripción que el antropólogo ha de elaborar de forma hermenéutica plasmándola en un diario de campo mediante el ejercicio de la escritura (Geertz, 1989). De forma que, siguiendo la definición del concepto de “cuidado” de Siles (2000), la etnografía puede definirse como la descripción de las ideas, los hechos y las circunstancias de las que se vale una comunidad o grupo humano para, por un lado, desarrollar comportamientos

en aras a la satisfacción de sus necesidades de todo tipo (fisiológicas, sociales, afectivas, de salud, etc.) y, por otro, justificar estas conductas confiriéndoles significados que están fundamentados en mitos, creencias, tradiciones y normas que son válidos para ese grupo humano en particular.

Otra disciplina básica para la antropología de los cuidados es la etnología cuyo objeto de estudio es la aplicación del análisis comparativo al material etnográfico de pueblos diferentes con la finalidad de establecer de forma sistemática y razonada semejanzas, diferencias e indagar de forma reflexiva sobre las causas de ambas.

- Etnografía de los cuidados de salud: se ocupa de la descripción del conjunto de ideas, hechos y circunstancias implicados en aquellas actividades teóricas y prácticas desarrolladas para optimizar el proceso de satisfacción de necesidades del ser humano en todas y cada una de sus ciclos vitales –incluida la muerte– desde la perspectiva de los cuidados de salud en todos los contextos en las que éstas tengan lugar (instituciones sanitarias, centros educativos, escenarios domésticos o callejeros, etc.).
- Etnografía clínica de los cuidados de salud; se encarga de la descripción del conjunto de ideas, hechos y circunstancias implicados en aquellas actividades teóricas y prácticas desarrolladas para optimizar el proceso de satisfacción de necesidades del ser humano en todas y cada una de sus ciclos vitales –incluida la muerte– desde la perspectiva de los cuidados de salud en todos los contextos sanitarios en las que éstas tengan lugar (instituciones sanitarias abiertas, cerradas, geriátricos, etc.).
- Etnografía transcultural de los cuidados de salud: es la parte del método etnográfico que tiene como objeto-sujeto de estudio el proceso de enculturación que, en materia de cuidados, creencias y tradiciones de salud, se produce como consecuencia de los fenómenos migratorios que dan lugar a sociedades multiculturales. Su objetivo consiste en potenciar la competencia cultural en cuidados de salud.
- Etnología de los cuidados de salud: Trata de analizar las semejanzas y diferencias en cuidados y problemas de salud específicos descritos en etnografías correspondientes a diferentes grupos humanos o comunidades de diversa índole. Por ejemplo, las semejanzas y diferencias en las vivencias –descritas en sus respectivas etnografías– de la diabetes entre la población latina del sur de Europa y los pueblos de la península escandinava; la forma de afrontar la muerte de comunidades gitanas y musulmanas, etc.

### **2.3 La Observación, la observación participante y el diario de campo**

La observación, la observación participante y el diario de campo constituyen, en conjunto, un arsenal metodológico de gran validez y confiabilidad para interpretar las situaciones de vida-salud-enfermedad-muerte desde una perspectiva

holística. Algunos autores se formulan la siguiente cuestión: ¿Qué significa observar? La respuesta es obvia, la observación es la actividad mediante la que se ve y mira con los recursos fisiológicos, simplemente, pero también supone la captación intencional e inmediata del objeto, la situación y las relaciones que se establecen. Cuando la observación se emplea para recabar datos de forma sistemática, fiable y válida, se puede interpretar como una actividad científica, un método o una técnica (Banno, y De Stefano, 2004). El concepto se ha empleado de forma muy diversa en función del contexto en el que se ha usado: tradicionalmente, en el mundo científico, se interpretaba la observación como una forma o procedimiento especializado en la obtención de los datos que sirven de referencia para valorar la realidad empírica de los fenómenos y, en consecuencia, como un paso previo a la contrastación de inferencias, hipótesis y teorías. En definitiva se trata de una técnica que consiste en predisponer al investigador para que active todos los mecanismos sensoriales, perceptivos e intelectivos con el fin de captar atentamente el fenómeno, hecho o caso, tomar información y registrarla para su posterior análisis. La observación es el método más tradicional y generalizado mediante el que se establecen relaciones entre los hechos y las teorías. La observación científica debe reunir una serie de requisitos:

- Debe ir precedida de un objetivo.
- Se debe acotar el objeto-sujeto de estudio.
- Determinar los medios para que la observación sea factible (formas de registro).
- Establecer las condiciones de la observación (mirada cuidadosa y crítica contemplando el lugar que se ocupa con respecto a la cultura estudiada: etic o emic).
- Registrar los datos observados.
- Analizar e interpretar los datos atendiendo los significados, creencias y conocimientos del grupo a observar (competencia cultural).
- Elaborar informe y conclusiones.

### **2.3.1 Una cuestión preliminar al proceso de observación: las perspectivas “EMIC” Y “ETIC”**

En todo proceso de observación, en principio, los fenómenos se interpretan considerando los patrones culturales del observador; es decir desde la perspectiva del agente externo a la cultura estudiada. Esta circunstancia dificulta la comprensión de los hechos dado que soslaya el significado intrínseco que los mismos tienen para los que comparten dentro de una misma cultura un sistema de creencia, valores y prohibiciones que anidan en la raíz de los comportamientos observables. La interpretación de los fenómenos observables relacionados con el parto, la salud, la enfermedad y la muerte ha estado vinculada desde los



orígenes del hombre a creencias, valores y tabúes que, permaneciendo ocultos a la vista de los investigadores, constituían la causa de aquellos comportamientos que resultaban tan incomprensibles como grotescos. Con el tiempo, los antropólogos, se interesaron por el estudio de los sistemas de creencias e iniciaron un acercamiento a la perspectiva propia de la cultura que estaban estudiando. Desde los comienzos de la antropología, ya en su época de románticos y aventureros caballeros que iban en busca de lo exótico, pintoresco, o, simplemente, diferente, se estableció una dialéctica entre la mirada que observaba los fenómenos desde la perspectiva de la cultura estudiada y la mirada que permanecía instalada en los esquemas externos y ajenos a dicha cultura.

Los conceptos “emic” y “etic” son neologismos desarrollados por Kenneth Pike basándose en la analogía de los mismos con dos términos utilizados en la disciplina lingüística para estudiar la anatomía y el sonido de las palabras (fonema y fonética), con la finalidad de definir las dos perspectivas con las que se pueden estudiar e interpretar las culturas: desde el punto de vista interno de los integrantes de la cultura estudiada (considerando los factores intrínsecos de la misma); o, por el contrario, desde una perspectiva externa, ajena a los valores, creencias y costumbres inherentes a la cultura estudiada (teniendo en cuenta los factores extrínsecos a la cultura estudiada). En definitiva, la perspectiva “emic”, para Pike, implica que sean los nativos de una cultura los encargados de valorar la validez de la descripción realizada, por la misma razón mediante los que son nativos de un determinado idioma son los encargados de enjuiciar la validez del sonido de un fonema. El materialismo cultural desarrollado por Marvin Harris ha sido la escuela que más ha integrado estos dos conceptos, aunque con diferentes niveles de desacuerdo en su interpretación, definición y aplicación. El mayor punto de desacuerdo entre los dos antropólogos estriba en los objetivos de ambas perspectivas: para Pike la perspectiva “etic” es un medio para alcanzar la perspectiva “emic”; para Harris la perspectiva “etic” constituye un fin en si misma. En el terreno de los cuidados de salud y la clínica, la perspectiva “etic” consideraría los conocimientos y el lenguaje extrínseco a la cultura estudiada: los conceptos de enfermedad y sus diferentes clases, medicamentos, profesionales sanitarios, sistema de salud, interpretación científica de sus causas, etc.

### **2.3.2 Condiciones de la observación**

Para que la observación sea posible, el observador tendrá que activar una serie de recursos fisiológicos e intelectivos: la atención, la sensación, la percepción y, finalmente, la reflexión (García Hoz, 1997).

- La atención consiste en la predisposición mental o estado de alerta que permite sentir o percibir los objetos, las personas, los sucesos y los contextos en los que todos ellos tienen lugar. Entre las limitaciones del cerebro

destaca la dificultad para registrar todos los estímulos y proceder a su interpretación. En consecuencia, el observador debe focalizar su atención para registrar, preferentemente los registros más interesantes para la investigación. Entre los factores que inciden en una mayor o menor activación de la atención podemos destacar: la fatiga, el mayor o menor interés del investigador por lo que observa y, por último, el nivel de entrenamiento del observador.

- La percepción consiste en atribuirle significados a las sensaciones, pero percepción y sensación no son sinónimos, dado que ésta última es tan sólo el resultado inmediato del estímulo. Las percepciones pueden ser simples o complejas en función del número y tipo de estímulos recibidos. Es importante el entrenamiento, pero también el conocimiento del contexto a observar, por ejemplo, si dos personas observan el mismo partido de fútbol y se produce un penalti, el que no entiende de fútbol verá sólo como se desplazan los jugadores de color rojo entre protestas increpando a al señor de negro (algo mayor, calvo y gordito); mientras el observador versado habrá visto cómo el número 3 del equipo visitante zancadilleaba al número 9 del equipo local justo antes de que el árbitro pitara la falta máxima entre la “lógica” alegría de los locales y el enfado de los visitantes.
- La reflexión es la actividad que permite formular conjeturas y especular ante situaciones complejas con el objetivo de superar las limitaciones de la percepción (no se percibe el espacio en su totalidad, ni los átomos, ni los virus, ni las creencias, ni los sentimientos).

### **2.3.3 Cuestiones básicas de la observación etnográfica: desde la idoneidad del observador a la pertinencia del tipo de observación y el documento donde se registra la información (diario de campo)**

Entre el entramado de cuestiones que se ciernen sobre los preparativos de la observación habrá que considerar (Wittrock, 1997): ¿Quién debe ser el observador?; ¿Cuándo, qué situaciones observar y cómo proceder al registro de las mismas?; ¿Qué relación debe existir entre el observador y el objeto-sujeto o grupo observado? ¿Quién o quienes deben ser los observadores?

Algunos de los problemas de la observación se derivan de las características de la interacción entre el observador y los sujetos observados. Lamentablemente no existe un observador que resulte genuinamente ideal, dado que tanto por el conocimiento del contexto que va a investigar como por su desconocimiento, puede acabar pervirtiendo el proceso de recogida de datos. Si pretendemos un observador objetivo, lo mejor será que desconozca la cultura a observar, pero, en ese caso, las inferencias que realice como resultado de su trabajo pueden estar muy lejos de la realidad. Los comportamientos

“observables” de las personas pueden estar causados por creencias que pasan desapercibidas para el observador y esta “invisibilidad” puede provocar interpretaciones erróneas.

El observador “avezado” en la cultura a estudiar, tiene más potencialidades para descifrar los significados que anidan en las raíces de los comportamientos observables, pero ambos tipos de observador pueden generar reacciones no deseadas (no naturales en el sentido de que se producen estimuladas por la presencia de los investigadores), en las personas objeto-sujeto de estudio. Esta respuesta que se denomina “reactividad”, metafóricamente, puede compararse a la del sistema inmunológico del ser humano cuando se activa para actuar ante la presencia de un agente externo. Podríamos señalar, como recomendación general, que el observador debe reunir unas características específicas (comunicador, interpretador, escritor, etc.) entre las que hay que destacar la competencia cultural.

Otra disyuntiva que se plantea consiste en la duda sobre si debe encargarse de la observación un único observador o, por el contrario, esta actividad hay que realizarla en grupo. La investigación se puede llevar a cabo combinando varias posibilidades y siempre considerando el nivel de complejidad de la misma (cantidad y calidad de datos a recabar): Un único individuo lo observa todo (individual). Cada individuo observa una parte o aspecto de todo el proceso (grupal intersectorial). Diversos investigadores observan lo mismo para comparar posteriormente sus informaciones (grupal transversal. Contribuye a limitar la dimensión subjetiva del proceso). Todos están en el campo, pero dedicándose a la aplicación de diversas técnicas o tareas (grupal interdisciplinar).

– ¿Cuándo, qué situaciones observar y cómo proceder al registro de las mismas?

Con antelación a la irrupción en el escenario se deben planificar los períodos de observación que deben ir seguidos de fases de registro-escritura de los datos en un cuaderno notas o diario de campo. Esta programación de la observación puede plasmarse en un croquis o esquema. Se deben registrar los que acontecen en presencia del investigador, priorizando los fenómenos relevantes relacionados con las hipótesis de partida: croquis del escenario identificando unidades funcionales-estructurales que jerarquizan los roles implicados en el mecanismo de satisfacción de necesidades de la comunidad (religiosos, mágicos, fisiológicos, sanitarios, sociales, políticos, económicos, etc.), las personas encargados de realizarlas (elementos funcionales), y los lugares donde tienen lugar cada uno de estas funciones (iglesia, hospital, hogar, escuela, guarderías, prisiones, comedores colectivos, cementerios, centros de abastecimiento, centros de ocio, etc.). Todo ello se recoge de forma narrativa-etnográfica incluyendo en sendos apartados los comentarios del investigador (sentimientos, dudas, confirmaciones), y las hipótesis,

reflexiones teóricas y reinterpretaciones que incidan en la modificación pertinente del proceso de investigación, ya sea en tiempos, técnicas, abandonos de focos de observación que se reemplazan por otros emergentes, etc.

Hay que considerar que cada hora de observación puede equivaler a 2-4 horas escribiendo en el diario de campo, por lo que resulta lógico adecuar las horas de observación a las de registro (Taylor & Bogdan, 1986; Amezcua, 2000b). Es importante considerar la dialéctica existente entre el tiempo de observación (en la escena en la que mientras se observa se recogen datos etnográficos) y después de la observación (en el domicilio o estudio del investigador en donde se procede a la ordenación temática, estudio, interpretación y análisis de los datos).

– ¿Qué relación debe existir entre el observador y el objeto-sujeto o grupo observado?

Existen diversos niveles de conocimiento e integración que son previos al inicio de la investigación etnográfica. Si hacemos sólo observación, no hará falta ninguna implicación previa y se pueden utilizar muchas técnicas para complementar la observación: historias de vida, relatos de vida, biografías, autobiografías, entrevistas semiestructuradas, abiertas, en profundidad, documentos audiovisuales (fotos, videos, cintas de audio, etc.). Sin embargo, son muchos los autores que abogan por la observación participante como uno de los métodos más idóneos para la antropología. En pocas palabras, la observación participante consiste en un proceso gradual de integración del investigador en la comunidad objeto-sujeto de estudio. Partiendo, ineluctablemente, de una interpretación de lo observado con los esquemas culturales que le son propios al investigador (Emic), el observador participante va adaptándose a los esquemas de la cultura estudiada-ajena hasta conseguir el objetivo de interpretar el producto de sus observaciones desde los patrones hermenéuticos de la misma (Etic). Es un método complejo y se ha escrito mucho sobre sus dificultades, pero sin duda lo que puede ser común a la mayoría de este tipo de estudios es, precisamente, su idiosincrasia y la imposibilidad de establecer estándares para pautar de forma definitiva, clara y concisa una receta o canon generalizable a todos los contextos. Conforme el investigador se adentra en la cultura estudiada va relativizando el peso en la interpretación de lo observado. La observación participante exige una preparación previa del investigador que debe estudiar la historia, costumbres, religión, etc. de la cultura donde va a implementar su estudio; no en vano, el objetivo radica en “nativizarse” sin perder la cultura propia. La principal dificultad de este método “esquizofrénico” estriba en esta dialéctica o relación que va como un péndulo de una a otra cultura estando a la vez en ambas y en ninguna. Los datos se deben apuntar en un diario de campo y la reflexión sobre lo escrito constituye la fuente de la comprensión de los comportamientos, sentimientos

y creencias estudiadas. La comprensión, junto con la habilidad del antropólogo para reinterpretar sus propios sentimientos y creencias desde el registro “emic” facilita la empatía con los miembros de la comunidad estudiada (identificación con el grupo).

Otro tipo de observación es la del “Participante observador” que es la que se desarrolla cuando el investigador forma parte o tiene cierto nivel de integración cultural o profesional con el escenario en el que vive, trabaja o estudia el grupo investigado. Por ejemplo, un profesor de un departamento de enfermería es seleccionado para realizar una investigación sobre los problemas de los profesores del mismo departamento en el que trabaja. La ventaja del “participante observador” estriba en que no tiene que hacer ningún esfuerzo de integración, dado que todos lo conocen y su presencia no genera ningún tipo de extrañeza o reactividad; la desventaja, bastante crucial, radica en que este investigador participa de todos los estereotipos, prejuicios y valores asentados en ese grupo, por lo que su interpretación de los fenómenos carecerá de la objetividad y frescura del observador participante. Algunos autores sostenían que la observación participante sólo debía emplearse en situaciones extremas en las que otros métodos no habían conseguido resultados y que para su implementación no eran necesarias hipótesis previas. Es posible que ambas afirmaciones estén relacionadas con la creencia de que la antropología debía dedicarse a la búsqueda de lo exótico y pintoresco dejando la solución de problemas reales a otras disciplinas. Hoy día la antropología es una disciplina que se encarga del estudio de problemas cotidianos de grupos humanos que pueden formar parte de la misma cultura —luego nada exótico ni pintoresco— y que tiene en la observación participante uno de sus recursos metodológicos nucleares. Sí, sigue siendo cierto que la observación participante llega donde no llegan otros métodos por razones obvias: lucha antiterrorista, delincuencia común y mafias dedicadas a trata de blancas, droga; grupos callejeros (street corner), etc. Otra característica de la observación participante es que, viviendo en un mundo donde todo urge porque todo va demasiado rápido, requiere un tiempo de preparación e implementación bastante considerable y que oscila bastante según las características del estudio (3-6 meses).

Existen diversas “figuras” que son prototípicas en etnografía y que contribuyen a organizar y secuenciar por etapas el proceso de investigación en observación participante:

- Los porteros: son los miembros relevantes y respetados de la comunidad estudiada que facilitan la entrada al campo.
- Los informantes clave: constituyen las fuentes orales de referencia principal para el investigador al que ayudan en el proceso de integración en el grupo. Hay que trabajar con varios informantes clave para obtener una visión polifónica de la comunidad.

Asimismo, se dan diversas situaciones a lo largo de la investigación y que, a fuerza de repetirse en diferentes investigaciones realizadas por distintos investigadores, se han convertido en “tópicos”:

- “El síndrome del forastero” se produce al inicio de la investigación cuando el observador se siente diferente y ajeno a todo lo que le rodea. En esta situación es particularmente importante la adaptación lingüística y el conocimiento previo de la idiosincrasia de la comunidad en la que el investigador se va a introducir.
- “El rapport” (en alemán significa “simpatía”; en francés “vínculo”) es uno de los objetivos prioritarios del investigador y consiste en generar una atmósfera relacional cómoda para todos. Es una característica que está muy relacionada con la capacidad empatizadora del antropólogo.
- “La saturación” es la sensación que experimenta el antropólogo cuando los datos que va obteniendo día tras día empiezan a repetirse sin que haya novedades relevantes que reseñar. Este “principio de saturación” indica que es el momento en el que se deberá preparar una retirada, ordenada y escrupulosamente protocolaria, del campo.

– ¿En qué consiste la importancia del diario de campo en trabajo etnográfico?

El diario de campo es el instrumento donde se almacena el producto de la observación del investigador mediante la activación cotidiana del ejercicio de la escritura. En este proceso de plasmación narrativa intervienen factores que deben ser controlados por el antropólogo-escritor: los sentimientos, los prejuicios, las creencias, los gustos estéticos, culinarios, etc. La consideración de estos factores y cualquier otro que se derive de su bagaje experiencial contribuirán a una dosificación de su influencia en el proceso de interpretación de lo observado, pero en ningún caso deben suprimirse, dado que incluso es recomendable que queden reflejados en el mismo diario de campo. El acto de la escritura debe realizarse, a ser posible, en el mismo escenario y en la misma franja horaria (habitación de la actividad), por ejemplo, después de cenar y recogerse en la intimidad de su habitación. El ambiente tranquilo y el aislamiento favorecen la rememoración de lo observado, así como la reflexión rentabilizando al máximo las notas de campo del día. La característica primordial de esta herramienta consiste en su carácter de “visualización” de los factores que suelen pasar inadvertidos con otro tipo de técnicas. Mediante el diario de campo se visualizan las raíces de los comportamientos observables explicándolos comprensivamente mediante la explicitación de los significados que permanecen ocultos en forma de capas compuestas por un material inaprensible: creencias, los sentimientos, valores, etc. En consecuencia no sólo se debe escribir el acontecimiento objetivo, el hecho en sí, sino que deben describirse los sentimientos y creencias que

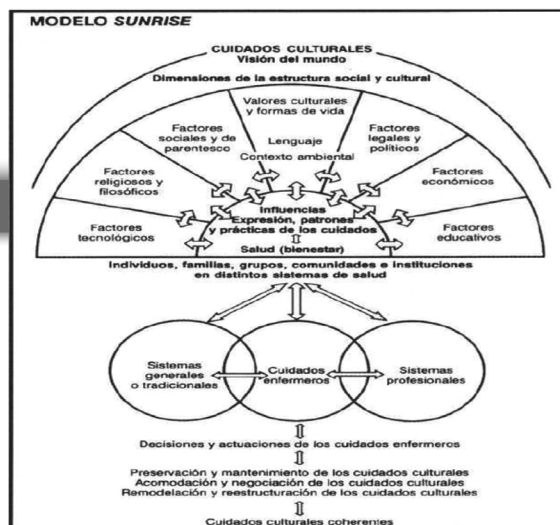
le dan el significado dentro de esa comunidad. Como se ha mencionado, cada hora de observación puede equivaler a 3-6 horas de escritura, pero también a la mitad, incluso, dependiendo de la jornada, a nada o casi nada porque puede ser que hayamos alcanzado el umbral de la saturación y todo lo observado empiece a repetirse. La descripción narrativa puede acompañarse de dibujos, mapas, organigramas, etc. que ayuden a describir iconográficamente el escenario, las ceremonias, tiros, estructuras parentales, hogares, utensilios, etc.

## 2.4 Modelos en antropología de los cuidados y enfermería transcultural

### 2.4.1 El modelo del sol naciente de M. Leininger

Este modelo es uno de los pioneros de la enfermería transcultural. y representa una constelación que va de los cuidados culturales de la diversidad a los cuidados culturales a la universalidad (GRAFICO VI). Está dividido en dos secciones: en la superior se tiene en cuenta desde la concepción del mundo, la estructura social y cultural, los valores culturales y modos de vida, contexto y medio ambiente, lenguaje y etnohistoria, influencias, expresiones de los cuidados, formas prácticas, familia y factores sociales, factores religiosos y filosóficos, factores tecnológicos, factores políticos y legales, factores económicos, factores educativos racionales y el plano o base está la salud holística como bienestar.

GRÁFICO VI



FUENTE: LEININGER, M. (1995) Transcultural nursing: concepts, theories and practices. McGraw-Hill, Columbus.



En la sección inferior se parte de la consideración de grupos, familias, comunidades e instituciones, siguiendo tres círculos en los que se circunscriben a ambos lados los sistemas genéricos o populares, los sistemas profesionales y, en el centro, los cuidados de enfermería. Leininger toma de la enfermería los cuidados y de antropología la cultura. Estos dos conceptos se armonizan y complementan mediante el modelo del sol naciente, dado que, según el mismo, todos los cuidados tienen sus dimensiones culturales. Algunos de los presupuestos de este modelo transcultural son los siguientes (Leininger, 1999).

- Todos los seres humanos nacen, crecen y mueren y esperan ser cuidados según una perspectiva cultural.
- El cuidado culturalmente apropiado se convierte en significativo para las personas que están enfermas o sanas y es un potente generador de progresos curativos.
- Las enfermeras necesitan incorporar valores, creencias y modos de vida a sus cuidados para que mejoren y sean congruentes con los estilos de vida de las personas/ grupos cuidados.
- El cuidado profesionalmente culturalmente apropiado demuestra un gran potencial curativo. No puede haber curación sin cuidado.
- La recuperación de la enfermedad, la discapacidad o el afrontamiento de la muerte son situaciones que requieren que la enfermera conozca/comprenda la cultura de las personas a las que va a cuidar en cualquiera de los casos expresados.
- Aunque el cuidado integral y cultural resultan difíciles de captar/ valorar, resultan críticos y decisivos para ayudar a las personas.
- Lo que más demandan las personas que van a un hospital o clínica es recibir unos cuidados adecuados por parte de las enfermeras, cuidados que demuestren conocimiento, comprensión y sensibilidad.
- Las enfermeras como principales protagonistas de los cuidados tienen un puesto preferencial para practicar la enfermería transcultural.

#### **2.4.2 El modelo de competencia cultural de L. Purnell**

El modelo de Purnell se da a conocer en 1995 (Purnell, 1999), se desarrolla mediante el empleo de razonamientos inductivo y deductivo y es, fundamentalmente, un instrumento para adaptar los cuidados al gran dinamismo de la sociedad actual. El proveedor de cuidados puede aplicar el modelo en sus niveles tres niveles: primario, secundario y terciario. Se basa en la forma de valorar las influencias culturales. Purnell denomina “características primarias y secundarias de diversidad” (TABLA II). El modelo es una consecuencia de la aplicación de teorías antropológicas, administrativas lingüísticas psicológicas, biológicas, religiosas y situaciones derivadas de las prácticas clínicas. Se representa mediante un diagrama que es un círculo con un margen periférico que simboliza





**TABLA II**  
**CARACTERÍSTICAS 1ª Y 2ª DE DIVERSIDAD**

**CARACTERÍSTICAS PRIMARIAS**

-NACIONALIDAD	RAZA
-COLOR PIEL	GÉNERO
-EDAD	RELIGIÓN

**CARACTERÍSTICAS SECUNDARIAS**

-E./SOCIOECONÓMICO	NIVEL EDUCACIÓN
-EXP.MILITAR	OCUPACIÓN
-CREENCIAS POLÍTICAS	RESIDENCIA URBANA/RURAL
-ESTADO PATERNALISTA	CARACTERES FÍSICOS
-ORIENTACIÓN SEXUAL	ESTADO CIVIL
-TIEMPO FUERA DEL PAÍS	ASUNTOS DE GÉNERO
-RAZONES Y SITUACIÓN DE LA MIGRACIÓN (LEGAL, INDOCUMENTADO, ETC.)	

FUENTE: PURNELL, L. (1999) El modelo de competencia cultural de Purnell: descripción y uso en la práctica, educativa, administración e investigación. *Cultura de los Cuidados*, III/6: 91-102.

a la sociedad global, un segundo margen que representa a la comunidad y un tercer margen que representa a la familia. Por último un margen interno que representa a la persona. Este círculo, a su vez, se divide en 12 secciones o dominios culturales que tienen flechas bidireccionales dando a entender que no existen compartimentos estancos y que todos los dominios están relacionados y condicionados entre ellos mismos. El centro del modelo, que está vacío, representa aspectos desconocidos del grupo. En la parte inferior del modelo se aprecia una rueda dentada que representa el concepto de cultura-conciencia.

Los conceptos de metaparadigma que Purnell emplea en su modelo son los siguientes: la sociedad global, la comunidad, la familia, la persona y la salud. Estos conceptos son interpretados de forma genérica o esencial, sin considerar variantes raciales, culturales, nacionales, etc.). Asimismo, el círculo queda estructurado en doce dominios o sectores: herencia, comunicación, roles y organización familiar, asuntos laborales, ecología biocultural, comportamientos de alto riesgo, nutrición, embarazo y prácticas de nacimiento, rituales de muerte, espiritualidad, práctica cotidiana de cuidados de salud, proveedor del cuidado de salud. Por otro lado para la fundamentación del modelo, el autor aporta 18 principios que van desde el reconocimiento de la necesidad de información relativa a la sociedad global, la comunidad, la familia, la persona y la salud al reconocimiento de que cada organización, asociación o profesión tienen su

propia cultura. Se trata, en definitiva de un modelo flexible con un alto nivel de fluidez entre dominios y niveles.

### 2.4.3 El modelo de herencia cultural y tradiciones de salud de R. Spector

Este modelo parte del presupuesto de la importancia que tienen las tradiciones en los comportamientos relacionados con los cuidados de salud. Para Spector, es imprescindible tomar en consideración el contexto y los límites culturales en los que vive el individuo, la familia o la comunidad (Spector, 1999). Asimismo, Spector opina que el dispensador de cuidados debe reunir los siguientes requisitos para llegar a comprender realmente lo que hace y que, a la vez, su práctica profesional resulte eficaz (TABLA III).



#### TABLA III MODELO DE HERENCIA CULTURAL Y TRADICIONES DE SALUD (SPECTOR)

- Ser culturalmente sensible (tener los conocimientos necesarios para comprender las tradiciones relacionadas con la salud y la enfermedad)
- Ser culturalmente congruente (tener la capacidad a llevar a la práctica los conocimientos que se poseen de forma adecuada)
- Ser culturalmente competente implica prestar atención de forma adecuada al paciente teniendo en cuenta el contexto y manteniendo, por tanto, la filosofía holística de los cuidados.

FUENTE: SPECTOR, R. (2000c) La enfermería transcultural: pasado, presente y futuro. Cultura de los Cuidados, IV/7-8: 116-127

- Ser culturalmente sensible, lo cual implica adquirir los conocimientos necesarios para comprender las tradiciones relacionadas con la salud y la enfermedad. Pero no basta con los conocimientos, dado que para alcanzar cierta sensibilidad es preciso desarrollar actitudes favorables a dicho sentimiento.
- Ser culturalmente congruente; es decir tener la capacidad a llevar a la práctica los conocimientos que se poseen de forma adecuada y rentabili-

zarlos desde el punto de vista de la enfermería mediante la dispensación de cuidados coherentes culturalmente y de gran calidad profesional.

- Ser culturalmente competente implica prestar atención de forma adecuada al paciente teniendo en cuenta el contexto y manteniendo, por tanto, la filosofía holística de los cuidados.

Spector utiliza el proceso de enfermería como base para su modelo, pero a las 5 fases del P.E. les añade otros tres (valoración del legado cultural, fenómenos culturales que afectan a la salud y, por último, valoración de las tradiciones de salud).

- El legado cultural, su nivel de consistencia, es valorado mediante el nivel de importancia de la cultura, la etnicidad y la religión en la vida del individuo, la familia o la comunidad.
- Los factores que afectan a la salud son seis (Spector sigue los estudios de Giger y Davidhizar, 1995) Orientación en el tiempo, espacio personal y territorialidad, comunicación, organización social, variables biológicas, hábitos de comida y alimentación, control del entorno.
- Las tradiciones de salud constituyen un modelo enfocado holísticamente (atención física, mental y espiritual), integrado por dimensiones interrelacionadas:
  - Creencias y prácticas para el mantenimiento de salud.
  - Creencias y prácticas para la protección de la salud.
  - Actividades relacionadas con la restauración de la salud.
  - Salud y creencias tradicionales
  - Salud y prácticas tradicionales.
  - Remedios tradicionales.
  - Salud y sanadores tradicionales.
  - Cuidados culturales y proceso de enfermería

## **2.5 El marco ideológico de la ciencia y la enfermería transcultural**

### **2.5.1 Enfermería en contexto del paradigma racional tecnológico**

Herederero del positivismo, se caracteriza por consagrar a la objetividad el proceso investigador, constituyendo el enfermero un mero aplicador de técnicas y el paciente un receptor de las mismas. En este tipo de paradigmas se identifica lo real con lo científico constituyendo el baluarte principal del mismo la objetividad, hunde sus raíces en la cuantificación, la verificación-falsación-replicabilidad (Palazón, 1991). Existe un notable ensalzamiento de la actividad nomotética (búsqueda de normas y leyes). En el terreno de la enfermería, la perspectiva del paradigma sociocrítico ha sido abordada por diversos autores (Siles Y García, 1995a; Siles, 1997c) (TABLA IV).



**TABLA IV**  
E.T.C EN EL PARADIGMA TECNOLÓGICO

- ENFERMERO-A
- AGENTE CONTROLADOR DEL PROCESO.
  - MANIPULADOR EXTERNO Y OBJETIVO RESPECTO DEL ESTADO DE SALUD PACIENTE Y SUS NECESIDADES.
  - APLICADOR DE PRESCRIPCIONES.
  - ADMINISTRADOR TERAPÉUTICO Y TÉCNICO.
- PACIENTE
- OBJETO DE CONTROL Y DESTINATARIO DE PRESCRIPCIONES TERAPÉUTICAS
  - ACATAMIENTO PASIVO DE NORMAS, PRESCRIPCIONES TERAPÉUTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA
- CONCEPTO DE SALUD
- CONCEPTO NEGATIVO/VACÍO: SALUD COMO AUSENCIA DE ALGO, OMISIÓN DE MANIFESTACIONES CLÍNICAS O PRIVACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA.
- TIPO DE CONOCIMIENTO CONSTRUIDO
- CIENCIA NATURAL HEREDERA DEL NEOPOSITIVISMO
  - CARÁCTER OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD CIENTÍFICA
  - CONTROL EXTERNO DEL PROCESO.
- ¿CÓMO SE CONSTRUYE?
- INVESTIGACIÓN EXPERIMENTAL (PRUEBAS ESTANDARIZADAS, TEST, ENCUESTAS).
  - GRAN PROTAGONISMO DE LA INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA.
  - PROCESO CIENTÍFICO AJENO Y SUPERIOR AL OBJETO-SUJETO (PACIENTE INVESTIGADO/ CUIDADO).
- ¿PARA QUÉ SIRVE?
- LA TEORÍA DIRIGE LA ACCIÓN SEPARADA DE LA PRAXIS.
  - LA ENFERMERÍA SE ENFOCA COMO UN PROCESO TECNOLÓGICO.
  - ENFERMERO-A COMO EJECUTOR DE TÉCNICAS.

ENTE: SILES, J. (1997b) Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina. *Enfermería Clínica*. *Enfermería Clínica*: 4/7: 188-194

### 2.5.2 Enfermería en contexto del paradigma interpretativo

Desde este paradigma se concibe el proceso de investigación como un intervalo subjetivo (tanto por parte del sujeto investigador como del objeto-sujeto investigado). El conocimiento teórico es fruto de la interacción que tiene efecto en la práctica de la disciplina dada (cuidado, educación, procedimiento). Desde los planteamientos de este paradigma el enfermero-a se considera un agente comunicador e interpretador de la realidad del paciente. Las características del paradigma interpretativo en el contexto enfermero han sido estudiadas por diversos autores (Siles y García, 1995; Siles, 1997b) (TABLA V).

### 2.5.3 Enfermería en contexto del paradigma sociocrítico

El paradigma crítico se caracteriza por el carácter dialéctico-crítico del proceso del conocimiento y por la toma en consideración del papel preponderante de la ideología en el proceso científico. La función y el fin fundamental de los presupuestos de esta plataforma los constituyen la emancipación participativa, y las actividades y las tareas en los procesos acontecen en la práctica y son socialmente significativas. La acción práctica es crítica y colaborativa. Habermas es el investigador que más ha contribuido al desarrollo del paradigma crítico. El enfermero-a se considera como un agente de cambio sociosanitario (Siles y García, 1995; Siles, 1997b) (TABLA VI).

## TABLA V

### E.T.C. EN EL PARADIGMA HERMENEUTICO

#### ENFERMERO

- AGENTE DE COMUNICACIÓN COMPRENSIVA E INTERACTIVA.
- INTERPRETADOR DE LA REALIDAD DEL PACIENTE

#### PACIENTE

- SUJETO COMUNICADOR DE SU ESTADO Y SUS EXPECTATIVAS (INTERPRETACIÓN PERSONAL DE SU SITUACIÓN).

#### CONCEPTO DE SALUD

- CONCEPTO SITUACIONAL ELABORADO INTERACTIVAMENTE (PACIENTE-ENFERMERO)

#### TIPO DE CONOCIMIENTO CONSTRUIDO

- ENFERMERÍA COMO CONSTRUCCIÓN PERSONAL
- SOCIOLOGÍA INTERACCIONISTA.
- HERMENEUTICA Y FENOMENOLOGÍA DE LOS CUIDADOS.
- ANTROPOLOGÍA CULTURAL.

#### ¿CÓMO SE CONSTRUYE?

- INVESTIGACIÓN ETNOGRÁFICA.
- ESTUDIO DE SIGNIFICADOS EN SUS CONTEXTOS (USO DE MÉTODOS Y TÉCNICAS FENOMENOLÓGICAS, NARRATIVAS, MATERIAL BIOGRÁFICO Y AUTOBIOGRÁFICO)
- OBSERVACIÓN PARTICIPANTE, NOTAS DE CAMPO, DIARIOS, RELATOS, ETC.

#### ¿PARA QUÉ SIRVE?

- LA PRÁCTICA ES EL FUNDAMENTO DE LA TEORÍA (SU PRESUPUESTO)
- ENFERMERÍA ENFOCADA COMO PROCESO DE INTERCOMUNICACIÓN ENFERMERO PACIENTE.
- INTERVENCIÓN PRÁCTICA INTERPRETATIVA. ACTO DE COMPRESIÓN

FUENTE: SILES, J. (1997b) Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina. Enfermería Clínica. Enfermería Clínica: 4/7: 188-194

## TABLA VI

### E.T.C EN EL PARADIGMA SOCIOCRTICO

#### ENFERMERO-A

- AGENTE DE CAMBIO SOCIOSANITARIO

#### PACIENTE

- SUJETO IMPLICADO EN SU PROPIO PROCESO DE CAMBIO DE ESTADO DE SALUD Y SATISFACCIÓN DE NECESIDADES.

#### CONCEPTO DE SALUD

- CONCEPTO POSITIVO.
- REELABORACIÓN DEL MISMO POR PARTE DEL SUJETO.

#### TIPO DE CONOCIMIENTO CONSTRUIDO

- ENFERMERÍA COMO CONSTRUCCIÓN SOCIAL Y SANITARIA.
- DIALÉCTICA-SUBJETIVIDAD
- CONSTRUCCIÓN NUEVAS REALIDADES.

#### ¿CÓMO SE CONSTRUYE?

- INVESTIGACIÓN CRÍTICA
- ESTUDIOS DE CONTEXTOS PERSONALES Y SOCIALES.
- COMPROMISO PARA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.
- LOS SUJETOS (PACIENTES) POR ENCIMA DE LOS MÉTODOS.

#### ¿PARA QUÉ SIRVE?

- ENFERMERÍA ENFOCADA COMO INTERVENCIÓN EN PRÁCTICA SOCIAL Y ANTROPOLÓGICA DEL SUJETO.
- EL PROCESO DE TOMA DE DECISIONES CENTRADO EN LA CAPACIDAD CRÍTICA.

FUENTE: SILES, J. (1997b) Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina. Enfermería Clínica. Enfermería Clínica: 4/7: 188-194

#### **2.5.4 A modo de resumen acerca del debate ideología-paradigmas científicos**

Los tres paradigmas aquí analizados ofrecen, desde sus respectivos presupuestos, un marco ideológico en el cual la actividad investigadora en enfermería puede tener cabida, aunque de forma muy diversa.

- En el marco del paradigma racional tecnológico no tienen cabida ni enfoque holístico ni el componente humanístico tan inherentes para la disciplina enfermera, la antropología y la enfermería transcultural. El paradigma racional puede ser útil en parcelas muy importantes para el desarrollo de los cuidados enfermeros (las dimensiones biológicas, fisiológicas, etc.). La ideología neopositivista ha sido convertida en una especie de liturgia y el aparato ortopédico con el que se pretende interpretar la realidad deja fuera de la ciencia la parte más importante de la disciplina enfermera. El paradigma racional tecnológico responde a la época técnica de la enfermería cuya ideología es también técnica y, por ende, de carácter subalterno: enfermero ejecutor (ATS) que depende de otros profesionales para actuar y que concibe el proceso de salud enfermedad como una realidad natural y externa (Palazón, 1991: 199). En el contexto no tiene cabida el enfoque holístico imprescindible para la disciplina enfermera, la antropología y la enfermería trans cultural. En enfermería, la asunción de este paradigma produce la tylorización de los enfermeros que se constituyen en meros ejecutores de programas diseñados en las direcciones de los grandes centros burocráticos de la Administración sanitaria. Esta tylorización produce los siguientes efectos:
  - Descualificación de los profesionales mediante el control técnico (tiempos de ejecución de tareas estandarizadas) que repercute en una progresiva automatización-deshumanización de la actividad desarrollada.
  - Entorpecimiento de cualquier intento de innovación en un contexto predeterminado desde un puesto de control externo (metáfora: hombre como hardware biológico y software psicológico (Palazón, 1991: 199-210).
- El paradigma interpretativo simbólico implica la adopción de una ideología que permite a los profesionales de enfermería actuar como facilitadores-cooperadores con el sujeto (paciente) respecto la optimización de su proceso salud-enfermedad. La naturaleza del conocimiento respecto del proceso salud enfermedad no es objetiva, sino subjetivo y la acción de enfermería se desarrolla en un clima de interacción y constante intersubjetividad teniendo en cuenta la realidad específica del paciente. En este marco es posible el desarrollo de enfoques holísticos tan perentorios para la disciplina enfermera, la antropología y la enfermería transcultural.

La exigencia de un estatuto de objetividad impide la comprensión de significaciones sustanciales para el proceso salud-enfermedad. Manteniendo la distancia respecto del sujeto sobre el que se actúa no se logra una verdadera imagen del objeto de la investigación.

- El paradigma crítico se desarrolla en un marco ideológico-científico que concibe la imagen de un profesional de la salud más comprometido con el cambio (como organizador de actividades críticas e innovadoras respecto del proceso salud-enfermedad). La naturaleza del conocimiento de enfermería es dialéctico-crítica. El paralelismo entre marginación política y laboral se mantuvo durante mucho tiempo en el terreno de la enfermería. La concienciación por parte de las enfermeras de su doble condición discriminatoria –en la que participaron activamente asociaciones y organismos tales como el CIE (Consejo Internacional de Enfermería)– constituyó el primer paso en la larga lucha por cambiar esa situación práctica. Sin duda alguna, es en el contexto del paradigma crítico en el que de forma más pertinente y eficaz se pueden desarrollar enfoques, métodos y técnicas consustanciales para la disciplina enfermera, la antropología y la enfermería transcultural.

En nuestra opinión, el paradigma que evidencia más la necesidad de la licenciatura y que mejor se ajusta a las características de la Enfermería, en razón de su Objeto-Sujeto (el ser humano en el contexto de los cuidados convergentes en el intervalo salud-enfermedad), y del enfoque holístico que se propugna baluarte de todo acto de enfermería, es el sociocrítico o interpretativo simbólico. Desde los presupuestos de esta plataforma se potencia la interactividad precisa para que el enfermero-a lleve adelante la comprensión de cada situación específica e inherente a cada individuo o grupo de ellos. De cualquier manera no se trata de adoptar un paradigma como si fuera un acto de fe. La complejidad de la práctica en enfermería hace recomendable una integración crítica, razonada y pertinente de distintos paradigmas de acuerdo con la naturaleza de los problemas planteados y sus respectivas situaciones (Siles, 1997).

## **2.6 Antropología educativa de los cuidados**

### **2.6.1 Los antecedentes de la antropología educativa**

La antropología educativa aplicada a los cuidados es una especialidad de la antropología de los cuidados cuyo desarrollo resulta crucial para comprender tanto los problemas educativos relacionados con la potenciación tanto de los estilos de vida saludables como los de las conductas cuyas consecuencias resultan poco o nada saludables. La antropología educativa es una nueva disciplina que ha evolucionado desde los presupuestos de diferentes tendencias:

- Comtismo (Discurso de filosofía positiva).
- Utilitarismo (Smith, Bentham, Mill).

- Crítica bíblica y religión comparada.
- Teoría del desarrollo evolutivo (Lamarck, Buffon, Spencer).
- Selección de las especies (Darwin, Wallace)
- Idealismo alemán (Herbert, Kant, Hegel, Dilthey)

Estas tendencias se han ido sucediendo e influyendo, en mayor o menor medida, en las diferentes fases de la humanidad desde una perspectiva teleológica-evolutiva en marcos coyunturales religiosos o científicos cuyo cometido era explicar los fenómenos de transmisión cultural y darles un sentido que podía responder a criterios sobrenaturales (paradigma teológico) o a estipulaciones racionales y científicas (paradigmas científicos):

Teológica (explicación sobrenatural de las causas de las enfermedades y sus tratamientos).

Metafísica (interpretación filosófica de los fenómenos relacionados con la enfermedad y la salud).

Positiva o científica (explicación racional de la enfermedad y de la salud considerándolos fenómenos objetivos y demostrables de forma experimental a nivel universal).

Hermenéutica y sociocrítica (explicación científico humanista con explicitación de los significados de los fenómenos relacionados con la salud, la enfermedad, la muerte, el dolor, etc. Se trata de una interpretación subjetiva de los fenómenos integrados en el amplio y variado intervalo salud-enfermedad-muerte. Desde los presupuestos de ambos paradigmas la comunicación entre profesionales de la salud y pacientes es fundamental. El paradigma sociocrítico apuesta por la participación del individuo, la familia y la comunidad en la planificación de sus estilos de vida y sus niveles de salud-enfermedad).

Entre los antecedentes más notables de esta disciplina se encuentra John Dewey. Como filósofo, pedagogo y psicólogo el estadounidense John Dewey (1859-1952) fue un precursor del análisis teórico-práctico de la educación esforzándose por explicar cómo las ideas (la teoría) tenían grandes repercusiones en la vida cotidiana de la gente (la práctica). La experiencia era el motor de la reflexión y el cambio y constituía para él el nexo de unión entre lo teórico y lo práctico (Dewey, 2004a). Asimismo, consideraba que la educación respondía a unas características en continua variación (ideas, conductas, sentimientos, creencias, valores) y también tenía en cuenta la influencia de los factores sociales, políticos y económicos en la educación. Es decir, tenía una visión amplia y compleja de la educación, por lo que se puede considerar un pionero de la sociología y la antropología educativas. Además de pensar que la educación exigía un ambiente democrático para su correcto desarrollo, participó activamente



en los movimientos reivindicativos de la época: sufragio universal femenino, sindicalismo docente, etc.

Otra de las corrientes que incidieron en el desarrollo de la antropología educativa durante el siglo XX fue la denominada “gestalt”. El médico y psicoanalista alemán Frederick Perls desarrolló su teoría del “gestalt” (configuración o forma) durante la mitad del siglo XX. Estuvo influido por el psicoanálisis freudiano y la fenomenología de Husserl y Heidegger. En su obra “Ego, Hunger y Agresión” expone por vez primera los principios de la teoría gestalt aplicándola al crecimiento y maduración de la persona. Tras la II Guerra Mundial se estableció en Estados Unidos, donde desarrolló la denominada “terapia gestalt”. Entre sus principios se pueden identificar algunas de las áreas en las que la antropología educativa centra su interés: figura y fondo (la configuración que da forma a la persona); holismo (consideración de las creencias, los pensamientos, las emociones, lo social y lo económico en un cuadro unificado en el que el todo es mayor que la suma de las partes); homeostasis (mantenimiento del equilibrio orgánico, emocional, social, etc.); la experiencia (fuente de reflexión y base del aprendizaje); la responsabilidad (como mecanismo de asumir los propios actos); la concienciación dinámica de la propia existencia (tomar conciencia del yo y todo lo que la rodea en un momento y situación dada); el cómo (se refiere a que los cambios en la estructura generan transformaciones en las funciones de la misma); el “por qué” (se refiere a la necesidad de indagar en las causas sucesivas de los fenómenos cuyo origen nunca se alcanza porque es infinito); el “aquí y ahora” (el presente en el que la persona percibe e interpreta el fenómeno en el momento en el que está ocurriendo).

No es hasta mediados del siglo XX cuando se va a producir la plasmación de esta nueva especialidad –la Antropología Educativa– que es el resultado de la síntesis entre la pedagogía y la antropología. En 1954 Spindler organizó un encuentro entre pedagogos y antropólogos en la Conferencia de Stanford en la que participaron 22 investigadores (50% pedagogos y la otra mitad antropólogos). El objetivo era constituir un grupo de investigadores de ambas disciplinas que se encargaran de impulsar el nacimiento y desarrollo de la antropología de la educación. Se trataba de sistematizar los trabajos realizados de antropología educativa por personalidades que se habían dedicado a estos temas de forma individual durante la primera mitad del siglo XX y conformar un grupo institucionalizado que diera lugar, a su vez, a la consideración de la antropología educativa como una ciencia más. De forma que Spindler aglutinó en la Conferencia de Stanford un grupo de investigadores que intervinieron en un debate que resultaría crucial para el nacimiento de la antropología educativa. Los diálogos estuvieron girando en torno a diversos temas que gravitaron en torno a cuatro pilares básicos:

- La búsqueda de una síntesis disciplinar de la educación y la antropología

- El mantenimiento del punto de vista filosófico, teórico y práctico.
- La contextualización sociocultural de los procesos de enseñanza aprendizaje.
- La vinculación de la educación con las diferentes fases que integran el ciclo vital.
- La consideración de la multiculturalidad, la interculturalidad y la transculturalidad en los procesos de enseñanza aprendizaje.

Fruto de la colaboración que se inicia a mediados del siglo XX entre antropólogos y pedagogos en Estados Unidos, se empieza a preparar el principio de una nueva especialidad o disciplina que esta a mitad de camino entre la antropología y la educación. En este proceso de vertebración de la nueva rama disciplinar tienen un papel relevante asociaciones como la “American Anthropology Association” y el “Council on Anthropology and Education”. Este Consejo antropológico-educativo va a publicar a partir de 1976 una revista trimestral en la que tienen cabida los temas relacionados con la antropología educativa: “Anthropology & Education Quaterly”.

En Europa se desarrolló la antropología educativa conforme iban creciendo los estudios de educación comparada en las facultades de pedagogía o ciencias de la educación. A finales del siglo XX (1999) se instituyó en Italia la Sociedad Europea de Etnografía de la Educación, que dos años después empezó a publicar su órgano de difusión: “Revista de Etnografía de la Educación” en la que se publican trabajos sobre etnografía escolar, educación comparada y metodología etnográfica aplicada al contexto educativo. Se trata de una revista de marcado carácter internacional, dado que entre los miembros de su comité editorial figuraron desde sus comienzos seis países europeos: Alemania, España, Francia, Italia, Polonia y Portugal (Robins, 2003).

### **2.6.2 Causas y fines de la antropología educativa en el marco de la educación para la salud**

En definitiva, se puede afirmar que la antropología de la educación surge por una doble causa: por un lado, como consecuencia lógica del desarrollo creciente de los estudios de educación comparada organizados en las facultades de pedagogía y, por otro y más importante aún, como resultado de nuevas ideas sobre la educación que rebasan las concepciones neopositivistas (educación como sinónimo de adquisición de conocimientos y moldeamiento de las conductas). La educación se reinterpreta como algo que trasciende lo meramente observable, lo conductual y se amplía su definición mediante la integración de dimensiones tan complejas de ponderar como los valores, las creencias e incluso las circunstancias. Por otro lado, la educación para la salud ha evolucionado. Etimológicamente, la palabra “salud” deriva del latín “saluus”, (o salvus) que a

su vez se deriva del griego “ólos”, que significa “todo” y le dota de un ideal holístico (Miguel, 2001). Semántica el concepto de salud tiene una gran afinidad con la palabra “salvación”. La evolución histórica del concepto de salud ha variado y para comprobarlo basta dar un breve repaso a las diferentes definiciones que se han ido sucediendo a lo largo del tiempo y que recoge Salleras (1985) en su manual sobre educación sanitaria:

- Salud como sinónimo de ausencia de enfermedades (primera mitad siglo XX).
- La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1946).
- Salud es: Un alto nivel de bienestar, un método integrado de funcionamiento orientado hacia maximizar el potencial de que el individuo es capaz. Requiere que el individuo mantenga un continuo balance y de dirección con propósito dentro del ambiente en que está funcionado. Comprende tres dimensiones: Orgánica o Física, Psicológica y Social: el ser humano ocupar una máxima posición en las tres dimensiones para gozar de buena salud o tener alto grado de bienestar, lo cual dependerá en gran medida del ambiente que lo rodea (Dunn, 1959).
- Un continuo con gradaciones intermedias que fluctúan desde la salud óptima hasta la muerte (Fodor et al, 1966)
- Salud es una condición de equilibrio funcional, tanto mental como físico, conducente a una integración dinámica del individuo en su ambiente natural y social” (Seppilli, 1971).
- Salud es un estado de bienestar físico, mental y social y la capacidad para funcionar y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad (Terris, 1975).
- La salud es aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y profundamente gozosa” (Congreso de Médicos y Biólogos de lengua catalana, 1978).
- Salud es la capacidad de realizar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente (OMS, 1984).
- Salud es aquello a conseguir para que todos los habitantes puedan trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven (OMS, 1997).

En estas definiciones se muestran unas interpretaciones de la salud que van desde el concepto vacío (ausencia de síntomas) a la visión utópica, estática y subjetiva (Salleras, 1985). Utópica porque no puede existir un absoluto, ni siquiera en términos de salud; estática porque no se tiene en cuenta la dinámica temporal o histórica ni el plano cultural; subjetiva porque la idea de bienestar o malestar depende de cada individuo y de su contexto sociocultural.

- La Declaración de Alma Ata subraya que todo el mundo debe tener acceso a una atención primaria de salud y participar en ella.
- El enfoque de la atención primaria de salud abarca los componentes siguientes: equidad, implicación y/o participación de la *comunidad*, intersectorialidad, adecuación de la tecnología y costes permisibles.

(Declaración de Alma Ata, OMS, Ginebra, 1978.)

Lo que debe quedar bien claro es que, en base al concepto de salud del que se parte (influenciado histórica y culturalmente), se entiende de una forma u otra la educación para la salud. En este sentido, la OMS define la educación para la salud como

“Cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en que la gente desee estar sana, sepa como alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantener la salud y busque ayuda cuando lo necesite”. Indudablemente, se trata de algo más que conductas, se trata de que los educandos valores la salud como algo positivo para ellos mismos. La educación y la salud como valores en los que se cree” (OMS, 2000).

Por otro lado, la enfermedad no se puede interpretar como sinónimo de la patología, pues a diferencia de ésta: “...se considera como un fenómeno cultural complejo en el que los indicadores patológicos son transformados en signos sociales y relacionados simbólicamente con otras dimensiones de la vida social” (García, 1985). En consecuencia, la educación para la salud, no puede reducirse a factores patológicos, sino que, por un lado, debe abarcar las dimensiones culturales y prestar atención a sus componentes simbólicos, y, por otro, es preciso darle voz a la población y tratar a los ciudadanos como tales implicándolos en los procesos de planificación de su salud, dado que, como afirma Seppilli: el proceso educativo que tiende a que los ciudadanos se comprometan en la defensa de la salud individual y colectiva (Cardaci, 1997).

Lo esencial de la Educación para la Salud consiste en cambiar/ propiciar:

- Actuaciones (conductas/ estilos de vida/ hechos)
- Pensamientos (ideas/ mentalidades/ valores/ creencias)
- Sentimientos (dimensión afectiva/ actitudinal).

Esta interpretación de la Educación para la Salud determina su ubicación epistemológica dentro de un paradigma participativo como el sociocrítico en el que los educadores para la salud implican mediante el ejercicio pertinente de las técnicas de comunicación a los individuos, la familia y la comunidad en la planificación de su salud considerándolos como ciudadanos responsables que deben participar de forma activa en un tema tan crucial como este (Siles, 2000).

En consecuencia, el propósito fundamental de la educación sanitaria es la promoción de la salud para generar cambios de conducta. Consiste en proporcionar una combinación de conocimientos, actitudes y habilidades para que el sujeto pueda definir y alcanzar sus propias metas en materias de salud (González y Capote, 2005). En este marco la Antropología Educativa consiste en el desarrollo de estudios sistemáticos sobre las semejanzas, diferencias y peculiaridades de las diferentes formas de transmisión-adquisición de conocimientos, actitudes, creencias, valores y habilidades, vigentes en diferentes culturas. En consecuencia la finalidad de la Antropología Educativa consiste, fundamentalmente, en la rentabilización pedagógica mediante la superación de las perspectivas superficiales que fijan su atención exclusivamente en las conductas (los estilos de vida reflejados en la evidencia de los comportamientos), dejando al margen la raíz de los problemas: los valores, las creencias, las ideologías, etcétera.

#### *2.6.2.1 Algunos de los problemas abordados desde la antropología educativa de los cuidados*

Entre la amplia gama de problemas susceptibles de estudio desde la perspectiva de la antropología educativa se detallan algunas posibilidades sin pretender agotar el enorme potencial temático de la disciplina:

- El rol del educador para la salud como conocedor y aplicador de forma estandarizada de técnicas pedagógicas que considera la educación y la salud desde los planteamientos neopositivistas.
- La contextualización de los problemas de salud como objeto de estudio de la antropología educativa de los cuidados.
- Potenciación de debates en los que tenga cabida la dialéctica entre los modelos cuantitativos y cualitativos en educación para la salud.
- Identificar los aspectos culturales del aprendizaje valorando la incidencia de los diferentes factores que intervienen en el mismo y sus repercusiones en los estilos de vida.
- Estudiar los aspectos multiculturales de la educación y la salud considerando la influencia del fenómeno migratorio.
- Considerar las peculiaridades e idiosincrasia de los diferentes grupos étnicos, raciales y religiosos y su incidencia en los procesos de enseñanza aprendizaje relacionados con las situaciones de salud-enfermedad.
- La incidencia del género en la educación para la salud.
- Antropología educativa de las prácticas clínicas de profesionales sanitarios. Los diarios de prácticas clínicas.
- Antropología educativa del currículum.
- Etnografía educativa del aula. Los diarios de aula.
- Antropología comparativa del contexto educativo y laboral. Análisis com-

parativos de las diferencias y semejanzas entre el ambiente del aula y el clínico.

- Estudios antropológicos de la comunidad educativa: docentes, alumnos, burocracia, institución.
- Etnografía de los comedores/ bares escolares-universitarios-clínicas.
- Antropología de educativa del bilingüismo y sus repercusiones en el contexto sociosanitario.
- Multiculturalismo en las instituciones educativas y sanitarias.
- Antropología educativa de las ceremonias y rituales en instituciones educativas y sanitarias.
- Estudio antropológico de la incidencia de la estratificación social y desigualdad en los procesos de enseñanza aprendizaje implicados en procesos de salud-enfermedad.
- Ideología, colonialismo y dependencia cultural entre disciplinas en el contexto de las instituciones educativas. La salud de las instituciones educativas.
- Estudiar los procesos de transmisión-adquisición-pérdida de cultura (fenómenos de aculturación, endoculturación y enculturación) en situaciones de salud-enfermedad.
- Identificar y explicar las claves de los fenómenos de transmisión-adquisición de cultura mediante el análisis comparativo de los procesos de aculturación, endoculturación y enculturación que inciden en los procesos de salud-enfermedad.

#### *2.6.2.2. La antropología de la educación y los estudios etnográficos como fase previa al diseño y aplicación de programas de educación para la salud*

La Antropología Educativa de los Cuidados no se ocupa sólo de la educación formal o informal, dado que su centro de interés radica en todos los mecanismos de transmisión de conocimientos, valores, creencias y actitudes que constituyen el núcleo del proceso socializador, pero también los procesos de aculturación y enculturación integran su amplio objeto de estudio. En este sentido el concepto de “transmisión adquisición de cultura” “t.a.c” resulta más adecuado pues: engloba a todos aquellos procesos mediante un grupo humano trata de inculcar sus conocimientos, normas, valores tradiciones, costumbres y formas de comportamiento a los más jóvenes del mismo grupo (socialización), a los no tan jóvenes y a miembros de otros grupos (aculturación) (García Castaño y Pulido, 1994).

Desde esta perspectiva no reduccionista se puede identificar conceptualmente la

*La antropología de la educación aplicada a los cuidados tiene como finalidad primordial el estudio de: “(...) El mecanismo de transmisión-ad-*

*quisición de los procesos de enseñanza-aprendizaje mediante los que se potencia la adaptación de los individuos y se atribuye un significado cultural a los comportamientos, pensamientos y sentimientos que contribuyen a la satisfacción de necesidades de un grupo humano” (Siles, 2000).*

En el vértice la cultura, ambos lados delimitan el amplio intervalo comprendido dentro de las situaciones vida-salud, constituyendo la base la educación mediante la que se adquieren, conocimientos, actitudes, habilidades y creencias.

Una de las metodologías más utilizadas en antropología de la educación es la etnografía educativa. La etnografía educativa se ocupa no sólo del estudio de las instituciones escolares, los currículos, los procesos educativos dentro del aula, la vida de los profesores circunscrita tanto a las aulas como a los claustros; sino que además de las finalidades descriptivas de todo lo anterior, la etnografía tiene una función contextualizadora que facilita la rentabilidad y la eficacia de los programas educativos desde el mismo momento de su diseño hasta el de su implementación. El propósito de contextualizar los objetivos educativos se debe a la necesidad de dotar de la pertinencia debida a los mismos, de forma que estén directamente vinculados a las necesidades educativas de la población a la que van destinados, pero también que las estrategias didácticas, la comunicación y los recursos materiales y humanos estén debidamente reajustados entre las propuestas pedagógicas del programa y el contexto social, económico, cultural, ideológico y económico en el que va a ser implementado dicho programa. Asimismo, la etnografía como fase previa de la planificación educativa permite la integración de los líderes potenciales de la comunidad a la que va destinado el programa de salud, confiriendo al mismo el carácter participativo pregonado por paradigmas educativos como el sociocrítico.

Para ilustrar lo expresado nada mejor que la exposición de un caso práctico: si se trata de diseñar, por ejemplo, un programa educativo de higiene infantil y lucha contra la pediculosis en un distrito “X” de una zona marginal de Lima (Perú), lo más pertinente es realizar primero un estudio etnográfico en el que se describa y analice el mecanismo de satisfacción de necesidades del grupo humano que reside en el distrito “X”. Además de la conducta mediante la que se comprueba dicho proceso, es preciso en un estudio etnográfico, indagar sobre las creencias, la religión y la ideología que determina que los comportamientos realizados en aras de la satisfacción de necesidades se realicen de una forma u otra. Es decir, es preciso profundizar en las raíces de que vertebran los estilos de vida de la comunidad. Asimismo resulta necesario realizar un inventario preciso de los recursos de la comunidad: centros sanitarios, escuelas, comercios, agua potable, corriente eléctrica, etc. Imaginemos por un momento que uno de los objetivos de dicho programa consiste en habituar a los niños a la ducha con cier-

ta periodicidad y a la aplicación de productos antiparasitarios y en el transcurso de la implementación del programa nos encontramos con que no hay conductos de agua corriente ni calefactores, no duchas. Un estudio etnográfico previo clarificaría todas estas carencias mediante la adecuada contextualización y en la fase de diseño del programa (que sería educativo y de investigación acción) se incluirían objetivos relativos a la necesidad de aportar una infraestructura adecuada (duchas, agua corriente, calefactores, etc.). Asimismo este estudio etnográfico facilitaría la participación de los líderes de la comunidad estudiada en todas y cada una de las fases del trabajo educativo: colaborando en el diseño de los objetivos, la presentación del programa a la comunidad, la implementación del mismo, el reajuste de las formas de comunicación a la hora de transmitir los contenidos, etc.

En definitiva, una de las consecuencias de los estudios de etnografía educativa es la toma en consideración de los factores culturales, sociológicos, económicos, etcétera. Asimismo, los resultados de estos trabajos han llevado a los expertos a crear nuevas figuras cuyas funciones están vinculadas al tratamiento educativo y solución de los problemas detectados. Por ejemplo, en un estudio de etnografía escolar realizado en Almería se contempla la necesidad de integrar la figura del mediador intercultural en los centros de primaria y secundaria ante la nueva realidad demográfica de esa provincia, pero que se puede hacer extensible al resto de España (Ortiz, 2006). El concepto de mediación es sometido a un amplio debate teórico y práctico, poniéndose de acuerdo en la acepción de dos modelos escolares: la mediación escolar y la mediación intercultural escolar.

- La mediación escolar consiste, básicamente, en la realización de dos funciones fundamentales: la prevención y la formación. Mediante la antropología educativa y la etnografía se procede a identificar, analizar y tratar de resolver los riesgos potenciales que genera la realidad multicultural en el contexto educativo.
- La mediación intercultural es una figura educativa cuya función primordial es la resolución de conflictos. Tras el estudio etnográfico se detectan los problemas, ya presentes, que se derivan de la multiculturalidad del aula.

### **2.6.3 Escuela de cultura y personalidad: el carácter estructural, la individualidad y el holismo en la persona**

La escuela de “Cultura y Personalidad” se desarrolla durante el primer tercio del siglo XX. Esta tendencia de la antropología educativa está bajo la influencia de la psicología cultural. Ya se han aportado algunas definiciones de cultura prevaleciendo por su pertinencia respecto a la disciplina enfermera, aquella acepción en la que se interpreta lo cultural como la forma de organizar las conductas,



los pensamientos, las creencias y los sentimientos con la finalidad de que todo ello contribuya al proceso de satisfacción de necesidades.

Etimológicamente, el término personalidad deriva del griego “*prosopon*” (máscara empleada por los actores en el acto de representar personajes teatrales). La personalidad es, en ese sentido, lo que se percibe, lo que los demás son capaces de distinguir mediante la observación de cada individuo. La etimología latina de esta palabra “*personare*” (lo que resuena a través de) también hace referencia a la forma cómo los demás perciben a los individuos. Para autores como Gombrowicz (1983) la personalidad es la resultante dialéctica entre la necesidad de adaptación social y la necesidad de superar el efecto de ahogo que provoca dicha adaptación en términos absolutos.

Las primeras tipologías de la personalidad se las debemos a la época de la Grecia Clásica, dado que en esa gran compilación de la época que es el “*Corpus Hipocráticum*” se distinguen cuatro variedades de personalidad que están relacionadas con los cuatro elementos (aire, tierra, fuego, agua) que constituían el Cosmos según Empedocles. Hipócrates sostenía que el microcosmos del hombre estaba compuesto por esos cuatro elementos transformados en humores y que la preponderancia de alguno de ellos daba como resultado un tipo y otro de temperamento:

Humor	Temperamento
Sangre	Sanguíneo
Bilis negra	Melancólico
Bilis amarilla	Colérico
Flema	Flemático

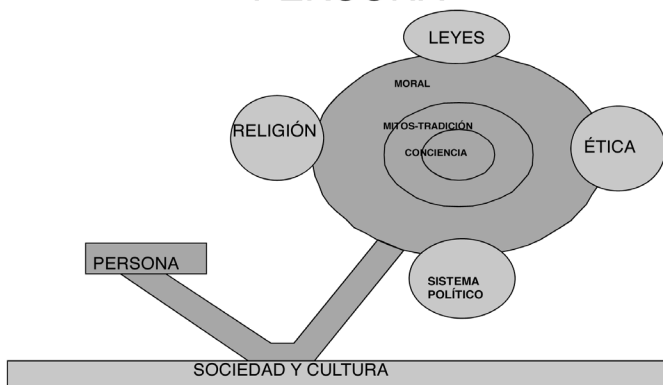
El concepto de persona parte de la consideración del carácter estructural del mismo. La persona se constituye como estructura considerando este carácter –estructural– como un todo ordenado de acuerdo a sus fines y funciones. Laín Entralgo confiere a la persona este carácter estructural, dado que es una totalidad unitariamente configurada, ejecutora de actividades también unitarias, entre ellas, la de vivir como persona individual (Laín Entralgo, 1986). La estructura constituye los cimientos y sostiene los puntos vertebradores sobre los que se asientan paredes, techos y demás elementos sobre los que se levanta un edificio. La estructura personal es un sistema que mantiene unidos de forma coherente y funcional los dos subsistemas primarios: el psicológico y el orgánico (Torralba, 2005). De esta forma, la persona constituye un todo configurado –no un todo caótico– debido a que la persona tiene una conformación externa. Conformación significa que los diferentes elementos, factores, funciones, propiedades, etcétera, que integran a la persona están relacionados en base a la dialéctica estructura-función. En consecuencia, la conformación implica una totalidad que permite identificar al elemento que subsiste y se entiende desde el todo;

mientras que el todo subsiste y se entiende desde sus elementos (Torralba, 2005). Por otro lado, la individualidad supone la característica más sobresaliente del ser humano. Allport (1985) sostiene desde una interpretación humanista de la ciencia social que la individualidad se manifiesta en la vida cotidiana y en el plano social a la hora de establecer las relaciones interpersonales. En definitiva, para Allport, la individualidad es la característica esencial de la naturaleza humana, mientras que la personalidad constituye “la organización dinámica de los sistemas psicofísicos que determina una forma de pensar y de actuar, única en cada sujeto en su proceso de adaptación al medio” (Allport, 1983). Otros autores como Huxley señalan que la personalidad depende de tres factores: la herencia, las circunstancias y el libre albedrío. Para Roustand la personalidad es la conciencia del Yo. La personalidad sólo se manifiesta e forma individual mediante la capacidad perceptiva inherente a cada ser humano: percepción del propio cuerpo a través de los sentidos, memoria histórica, conciencia individual y colectiva, etcétera. Desde otros paradigmas, como el neopositivista, la ciencia realiza sus estudios fragmentado desde perspectivas reduccionistas al ser humano en tanto que persona y sujeto de la investigación reduciendo a éste a un mero objeto de estudio.

El marco estructural de la persona esta cimentado en una base cultural sobre la que se yerguen cuatro esferas incidentales: las leyes, la religión, la ética y el sistema político. Estas cuatro esferas orbitan y moldean el círculo en el que se desarrollan diferentes ámbitos de la personalidad: conciencia acerca de la propia experiencia, mitos-tradición y moral (GRÁFICO VII).

## GRÁFICO VII

### MARCO ESTRUCTURAL DE LA PERSONA



### 2.6.3.1 *La relación entre educación cultura y la persona.*

En todas las culturas el ser humano ha sido considerado como un fin en sí mismo. El ser humano lo es a través de su persona y constituye una entidad individual con derecho y dignidad específicos, independientemente de la variabilidad cultural, de clase, religión, riqueza, ideología, etcétera (Kanzi, 1993). La supervivencia del ser humano está estrechamente vinculada a aspectos tan complejos como la necesidad de tomar conciencia de su estatuto de persona; por otro lado, la función antropogénica de la educación consiste en optimizar al ser humano en tanto que se transforma en una persona que es cada vez mejor conforme va tomando conciencia de su naturaleza y se aplica al objetivo de perfeccionarse como tal. Es decir, la educación sirve tanto para alcanzar objetivos materiales y de satisfacción de necesidades fisiológicas (nutrición, salud, etc.), como a contribuir a un fin inherente a la naturaleza humana: el perfeccionamiento del ser humano como tal, como persona a nivel tanto individual como grupal.

### 2.6.3.2 *Períodos del movimiento “cultura y personalidad”*

Harris (1978) identifica tres fases diferenciadas del movimiento “cultura y personalidad” que experimenta su mayor apogeo durante el primer tercio del siglo XX: un primer período particularista o configuracionista en sentido amplio; una fase psicodinámica de influencia freudiana (psicoanálisis) y, finalmente, un ciclo de tendencia intercultural y transcultural (postfreudiana) (Aguirre, 2002).

- En la primera fase configuracionista se inscriben las aportaciones de antropólogas como Ruth Benedict y Margaret Mead que fueron influidas por la obra “particularista” del antropólogo alemán Franz Boas quien, emigrado a Estados Unidos durante la II Guerra Mundial debido a su judaísmo, desarrolla la “Antropología Cultural” mediante la atención a las bases históricas, lingüísticas y psicológicas de la cultura. Esta nueva tendencia, difiere de la “Antropología Social” surgida en Gran Bretaña y que se caracteriza por la prevalencia de las dimensiones sociológicas, económicas y políticas en el estudio cultural.

La existencia de un carácter tipo por cultura tendría su equivalencia en una patología tipo o una forma particular de entender los problemas de salud y sus correspondientes cuidados. No se contempla la interacción entre culturas, ni la interculturalidad ni, por supuesto, la transcultural. En esta fase se describen las culturas centrandó la atención en los particularismos de cada cultura. Franz Boas sostiene la necesidad de los estudios históricos, lingüísticos y psicológicos para comprender la evolución unilineal de cada cultura. Los rasgos psicológicos de las culturas constituyen su “carácter tipo”. Franz Boas interpreta y explica las

culturas desde la particularidad de las mismas según criterios historicistas que consideran la evolución aislada (no contaminada), se basó en el estudio lingüístico, religioso y psicológico de la comunidad y en el trabajo de campo.

La postura de Boas acerca del racismo (contenida en “Race, Language and Culture”) alcanza la obra de Benedict, quien afirmaba en “Patrones Culturales” que la cultura de cada pueblo es única y sólo puede ser comprendida desde sus propios términos.

En este sentido la construcción de la personalidad implica la implantación de unos estilos de vida (una conducta acorde con las pautas culturales que incide en la presencia de unas formas de enfermedad y de cuidados de salud). La forma de entender la enfermedad, los ritos y las prácticas de cuidados tienen una considerable raíz cultural.

El origen del configuracionismo constituye un punto de encuentro entre la psicología y la antropología y se basa en dos pilares básicos:

- ▶ La dialéctica cultura (grupo)-personalidad (individuo).
- ▶ Las “situaciones culturales” que envuelven al “individuo” (Dilthey, Nietzsche, Dewey, la Gestalt).

Ruth Benedict (1989) asentó su obra en tres principios que tienen consecuencias desde la perspectiva de la salud y la enfermedad:

- ▶ La cultura configura la personalidad de los individuos, de ahí la importancia de las “pautas culturales” en la constitución de la personalidad. Las pautas culturales determinan los estilos de vida en relación a la personalidad configurada y, a su vez, estas conductas vitales dan lugar a problemas de salud estrechamente ligados a las pautas culturales.
- ▶ Cada rasgo o institución sólo adquiere significado en el contexto. Se trata de entender el semblante específico de cada cultura como perteneciente a una fisiología predeterminada culturalmente. Las estructuras sociales como la familia y las instituciones educativas o sanitarias responden a una idiosincrasia cultural sin cuya consideración no tienen sentido.
- ▶ Unidad psicológica: existencia de un temperamento “tipo” o personalidad en cada cultura.

En el contexto de la II Guerra Mundial, Benedict participó como colaboradora del Ejército de los Estados Unidos. La tarea específica encargada a la autora fue el análisis de la cultura japonesa que plasmó en “El crisantemo y la espada” (Benedict, 2008), trabajo realizado mediante entrevistas a emigrantes y prisioneros japoneses que vivían en los Estados Unidos de la inmediata posguerra. La finalidad de este estudio radicaba en la necesidad de comprender la cultura de un pueblo que de la noche a la mañana había pasado de ser el “feroz enemigo” al “amable y sofisticado aliado”.

En los esquemas del configuracionismo más radical cuya representante es Ruth Benedict, el concepto de “personalidad base” acuñado por Kardiner (1968), debe reinterpretarse como el conjunto de los caracteres biológicos y psicosociales con los que de forma natural cuenta el individuo (con los que nace). Es decir, si el configuracionismo, según Benedict, consiste aceptar que la cultura moldea la personalidad de los individuos y que existe un único modelo psicológico, temperamental y de personalidad por cultura, la personalidad base se reduce al mundo de lo innato, dado que no caben diferentes tipos de personalidad. De ahí el interés de Benedict en averiguar que parte del conjunto del acervo cultural del individuo es aprendido y que parte es innato. Pretende demostrar cómo la presión cultural mediante los procesos de adaptación acaba diluyendo en una gran masa homogénea o modelo exclusivo de personalidad tipo (la resultante de la adaptación) la incidencia de la personalidad base (el acervo de lo innato). Es decir los rasgos psicosociales que caracterizan al individuo al nacer, van a ser “matrizados” por oleadas sucesivas de influjo cultural hasta acabar conformando un único modelo o patrón cultural. Algunos configuracionistas llegaron a sostener la hipótesis de que en realidad la mayoría de las culturas occidentales de Europa y América procedían de Egipto y Mesopotamia. Los mitos, el lenguaje y la psicología constituyen el caldo de cultivo sobre el que emerge el carácter nacional (Baroja, 1974).

Margaret Mead, sin embargo, sí admite la existencia de varias personalidades por cultura. Estudia fundamentalmente los procesos educativos durante la infancia y también se plantea la dicotomía entre los dos grandes bloques del acervo cultural: el aprendido y el innato (Robins, 2003). “(...) Sólo podremos entender a los arapesh y el temperamento cálido y maternal tanto de sus hombres como de sus mujeres, si entendemos la experiencia de su infancia (...)” (Mead, 1995, 2006).

En su obra “Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas”, Mead (2006) analiza comparativamente la relación entre la personalidad y el sexo en tres culturas primitivas de Papua (Nueva Guinea), llegando a establecer unos resultados que evidenciaban el enorme vínculo entre el factor sexual y el temperamental.

- 1) Hemos descubierto que los arapesh, sean hombres o mujeres, desarrollan una personalidad “maternal” en lo relativo al cuidado de los niños y “femenina” en los aspectos sexuales. Allí los individuos son educados para que sean pacíficos, cooperativos y atentos con las necesidades de los otros.
- 2) Los “mundugumor” de ambos sexos son mucho más agresivos, afirman su sexualidad con más fuerza y en su personalidad encontramos poca ternura maternal; son lo que en nuestra cultura consideraríamos personas violentas e ingobernables.
- 3) La tercera tribu que hemos estudiado, la de los “tchambuli”, encontramos unas actitudes en relación al sexo que son precisamente el reverso

de las que predominan en nuestra cultura: Allí la mujer es la que domina, ordena y es fría emocionalmente, mientras que el hombre se muestra sometido y dependiente.

Las objeciones al configuracionismo se centran en su visión reduccionista. Los configuracionistas no consideran los efectos de la globalización que, provocada tanto por los medios de comunicación de alcance internacional como por los fenómenos migratorios, es un hecho constatable que queda excluido desde esta perspectiva. Tampoco se tiene en cuenta la incidencia del difusionismo que a lo largo de la historia han ocasionado los contactos entre las diferentes culturas provocando fenómenos relativos al variado y complejo intervalo salud-enfermedad interculturales y hasta transculturales. La salud y la enfermedad, los estilos de vida y las formas de tratar y cuidar los problemas de salud no responden a una única personalidad base que esté vinculada de forma exclusiva a un sistema cultural.

Desde este planteamiento no queda más remedio de aceptar una evidencia: la infancia constituye el núcleo de mayor potencial de vertebración en todo lo concerniente tanto a los estilos de vida saludable como a las conductas no saludables.

- La segunda fase denominada psicodinámica o de influencia Freudiana (gran incidencia del psicoanálisis).

El neopositivismo mecanicista y biologicista ocupó buena parte de las primera fase del pensamiento de Freud, pero posteriormente, se va a dejar influenciar por las tendencias antropológicas ocupando la cultura un espacio fundamental que va impregnando su obra transformando la psiquiatría en etnopsiquiatría (Laplantine, 1979) conforme los factores culturales eran objeto creciente de análisis en las valoraciones de los problemas de salud mental. Con *Tótem y Tabú* (1913), la *“Psicología de las Masas y el Análisis del Yo”* (1921) y, sobre todo, *“El Malestar de la Cultura”* Freud realiza importantes avances en la creación de lo que vendría a denominarse el movimiento de *“Cultura y Personalidad”*. La dificultad para que el ser humano realice los procesos de adaptación al medio cultural sin que conlleve cierta pérdida de su *“naturaleza libre”* es uno de los factores a los que Freud achaca el malestar del hombre inmerso en su cultura. Mediante los mecanismos de transmisión cultural y la educación, el ser humano ha tenido que aceptar ciertas reglas que limitaban su libertad más natural. En las obras anteriormente citadas se analiza la dificultad que experimenta el hombre para mantener un equilibrio dialéctico entre la necesidad de convivir en un contexto social organizado y pautado por limitaciones (prohibiciones-tabúes) y objetos de culto que le dan sentido a la red social y la mantienen unida bajo las mismas normas (tótem-religiones), y la pérdida de sus libertades más atávicas

que acaban sumiéndose en la evanescencia del inconsciente colectivo. En este contexto se integran varias corrientes psicológicas que contemplan la dinámica psicoanalítica y sus relaciones entre el subconsciente y la necesidad de adaptación cultural mediante la aceptación de normas, valores y creencias.

Abraham Kardiner (1968) es uno de los autores más representativos de esta corriente psicodinámica. En su trabajo: “El individuo y la sociedad” aborda la dialéctica establecida entre las necesidades impuestas por la convivencia en un grupo social y la apremiante exigencia que tiene el ser humano por conservar su individualidad. Kardiner asigna a la familia el papel socializador como estructura social básica de convivencia y socialización en cuya atmósfera los niños reciben la transmisión cultural en forma de conocimientos, actitudes, valores, creencias, normas, etc. En el campo de los cuidados de salud, esta función socializadora de la familia como estructura primaria es especialmente relevante en cuanto a la conformación de los estilos de vida y a la transmisión de los valores y creencias en los que estas conductas se sustentan.

Tres puntos esenciales (Kardiner, 1968):

- Descripción de procesos de homeostasis social. La cultura como mecanismo regulador de los procesos de satisfacción de necesidades que mantiene un equilibrio dialéctico entre la superestructura que dota de significado mediante las formas de pensamiento, creencias, valores, religiones, ideologías; a los hechos o estilos de vida que se dan en marcos estructurales sociales como la familia. La enfermedad constituye un fenómeno provocado por la pérdida de homeostasis.
- Descripción de la personalidad de base como procesos adaptativos comunes a los individuos que pertenecen a una misma cultura. Existe un patrimonio cultural colectivo que canaliza los procesos de adaptación ante los cambios que se producen en los niveles de salud-enfermedad.
- Descripción de la dinámica de transformaciones de la sociedad como respuestas ineludibles a la necesidad de cambios que demanda la dinámica social a través de la historia. La existencia de nuevas condiciones de vida al amparo de nuevas tecnologías, los cambios ideológicos y económicos, evolucionan paralelamente a los cambios provocados ante los nuevos problemas de salud provocados por enfermedades emergentes. En consonancia con lo anterior, la sociedad reajusta sus procesos de atención y cuidados de salud ante estas nuevas condiciones.

### Conceptos Básicos

- **PERSONALIDAD BASE:** Conjunto de elementos efectivos de adaptación individual común a todos los individuos de la sociedad. Las formas comunes de entender la enfermedad, la muerte, el dolor y los mecanismos colectivos empleados en cuidados de salud.

- INSTITUCIONES PRIMARIAS: Surgen como adaptaciones de las necesidades biológicas del hombre y están influidas por la cultura (familia, alimentación, educación, etc.) La importancia de la familia como unidad funcional que ha desempeñado una labor sociosanitaria fundamental para la supervivencia del ser humano resulta un hecho tan evidente como pendiente de estudio y análisis en profundidad desde la perspectiva de la antropología educativa de los cuidados.
  - INSTITUCIONES SECUNDARIAS: Las que satisfacen necesidades generadas en la sociedad por las instituciones primarias (sistemas de tabú, religión, sistemas de pensamiento, etc.). Los sistemas sanitarios que, como instituciones secundarias que satisfacen las necesidades de las instituciones primarias integradas por individuos, familias y comunidades, necesitan cubrir una serie de condiciones económicas, sociales, científicas o religiosas e ideológicas para su mantenimiento operativo.
- El tercer período intercultural o transcultural, está caracterizado por la existencia de formas más abiertas o cerradas de convivencia entre diferentes culturas y su incidencia en la educación en general y en la educación para la salud en particular.

Melville Jean Herskovits (historiador y antropólogo estadounidense cuya tesis en antropología dirigió Franz Boas) realizó estudios sobre el transculturalismo, los fenómenos de aculturación y enculturación, llegando a establecer las bases del “relativismo cultural” en su obra “El hombre y sus obras”. Describió en la práctica los fenómenos transculturales y de aculturación en trabajos donde analiza las supervivencias africanas de Haití (*Life in Haitian Valley*) a finales de la década de los treinta y, sobre todo en sus trabajos sobre los negros estadounidenses a principios de los cuarenta plasmados en “*The Myth of the Negro*” donde evidencia el rastro de la cultura africana llegando a afirmar que (Gershenhorn, 2004).

Para Herskovits, la cultura constituye la respuesta que los distintos grupos humanos, a lo largo del tiempo, van dando a los desafíos de la existencia. Los pueblos no tienen que pasar por sucesivas etapas económicas y sociales, sino que construyen economías y sociedades, y éstas no son sencillas ni homogéneas, sino fruto de combinaciones complejas (Gershenhorn, 2004). En temas relacionados con la enfermedad y los cuidados de salud, las respuestas que cada cultura ha ido dando a lo largo del tiempo representan un ejemplo de esta complejidad a la que alude Herskovits en la que se combinan factores religiosos, ideológicos, psicológicos, económicos, etc. En definitiva, se trata de una respuesta social al acarreo de culturas diversas que se han ido “contaminando” de sus diferentes modos de entender y afrontar los problemas de salud.



Asimismo, este carácter transcultural ha ido conformando los mecanismos de transmisión de conocimientos, creencias y prácticas de salud hasta llegar a conformar un auténtico acervo transcultural donde, a veces, es difícil identificar el origen cultural entre la diversidad de las aportaciones. En España, actualmente, los cuidados de salud están influidos a nivel doméstico y profesional por las diferentes culturas (celtas, íberos, romanos, árabes) que han realizado sus aportaciones dejando su particular “poso” en materia de cuidados y educación para la salud.

Para comprender cómo se producen los cambios en las formas de transmisión cultural es conveniente analizar conceptos como el de aculturación y enculturación. La aculturación comprende aquellos fenómenos que se producen cuando individuos procedentes de diferentes culturas se integran en un proceso de convivencia prolongado en el tiempo y que da lugar a cambios adaptativos con pérdida de los patrones culturales de origen en uno o en los diferentes grupos que integran dicha convivencia. Para Herskovits (1952) este fenómeno de aculturación está presente en todo proceso de adaptación cultural consciente o inconsciente ejercido siempre dentro de los límites sancionados por un cuerpo de costumbres.

La enculturación se produce como una transacción dinámica bidireccional (Shimahara, 1971) en la que participan la cultura dominante y la cultura minoritaria o “inmigrante”. Para Shimahara la enculturación implica tanto una pérdida como un enriquecimiento cultural en la medida en que la cultura minoritaria, en su esfuerzo por adaptarse a la cultura dominante, pierde parte de su acervo, pero paralelamente, la cultura dominante es modificada por las aportaciones “creativas” de la cultura minoritaria. Piénsese por un momento en algo tan cotidiano como la alimentación y se podrá verificar como las culturas minoritarias han ido ampliando el panorama nutritivo y el recetario de las culturas dominantes confiriendo una mayor complejidad al apartado nutricional que tiene su correspondiente aportación estética en los carteles de los restaurantes y tiendas de comestibles regidos por inmigrantes. En definitiva la enculturación es un fenómeno que funciona de forma muy similar –aunque no exactamente igual– a la teoría de los vasos comunicantes a nivel cultural:

- Enculturación como modificación creativa de la cultura.
- Enculturación como adaptación creativa a la cultura

El objetivo de la transculturalidad –nada sencillo– radica en llegar a establecer una síntesis creativa que enriquezca el acervo específico de las diferentes culturas en materia de educación y cuidados de salud. La enculturación, como mecanismo regulador, puede llevar a esta situación sintética... o no, dependiendo de los niveles de democracia, tolerancia y agudeza intelectual y creativa que imperen en las diferentes culturas en cuestión.

Asimismo, el perfil transcultural de la educación puede ayudar a ajustar la actividad educativa en torno a los siguientes objetivos:

- Identificar los factores culturales del aprendizaje (registros etnográficos en aulas y servicios clínicos)
- Diseñar un modelo explicativo sobre la forma en la que se produce la transmisión cultural en estructuras sociales como la familia o instituciones escolares y hospitalarias.
- Identificar los aspectos más estáticos de la enculturación.
- Identificar los aspectos más creativos e innovadores.

#### **2.6.4 Modelos en antropología educativa de los cuidados y enfermería transcultural: el modelo del sol naciente**

La antropología educativa de los cuidados y la enfermería transcultural sólo pueden desarrollarse en un marco científico-ideológico democrático y sociocrítico, dado que el respeto a la diferencia cultural característico de los sistemas democráticos parte del conocimiento recíproco de las diferentes culturas y desemboca en la tolerancia estableciendo un contexto donde es posible la adaptación cultural de los cuidados de enfermería. Respecto al estado de la cuestión y las publicaciones específicas de antropología de los cuidados, sin duda alguna hay que empezar haciendo referencia obligada a Madeleine Leininger quien, en la década de los cincuenta, aplicó por primera vez el método antropológico a la enfermería. Fundó el campo “enfermería transcultural” mediante la fusión de dos conceptos que procedían de dos disciplinas distintas: la cultura (procedente de la antropología) y el cuidado (procedente de la enfermería).

Aunque Leininger considera los factores culturales, tecnológicos, sociales, ideológicos y religiosos, junto con el parentesco, el individuo y la familia, su obra no se puede enmarcar dentro de la tendencia “cultura y personalidad”, dado que trasciende sus límites y se adscribe más bien a un matrimonio metodológico y epistemológico entre la antropología y la enfermería.

Este modelo es uno de los pioneros de la enfermería que va de los cuidados culturales de la diversidad a los cuidados culturales a la universalidad. El concepto de competencia cultural es nuclear y expresa la necesidad de transmitir a los profesionales de enfermería los conocimientos, las destrezas y las actitudes precisas para adaptar culturalmente los cuidados a los diferentes colectivos étnicos, religiosos y sociales que integran las sociedades complejas de hoy día.

Este modelo dividido en dos secciones: en la superior se tiene en cuenta desde la concepción del mundo, la estructura social y cultural, los valores culturales y modos de vida, contexto y medio ambiente, lenguaje y etnohistoria, influencias, expresiones de los cuidados, formas prácticas, familia y factores sociales, factores religiosos y filosóficos, factores tecnológicos, factores políticos y legales, factores económicos, factores racionales y el plano o base está la salud

holística como bienestar. En la sección inferior se parte de la consideración de grupos, familias, comunidades e instituciones, siguiendo tres círculos en los que se circunscriben a ambos lados los sistemas genéricos o populares, los sistemas profesionales y, en el centro, los cuidados de enfermería. Leininger toma de la enfermería los cuidados y de antropología la cultura. Estos dos conceptos se armonizan y complementan mediante el modelo del sol naciente, dado que, según el mismo, todos los cuidados tienen sus dimensiones culturales. Algunos de los presupuestos de este modelo transcultural son los siguientes (Leininger, 1999):

- Todos los seres humanos nacen, crecen y mueren y esperan ser cuidados según una perspectiva cultural.
- El cuidado culturalmente apropiado se convierte en significativo para las personas que están enfermas o sanas y es un potente generador de progresos curativos.
- Las enfermeras necesitan incorporar valores, creencias y modos de vida a sus cuidados para que mejoren y sean congruentes con los estilos de vida de las personas/grupos cuidados.
- El cuidado profesional culturalmente apropiado demuestra un gran potencial curativo. No puede haber curación sin cuidado.
- La recuperación de la enfermedad, la discapacidad o el afrontamiento de la muerte son situaciones que requieren que la enfermera conozca/comprenda la cultura de las personas a las que va a cuidar en cualquiera de los casos expresados.
- Aunque el cuidado integral y cultural resultan difíciles de captar/valorar, resultan críticos y decisivos para ayudar a las personas.
- Lo que más demandan las personas que van a un hospital o clínica es recibir unos cuidados adecuados por parte de las enfermeras, cuidados que demuestren conocimiento, comprensión y sensibilidad.
- Las enfermeras como principales dispensadoras de los cuidados profesionales tienen un puesto preferencial para practicar la enfermería transcultural.

### 3. CONCLUSIONES

Aunque existe todavía cierta ambigüedad respecto al papel que le corresponde desarrollar a la enfermería en el marco de la antropología de los cuidados y la enfermería transcultural –ambigüedad fomentada desde el interior de la enfermería, pero sobre todo desde otras disciplinas–, parece evidente que poco a poco, debido al trabajo de esforzados grupos de enfermeros de diferentes países que se han unido en para clarificar el papel de la enfermería transcultural se va saliendo de esa situación tan poco positiva y paralizante. A

la luz de la evolución experimentada por la enfermería transcultural en las dos últimas décadas, se puede afirmar que se ha producido la consolidación de dicha especialidad de la enfermería antropológica. Este proceso de vertebración de la enfermería transcultural se evidencia en:

- Los encuentros celebrados con la finalidad de intercambiar conocimientos e ideas: organización de eventos científico-sociales, tales como los que anualmente patrocina la Transcultural Nursing Society en países de todo el mundo (en el año 2004 se celebrará en España), los encuentros anuales organizados por la Fundación Index y los bianuales celebrados por la Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados.
- Los instrumentos de difusión de las investigaciones desarrolladas en el marco de la antropología de los cuidados y la enfermería transcultural, es decir las revistas especializadas en la temática antropológica y transcultural: Transcultural Nursing, Multicultural Nursing, Index de Enfermería y Cultura de los Cuidados.

A modo de conclusiones:

- El factor de cohesión sociocorporativa en el contexto de la enfermería transcultural se evidencia en el estrechamiento de las relaciones que se ha producido entre las diferentes asociaciones comprometidas con la temática transcultural: Transcultural Nursing Society, Fundación Index y Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados.
- La enfermería es una disciplina cuya naturaleza es fundamentalmente antropológica.
- En las dos últimas décadas se ha producido la vertebración de la enfermería transcultural mediante el desarrollo de los modelos, métodos y técnicas pertinentes para dicha subdisciplina.
- Los modelos de enfermería transcultural más difundidos son los aportados por autores que viven en países multiétnicos y multiculturales: Leiniger (modelo del sol naciente); Spector (modelo de herencia cultural y tradiciones de salud); Purnell (modelo de competencia cultural)
- La antropología de los cuidados y la enfermería transcultural sólo pueden desarrollarse en un marco científico-ideológico democrático y sociocrítico.
- La antropología clínica de los cuidados es una especialidad de la antropología de los cuidados caracterizada por el hecho de que todos los escenarios donde se desarrollan los estudios son instituciones sanitarias pertenecientes al sector público, privado o concertado (hospitales, ambulatorios, dispensarios, centros de salud, geriátricos, etc.)
- El enfoque holístico y los métodos y técnicas relativos a dicho enfoque, sólo pueden aplicarse en el marco de una ideología científica en el que tenga cabida el paradigma sociocrítico.

#### 4. BIBLIOGRAFÍA

- AGUIRRE, A. (Ed.) (1997). Cultura e identidad cultural. Introducción a la antropología. Bardenas, Barcelona.
- AGUIRRE, S.A. (2002) Demarcación de la psicología cultural. Revista Mal-estare e Subjetividade. III/1: 92-11.
- ALLPORT, G.W. (1985) Desarrollo y cambio: consideraciones básicas para una psicología de la personalidad. Paidós, Barcelona.
- ALLUÉ, M. (1993) La antropología de la muerte. Rol de enfermería, 179-180: 33-40.
- AMEZCUA, M. (2000b) El trabajo etnográfico en salud. Una aproximación a la observación participante. Index de Enfermería, XI/30: 30-35.
- AMEZCUA, M. (2000a) Antropología de los cuidados. Enfermedad y padecimiento. Significados del enfermar en la práctica de los cuidados. Cultura de los Cuidados, IV/7-8: 60-67.
- BADILLO, I. (1993) Cultura y Personalidad, En: Aguirre, A. (ed.) Diccionario Temático de Antropología. Marcombo, Barcelona: 160-166.
- BADILLO, I. (Ed.) (1999). Las culturas del ciclo vital. Bardenas, Barcelona.
- BANNO, B. y DE STEFANO, A. (2004) De la observación científica a la observación pedagógica: los instrumentos para evaluar aprendizajes. Contexto Educativo, V/28. <http://contexto-educativo.com.ar/>
- BENEDICT, R. (1989) El hombre y la cultura. Edhasa, Barcelona.
- BENEDICT, R. (2008) El crisantemo y la espada: patrones de la cultura japonesa. Alianza, Madrid.
- CALVO, B. (1992) Etnografía educativa. Nueva Antropología. XII/40:9-18.
- CAPARRÓS, A. (1980). El proyecto psicológico de Wundt en Heidelberg. Anuario de Psicología. V.23, p.5-15.
- CARDACI, D. (1997) Promoción de la salud: cambio cultural o nueva retórica. Salud cambio social y política. Perspectiva desde Latinoamérica. Instituto Nacional de Salud Pública y Foro Internacional de Ciencias Sociales y Salud, México, D.F.
- CARO BAROJA, J. (1970). El mito del carácter nacional. Seminarios y Ediciones, Madrid
- CARRASCO, S. (1993) Comportamiento alimentario. Rol de enfermería, 179-180: 13-18.
- CENCILLO, L. (1978). El hombre, noción científica. Pirámide, Madrid.
- CENCILLO, L. (1995). Relaciones entre antropología y psicología ante un nuevo siglo. Anthropologica. V.17, p.15-45.
- CENCILLO, L. y GARCÍA, J.L. (1976). Antropología Cultural: factores psíquicos de la cultura. Guadiana, Madrid.

- COLE, M. (1999) *Psicología cultural*. Morata, Madrid.
- COLLIÈRE, M.F. (1989) Utilización de la antropología para abordar las situaciones de cuidados. *Rol*, 179/180: 17-25
- COLLIÈRE, M.F. (1993) *Promover la vida: de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. MacGraw-Hill/Interamericana, Madrid.
- COMELLES, J. M<sup>ª</sup> y MARTÍNEZ, A, (et. Al) (1993) *Enfermedad, cultura y sociedad: un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina* Ediciones de la Universidad Complutense, Madrid
- COMELLES, J.M<sup>ª</sup> (1992) *Cuidar y curar. Rol de enfermería*, 172: 35-40.
- DEWEY, J. (2004a) *Experiencia y educación*. Biblioteca Nueva, Madrid.
- DEWEY, J. (2004b) *Democracia y educación*. Morata, Madrid.
- ESTEVA, C. (1993) *Cultura, sociedad y personalidad*. Anthropos, Barcelona.
- GARCÍA, J.L (1985) *Enfermedad y cultura*. *Jano*, 643; 13-24
- GARCÍA HOZ, V. (1994) *Problemas y métodos de investigación en educación personalizada*. Rialp, Madrid.
- GERSHENHORN, J. (2004) *Melville J. Herskovits and the Racial Politics of Knowledge*. University of Nebraska Press, Nebraska.
- GEERTZ, C. (1989) *El antropólogo como autor*. Paidós, Barcelona.
- GEERTZ, C. (1994) *Conocimiento local: ensayo sobre la interpretación de las culturas*. Paidós Barcelona.
- GIGER, J. & DAVIDHIZARD, R. (1995) *Transcultural nursing intervention*. Mosby, San Louis
- GOMBROWICZ, W. (1983) *Ferdynand Durkheim*. Sudamericana, Buenos Aires.
- GOMEZ FERRER, G. (1987) *El trabajo doméstico en los manuales escolares (contribución al conocimiento de las mentalidades de las clases medias)*. *Actas de Jornadas de Investigación Interdisciplinar*. Universidad Autónoma, Madrid: 136-147
- GONZÁLEZ, J.L. y CAPOTE, M. L. (2005) *Educación continuada en la consulta de enfermería especializada: La herramienta para mantener los cambios en el estilo de vida del paciente coronario*. *Enfermería en Cardiología*. 2005; Año XII (35):13-19.
- GUASCH, O. (1996) *La observación participante*. Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid
- HARRIS, M. (1978). *El desarrollo de la teoría antropológica*. Siglo XXI, Madrid.
- HEADLAND, T.N; PIKE, K.L; HARRIS, M. (1990) *Emics and etics: the Insider/ Outsider Debate*. Sage Publications,
- HENDERSON, V. & NITE, G. (1988) *Enfermería: teoría y práctica*.
- HENDERSON, V. (1991) *The nature of nursing: reflections after 25 years*. National League for Nursing, New York. Interamericana, México.

- HERSKOVITS, M. J. (1952) El hombre y sus obras. Fondo de Cultura Económica, México
- KANZI, H. (1993) Immanuel Kant (1724-1804) Perspectivas: revista trimestral de educación comparada. (París. UNESCO: Oficina Internacional de Educación, vol. XXIII, 3/4: 837-854
- KARDINER, A. (1968) individuo y su sociedad, la psicodinámica de la organización social primitiva. Fondo de Cultura Económica, México.
- LAÍN ENTRALGO, P. (1986) Antropología médica para clínicos. Salvat, Barcelona. LAPLANTINE, F. (1979). Introducción a la etnopsiquiatría. Gedisa, Barcelona.
- LEININGER, M. (1995) Transcultural nursing: concepts, theories and practices. McGraw-Hill, Columbus.
- LEININGER, M. (1999) Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. Cultura de los Cuidados, 5: 5-8.
- LEININGER, M. (1970) Nursing and anthropology. Two worlds to blend. John Wiley & Sons, New York.
- LEININGER, M. (1978) Transcultural nursing; concepts, theories and practices. John Wiley & Sons, New York.
- LEININGER, M. (1988) Care: the essence of nursing and health care. Wayne State, University Press, Detroit.
- LEININGER, M. (1990) Ethical and moral dimensions of care. Wayne State University Press, Detroit,
- LEININGER, M. (1991) Culture care. Diversity and universality. A theory of nursing. John Wiley & Sons, New York,.
- LEININGER, M. (1995) Transcultural nursing: concepts, theories and practices. McGraw-Hill, Columbus.
- LEININGER, M. (1999) Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. Cultura de los Cuidados, 5: 5-8.
- LEVI-STRAUSS, C. (1993) Estructura social. En: BOHANANN, P. & GLAZER, M. Antropología. Lecturas, 440-473. MacGraw-Hill, Madrid.
- LÓPEZ-BARAJAS, E. (1998) La observación participante. Fundamentos y metodología. UNED, Madrid.
- MEAD, M. (2006) Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas. Paidós, Barcelona. MEAD, M. (1995) Adolescencia y cultura en Samoa. Paidós, Barcelona.
- MALINOWSKI, B.(1984) Una teoría científica de la cultura. Sarpe, Madrid. Manual Moderno, México.
- NIGHTINGALE, F. (1990) Notas sobre Enfermería. ¿Qué es y qué no es? Salvat, Barcelona.

- ORTIZ, M. (2006) La mediación intercultural en contextos escolares: reflexiones acerca de una etnografía escolar. *Revista de educación*. 339: 563-594.
- PALAZÓN, F. (1991) El educador ¿tecnólogo o investigador? *Anales de Pedagogía*, 9: 197-241.
- PERLS, F. HEFFERLINE, R. GOODMAN, P. (2002) *Terapia gestalt: excitación y crecimiento de la personalidad humana*. Sociedad de Cultura Valle-Inclán, Ferrol
- PURNELL, L. (1999) El modelo de competencia cultural de Purnell: descripción y uso en la práctica, educativa, administración e investigación. *Cultura de los Cuidados*, III/6: 91-102.
- RICOEUR, P. (1987) Freud: una interpretación de la cultura. Siglo XXI, México.
- ROBINS, W.J. (2003) Un paseo por la antropología educativa. *Revista Nueva Antropología Educativa*. XIX/ 62 : 11-28.
- ROHRBACH, C. (1996) REFlexion sur le diversité dans les soins. *Revue soins infirmiers*, 7: 69-73.
- ROHRBACH, C. (1998) Introducción a la teoría de los cuidados culturales enfermeros, de la diversidad y de la universalidad de Madelaine Leininger. *Cultura de los Cuidados*, 3: 41-45.
- ROMANÍ, O. (1993) Antropología y drogodependencias. *Rol de enfermería*, 179-180:19-26.
- SALLERAS, L. (1985) *Educación sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. Díaz Santos, Madrid.
- SCHWEDER Y G. HERDT (Eds.), *Cultural Psychology: Essays on Comparative Human Development*. Cambridge Univ. Press. New York.
- SERRANO, X (1995). La emergencia de la psicología cultural en el panorama de la psicología actual. *Anthropologica*. V.17, p.35-45.
- SEPPILLI, T. (2001) Medical Anthropology "at Home": a conceptual framework and the Italian experience. *AM Rivista della Società italiana di antropologia medica* 11-12: 23-36.
- SHIMAHARA, N. K. (1988) Anthroethnography: A Methodological Consideration. En: SHERMAN, R. R. WEBB, R. B. (Eds.) *Qualitative Research in Education: Focus and Methods.*, Falmer Press, New York.
- SHIMAHARA, N. K. (1971) *Burakumin: A japonese minority and education*. Nijhoff, La Haya.
- SILES, J. (1992a) La formación de los profesionales de Enfermería en España: pasado, presente y futuro. *Publicación científica de Enfermería*, 1: 4-7.
- SILES, J. et al (1992b) *La Enfermería Comparada: un instrumento para canalizar y sistematizar las experiencias y conocimientos de una profesión transnacional*. *Enfermería Científica*, 124/ 125: 16-19.



- SILES, J. y GARCÍA, E. (1995) Las características de los paradigmas científicos y su adecuación a la investigación en enfermería. *Enfermería Científica* 160/161: 10-15.
- SILES, J. (1996a) Pasado, presente y futuro de la enfermería en España: Perspectiva histórica y epistemológica. CECOVA/ Fundación José Llopis, Alicante.
- SILES, J. et al (1996b) La diferencia entre el aula y el centro sanitario: una apuesta por la implicación del alumnado en el proceso de armonización teórico-práctico (I). *Publicación Científica de Enfermería* 9: 7-11
- SILES, J. et al (1997a) La diferencia entre el aula y el centro sanitario: una apuesta por la implicación del alumnado en el proceso de armonización teórico-práctico (II). *Publicación Científica de Enfermería* 10: 17-25
- SILES, J. (1997b) Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina. *Enfermería Clínica*. *Enfermería Clínica*: 4/7: 188-194.
- SILES, J. et al (1998) El eslabón biológico en la historia de los cuidados de salud. El caso de las nodrizas: una visión antropológica de la enfermería. *Index de Enfermería*, II/20-21: 16-.
- SILES, J. (1999a) Historia de la enfermería comunitaria en España. Un enfoque social, político, científico e ideológico de la evolución de los cuidados comunitarios. *Index*, VIII/24-25: 25-30.
- SILES, J. (1999b) Historia de la Enfermería. Aguaclara, Alicante.
- SILES, J. (2000) Antropología narrativa de los cuidados. CECOVA, Alicante.
- SILES, J. (2000) Antropología, historia y enfermería. *Cultura de los Cuidados*. IV/7/8: 5-7.
- SILES, J. et al. (2001) Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea: la antropología de los cuidados y la enfermería transcultural. *Cultura de los Cuidados*, V/10:64-72.
- SILES, J. (2003) Antropología y enfermería. La necesaria simbiosis entre dos disciplinas para vertebrar culturalmente la teoría y la praxis de los cuidados. *Index de enfermería*. XII/43: 28-32.
- SILES, J. et al (2004) Antropología educativa aplicada a las prácticas clínicas de enfermería. Las diferencias culturales implicadas en el proceso de prácticas clínicas en enfermería. Una aportación desde la antropología de la complejidad y el pensamiento crítico. En: M<sup>a</sup> A. MARTÍNEZ (Coord.) *Investigar en docencia universitaria*. Redes de colaboración para el aprendizaje. Marfil, Alcoy: 101-204.
- SPECTOR, R. (2000a) *Cultural diversity in health and illness*. Prentice Health, Upper Sadle Brook.
- SPECTOR, R. (2000b) *Cultural care: Guides to heritage assessment*. Prentice Health, Uppers Sadle Brook.

- SPECTOR, R. (2000c) La enfermería transcultural: pasado, presente y futuro. *Cultura de los Cuidados*, IV/7-8: 116-127
- SPINDLER, G. y SPINDLER, L. (2000) *Fifty years of Anthropology and Education (1950-2000)*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale
- TALAVERA, M (2000) El concepto de salud. Definición y evolución. [www.unal.edu.co/medicina/Departamentos/Pediatrica/Pediatrica/](http://www.unal.edu.co/medicina/Departamentos/Pediatrica/Pediatrica/)
- TAYLOR, S.& BOGDAN, R. (1986) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Paidós Buenos Aires.
- TORRALBA ROSELLO, F. (2005) *¿Qué es la dignidad humana?* Herder, Barcelona
- VALLE, I. (2000) Cuidar desde una perspectiva cultural. *Cultura de los Cuidados*, IV:7-8: 96-101.
- VAN MANEN, M. (1990). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*. London, Ont.: Althouse Press; Albany, NY: SUNY Press.
- WITTRICK, M. (1997) *Métodos cualitativos y de investigación*. Paidós, Barcelona.

## **CAPÍTULO II.**

### **DIFERENCIAS CULTURALES IMPLICADAS EN EL PROCESO DE PRÁCTICAS CLÍNICAS EN ENFERMERÍA. UNA APORTACIÓN DESDE LA ANTROPOLOGÍA DE LA COMPLEJIDAD Y EL PENSAMIENTO CRÍTICO (I)**

---

**José Siles González; Luis Cibanal Juárez;  
Juan M<sup>o</sup> Domínguez Santamaría; Rosa M<sup>a</sup> Pérez Cañaveras;  
Flores Vizcaya Moreno; Eva M<sup>a</sup> Gabaldón Bravo;  
M<sup>a</sup> Carmen Solano Ruiz; Miguel Castells Molina;  
M<sup>a</sup> Mercedes Núñez del Castillo; Jose Luis Jurado Moyano**

---

#### **1. INTRODUCCIÓN**

En los estudios de la diplomatura de enfermería existe una división, tanto a nivel secuencial-cronológico (transmisión gradual y lógica de los contenidos), como en la dimensión espacio-ambiental (aula, sala simulación y servicio sanitario: comunitario u hospitalario). Estas divisiones tienen consecuencias en la estructura curricular de la disciplina: módulo teórico, módulo práctico y módulo práctico-clínico, confiriéndole a estos estudios una peculiaridad asentada en las diferencias en los tipos de escenarios, ambientes, instituciones, normas, y personas que se manifiestan en los contrastes percibidos (Merleau Ponty, 1988) por los alumnos en su proceso de enseñanza-aprendizaje según se de éste en un módulo u otro. La enorme variabilidad de la práctica se ve también afectada por las características del escenario en el que tienen lugar las prácticas clínicas: centros de atención primaria y/o instituciones hospitalarias, en los que el alumno debe iniciar sus prácticas de enfermería con el que va a constituir su objeto-sujeto de trabajo durante toda su vida profesional: el ser humano (individuo, familia y comunidad) atendiendo a sus necesidades fisiológicas, psicológicas y sociales desde una perspectiva holística. Los contrastes entre el aula y el servicio sanitario suponen a veces contradicciones que desenfocan la visión lógica con la que el alumno pretende interpretar su realidad formativa en esta compleja fase de sus estudios, y esta visión borrosa puede derivar en situaciones de disminución o pérdida de significado que esta experiencia educativa debe tener en el alumno (Bruner, 1991).

##### **1.1 Justificación**

En el contexto conformado por la estructura curricular de la diplomatura de enfermería se han detectado déficit en las necesidades formativas de los alum-

nos que se derivan de la naturaleza compleja de la realidad cultural (Geertz, 1989, 1994)<sup>1</sup> en la que se realizan las prácticas clínicas. Estos problemas formativos se manifiestan en dificultades para dotar de significado ciertos comportamientos, procedimientos y tareas que estando integrados en el currículum “aparentemente” se contradicen (no tienen mucho que ver) con la realidad en los que se deben aplicar. Dicha dificultad es connatural con el momento de cambio histórico en el que están inmersos tanto el sistema educativo como el sanitario (en lo que respecta a los estudios de enfermería), cambios inmersos en dinámicas muy diferentes que “emborronan” los intentos del alumno por percibir el futuro, el futuro del sistema sanitario de cuya construcción forma parte, como resultado de los cambios que se están produciendo (Toffler, 1999).

La complejidad de las prácticas clínicas es la resultante de la confrontación entre dos culturas en proceso de cambio: la cultura del aula (propia del sistema educativo), y la cultura del servicio sanitario (sistema sanitario), por lo que se hace necesaria la “construcción” de una plataforma cultural cuya función consista en potenciar la reflexión crítica y el análisis de las experiencias desarrolladas por los alumnos en sus prácticas clínicas. Esta plataforma puede materializarse mediante la organización de sesiones de prácticas clínicas en cuyo transcurso los alumnos puedan desarrollar la reflexión crítica de sus experiencias utilizando como documento base los diarios de campo elaborados por ellos mismos durante sus prácticas. Asimismo, resulta pertinente rentabilizar la experiencia pedagógica mediante la elaboración de un documento visual (video) que contribuya a estimular los procesos de retroalimentación entre los alumnos de diferentes promociones adquiriendo con el tiempo, dicho documento, carácter histórico.

## 1.2 Objetivos Generales

- Relacionar el papel del alumno en sus prácticas clínicas con el proceso de armonización teórico-práctico (dotando de significado al mismo).
- Potenciar el pensamiento crítico como instrumento de interpretación de los escenarios culturales implicados en las prácticas clínicas.
- Rentabilizar histórica y pedagógicamente la experiencia mediante la elaboración de un documento visual (video).

## 1.3 Objetivos Específicos

- Explicitar la naturaleza compleja de la realidad en la que los alumnos realizan sus prácticas clínicas.

---

1. Entendiendo como cultura el entramado de significados que interpreta el alumno –como autor– inmerso en la misma (Geertz, 1989, 1994).

- Concienciar al alumno de su rol de “agente de cambio” interactivo entre los sistemas educativo y laboral.
- Diagnosticar el déficit en las necesidades formativas de los alumnos (auto-diagnóstico).
- Analizar comparativamente los déficits en las necesidades formativas que se dan respectivamente en el aula y/o en el servicio sanitario.
- Potenciar la reflexión crítica de los alumnos en torno a los procesos de solución de los problemas detectados en el transcurso de sus prácticas clínicas.
- Elaborar un documento visual que sintetice la experiencia de forma global.
- Explicitar el potencial configurador de la paradoja para los alumnos de enfermería en el marco de las prácticas clínicas.
- Demostrar la pertinencia de métodos etnográficos basados en procedimientos narrativos en el contexto de las prácticas clínicas.
- Explicitar la interrelación y convergencia de los factores personales y profesionales en los alumnos durante sus prácticas clínicas.
- Explicar la influencia del denominado “flujo de conciencia” en el proceso de interpretación que los alumnos realizan sobre sus prácticas clínicas.

#### **1.4 Hipótesis Iniciales**

- Los alumnos experimentan por primera vez y de forma significativa las diferencias existentes entre el sistema educativo y el sistema sanitario durante las prácticas clínicas.
- El pensamiento crítico constituye un instrumento esencial en el proceso de superación de las contradicciones presentes en los procesos de enseñanza aprendizaje (objetivo pedagógico: colocar al alumno en las condiciones más adecuadas para la acción reflexiva).
- Los métodos y técnicas etnográficos resultan especialmente pertinentes en el diagnóstico de los problemas que se dan en el transcurso de las prácticas clínicas.
- Los métodos y técnicas etnográficos resultan especialmente pertinentes en la identificación de los ritos o ceremonias que se realizan en los diferentes servicios de los hospitales.
- Los alumnos de enfermería, como futuros profesionales, constituyen la fuente principal de los procesos de innovación en los sistemas educativo y sanitario.
- Existen diferencias de género que influyen en el proceso de enseñanza aprendizaje durante las prácticas clínicas.
- El lenguaje –la palabra– formal e informal que se desarrolla durante las prácticas clínicas influyen en el estado de ánimo y el rendimiento de los alumnos.

## 2. ESTADO DE LA CUESTIÓN

Sobre la problemática pedagógica generada en el proceso de prácticas clínicas en enfermería, se han realizado diversos trabajos, pero la mayoría se ha centrado en aspectos limitados a cuestiones puramente técnicas. Otros se han centrado en la diferencia teórico-práctica (Hesook, 1993), proponiendo la investigación acción como instrumento de armonización teórico-práctica (Mc-Caugherty, 1991), o el análisis conceptual de la experiencia (Watson, 1991) y los menos se han ocupado de las dimensiones históricas de las prácticas (Siles, 1991). También se ha estudiado el tema desde la perspectiva del pensamiento crítico (Wilson Thomas, 1995) abriendo la puerta del proceso reflexivo-analítico a los propios alumnos (Siles, 1996, 1997). Debido a la complejidad de la realidad –cambiante– en la que se realiza el proceso –un proceso que en sí mismo exige la implementación de innovaciones– de enseñanza-aprendizaje nos parece muy apropiada la aportación del paradigma funcional (Crocker, 1986) para reflejar las características esenciales que acontecen en dicho contexto.

Desde la teoría de la complejidad (Morin 1996) se cuestionan las visiones lineales de la realidad en general y de las situaciones vida-salud en particular (Nicolás, 1999). Se han realizado gran número de trabajos que versan sobre la necesidad de adoptar metodologías que sean capaces de captar la realidad superando los límites epidérmicos propios de los enfoques reduccionistas. Un caso particular de estos trabajos sobre metodologías y técnicas no reduccionistas sostiene la pertinencia del uso del video en el estudio de casos dado que facilita el análisis crítico por parte de médicos y enfermeras que analizan el papel de sus colegas con sus pacientes (Aaraas, et al, 1993; Caris-Verhallen, et al, 2000). El poder configurador de la paradoja como factor desencadenante o dialéctico es tratado desde la perspectiva histórica y constructivista (Siles, 1999). La paradoja se utiliza como instrumento generador de cuestiones esenciales que afectan medularmente a la disciplina enfermera y que, empero, suelen escapar a la visión de los enfoques lineales o reduccionistas (Stockdale y Warelou, 2000; Spitzer, 1998).

Desde la consideración compleja de la realidad del cuidado se han realizado diversos trabajos en los que se han empleado mayoritariamente métodos cualitativos y técnicas narrativas (Geertz, 1989; Siles, 2000), considerando también el video como un almacén de experiencias narradas con una secuencialidad que puede ser ralentizada según requiera la situación (Terrell, Jorgensen y Wakelin, 1992).

Por otro lado, la incorporación audiovisual como elemento básico facilitador de todo proceso didáctico en enfermería se ha generalizado hasta tal punto que en países tales como Canadá existe un archivo de series de películas catalogadas por áreas temáticas: student nurse y caregiver (series de films realizados como apoyo didáctico y experiencias de los alumnos de enfermería), “elderly

people” (serie especializada en la orientación de los cuidados de las personas ancianas), “selfdetermination and health care” (serie temática centrada en los autocuidados y su influencia en la salud). Como muestra de alguna de estas series podemos señalar la película “Country Nurse” (1952) que describe la vida cotidiana y las anécdotas de una enfermera comunitaria en el Estados Unidos de mediados del siglo XX; en “A nurse opinión” (1991), se describe la situación de crisis que experimenta la enfermería canadiense de principios de los noventa y, asimismo, se recoge la opinión que sobre dicha situación tienen algunas profesionales de le enfermería; “Nurses care: one day at time” (1993) resume la vida diaria en una sala de pediatría enfatizando los aspectos que afectan tanto a las enfermeras y otros profesionales de la salud como a las familias de los niños ingresados; “Nurse; the heart of the system” (1992) describe documentalmente la labor nuclear de la enfermería en los servicios sanitarios de Canadá... En definitiva, existe una filmografía relativamente amplia que abarca los diversos géneros cinematográficos: documental, drama, comedia y que son susceptibles de rentabilización pedagógica dado que dichos materiales constituyen auténticos almacenes de experiencias relacionadas con las más variadas situaciones vida-salud.

Sobre aspectos específicos que se derivan de la utilización de métodos narrativos (escritos: diario de campo; o audiovisuales: video), destaca el denominado “flujo de conciencia”, o lo que es lo mismo los trabajos realizados sobre la relación entre la evolución personal de los alumnos y el desarrollo de sus prácticas clínicas. Se puede considerar el “feed back”, como una forma particular, muy limitada en el tiempo, de flujo de conciencia (Quigley, y Nyquist, 1992). Algunos autores sostienen un punto de vista biologicista del flujo de conciencia considerando al conocimiento e incluso al lenguaje como un fenómeno estrictamente biológico (Maturana, 1978, 1987). Sin embargo, otros trabajos abordan el tema de la complejidad humana desde una perspectiva antropológica mucho más amplia recomendando el empleo de métodos audiovisuales (Collier y Collier, 1986).

El flujo de conciencia ha sido utilizado por los pioneros de la teoría de la complejidad para explicar la multidimensionalidad y la interrelación del gran número de factores que determinan un momento dado sin que, aparentemente, estos factores fundamentalmente experienciales, estén presentes. La narrativa se ha utilizado reiteradamente para describir la realidad sin renunciar a la complejidad que la conforma y teniendo en cuenta la influencia que las experiencias pretéritas de los sujetos-personajes tienen en un momento dado de sus vidas (Faulkner, Joyce, García Márquez, Wolf), o lo que viene a ser lo mismo, para identificar la influencia que la vida interior tiene en la vida exterior. La interrelación entre el desarrollo de la teoría de la complejidad y la literatura (más concretamente los usos literarios del denominado “flujo de

conciencia” se deja translucir claramente en las palabras del escritor mejicano Gustavo Sainz:

“(…) Cada vez que escribo algo nuevo advierto que me cuesta más trabajo. Debería ser al revés, si creemos en la experiencia, pero la experiencia aquí no cuenta. Lo difícil, lo verdaderamente difícil es poder mirarse uno mismo, en todos sus dobleces y eventualidades, en todas sus metáforas, metamorfosis y proyecciones. En este libro propongo que el sujeto es lo menos estable que hay, siempre está en movimiento, en permanente alteración, planeando su siguiente movida, inquieto, en ebullición. Yo no soy ahora el mismo que seré mañana. El problema es que pese a que uso el mismo nombre y aparezco más o menos con el mismo físico, podrías decir que me conoces, pero nadie conoce a nadie. Digámoslo de otra manera: me puedes “interpretar”, pero no conocer, y lo más seguro es que quizás me “malinterpretes”. Con qué astucia decía Freud que empezaba a sospechar que en cada acto sexual intervenían por lo menos cuatro personas (...)” (Posadas, 2001)

### **3. MATERIAL Y MÉTODOS**

#### **3.1 Perspectiva teórica de partida**

Para contextualizar adecuadamente el proceso de análisis e interpretación, se parte de los presupuestos de la antropología de la complejidad y la fenomenología perceptiva (Morin, 1994, Merleau Ponty, 1988). Asimismo se ha partido de la premisa del pensamiento crítico (Habermas, 1991) que sostiene la necesidad de implicar al “educando” en el proceso de reflexión-análisis de sus propias experiencias como paso previo para su comprensión significativa. De acuerdo con la naturaleza de este marco teórico y los objetivos del proyecto (búsqueda de significados de la experiencia e implicación de los alumnos en el proceso de enseñanza-aprendizaje) se ha optado por utilizar recursos metodológicos de la etnografía, tales como observación participante y, sobre todo, el cuaderno de campo para plasmar las experiencias de las prácticas clínicas (utilizando como soporte material e instrumento de análisis reflexivo y crítico).

Para facilitar la identificación de las necesidades de los alumnos realizada por ellos mismos, se ha utilizado la jerarquización del modelo de Henderson (que habían estudiado previamente tanto en las clases teóricas como en los seminarios prácticos). Los alumnos debían expresar sus necesidades durante las prácticas clínicas de forma descriptiva en el diario de campo.

Para obtener una visión global de las necesidades identificadas por los alumnos, se han analizado (análisis de contenido) 45 diarios -15 por centro sanitario (Hospital General de Alicante, Hospital de San Juan y Hospital de Alcoy).



### **3.2 Proceso de preparación durante el módulo teórico-práctico**

Impartir dos seminarios a todos los alumnos implicados.

- a) Seminario de introducción en los métodos de etnografía clínica (observación participante y diario de campo)
- b) Seminario de análisis e interpretación de datos empleando casos prácticos que reflejan situaciones clínicas (textos narrativos y/o video).

Este trabajo de investigación se ha realizado en dos fases consecutivas (durante dos cursos académicos) con la finalidad de validar tanto la metodología como las técnicas empleadas a lo largo de todo el proceso.

### **3.3 Fuente**

Los diarios de campo han constituido la fuente utilizada para “materializar” las experiencias de los alumnos durante sus prácticas clínicas. Documentos que han sido elaborados por los propios alumnos durante un período de 20 días –no necesariamente consecutivos- de prácticas clínicas (cursos académicos 2001-2002; 2002-2003). Independientemente de la flexibilidad con la que los alumnos han seleccionado sus experiencias, para potenciar el proceso de análisis se les ofreció la posibilidad de estructurarlo –voluntariamente– de forma básica focalizando su atención en fases cruciales del diario: primer día, día más significativo y último día.

### **3.4 Unidad de análisis e interpretación de los datos**

Sesiones de exposición descriptiva, análisis e interpretación de las experiencias y diagnósticos de problemas en dos niveles:

- a) Por centro sanitario (una sesión en cada uno de los centros)
  - Hospital General de Alicante (50 alumnos)
  - Hospital Comarcal de Alcoy (17 alumnos)
  - Hospital General de San Juan (21 alumnos)
- b) Intercentro sanitario (una sesión en la E.U. de enfermería) a la que asistirán todos los integrantes de los tres grupos.

### **3.5 Material visual**

Edición de un documento visual que permita la rentabilización pedagógica e histórica de la experiencia potenciando la retroalimentación histórico-pedagógica.

### **3.6 Cronograma**

Impartir dos seminarios a todos los alumnos implicados (noviembre-diciembre 2001 y noviembre- diciembre 2002)

- a) Seminario 1: noviembre

b) Seminario 2: diciembre

Sesiones por centro sanitario (una sesión en cada uno de los centros) (Mayo 2002 y mayo 2003)

– Hospital General de Alicante (50 alumnos)

– Hospital Comarcal de Alcoy (17 alumnos)

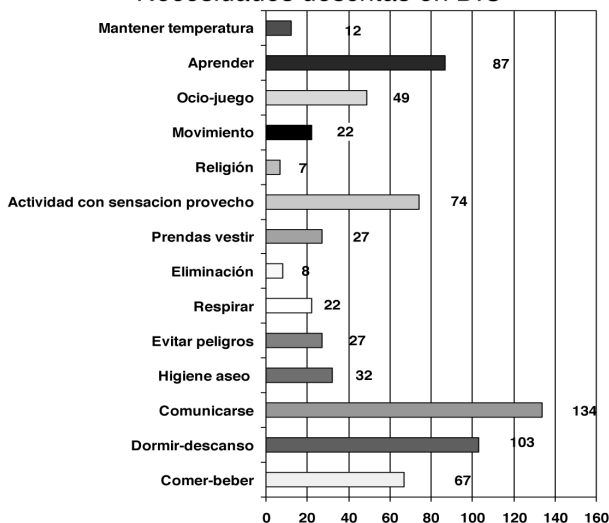
– Hospital General de San Juan (21 alumnos)

b) Intercentro sanitario (una sesión en la E.U. de enfermería) a la que asistirán todos los integrantes de los tres grupos. (Junio 2002 y junio 2003)

#### 4. RESULTADOS

Mediante el análisis de contenido se han identificado las necesidades manifestadas por los alumnos en sus diarios de campo (GRÁFICO I). Los problemas relacionados con la comunicación, tanto con los pacientes, como con los profesionales, constituyen el principal reto y/o foco de atención para los alumnos (134 alusiones). Una de las necesidades que más afectan a los alumnos la constituye el patrón sueño-descanso (103 alusiones). La necesidad de sentirse útil (actividad con sensación de provecho) en un contexto desconocido y al que hay que llegar a controlar en un plazo inmediato supone otra inquietud que se manifiesta de forma reiterada (74 alusiones) guardando una gran relación esta necesidad con la de aprender (87 alusiones). Las necesidades de tipo puramente fisiológico suscitan mucho menos interés/ preocupación por parte de los alumnos (respirar 22, mantener la temperatura 12, eliminación 8).

GRÁFICO I  
Necesidades descritas en D.C



Fuente: Muestra diarios de campo de prácticas clínicas 2002-2003

El poder configurador de la paradoja –en cuanto a sus connotaciones dialécticas– ha estado presente en buena parte de los comentarios expresados por los alumnos. Las situaciones que les han resultado más comprometidas en un principio: contemplar curas muy intrusivas, asistir al siempre duro proceso de la muerte, percatarse del dolor que provoca la “técnica o procedimiento” que el mismo le está realizando al paciente en un momento dado. Todas estas situaciones en las que se entremezclan los sentimientos, el dolor, la técnica y la profesionalidad constituyen un muro lo suficientemente alto como para que el alumno experimente cierta sensación de vértigo, miedo, respeto, recelo, inseguridad (según expresiones de los propios alumnos); sin embargo, y por contradictorio que parezca, este cúmulo de sensaciones distorsionadoras, les van a influir determinantemente dado que suponen los cimientos de su futuro contribuyendo –una vez superadas– al incremento de su autoestima personal y profesional:

“(…) Cuando la abuelita murió, después de tanto tiempo de estar tratándola, se me había quedado su cara, me acordaba en casa de sus palabras en valenciano y todo eso. Alguna vez la recuerdo todavía como se reía ella sola con sus chistes (...)”.

El flujo de conciencia se manifiesta en los alumnos durante las prácticas clínicas como un vehículo de comunicación entre el plano personal, el académico y el profesional:

“(…)Solía comentar con las amigas las cosas que me pasaban con los pacientes...a veces alguien del grupo, en el pub tomando un café, me aportaba cosas, ideas para llevar mejor la cosa (...)”

De forma que, ante las nuevas experiencias acontecidas en este proceso de prácticas clínicas, son muchos los alumnos que utilizan sus vivencias almacenadas en sus memorias para, en unos casos, afrontar con mayor seguridad y conocimiento la naturaleza del hecho en sí:

“(…) Cuando alguna vez no me hacían caso –me refiero a los profesionales– me acordaba de lo mal que lo había pasado una vez cuando cambié de colegio al instituto y no conocía a nadie... al par de semanas ya era una más del grupo... y eso me tranquilizaba porque pensaba que eso mismo me pasaba en ese momento...”

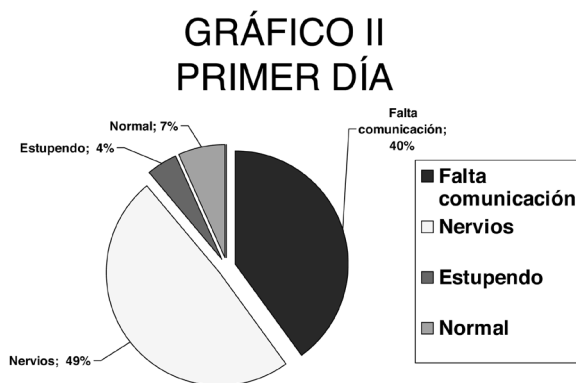
Sin embargo, en otros casos (afortunadamente los menos), un incremento complementario de la ansiedad que se ve reforzada por el recuerdo de experiencias previas: la muerte de un ser querido acaecida meses o incluso años antes, puede provocar una sobredosis de ansiedad o angustia al comparecer de nuevo como testigo directo ante un hecho similar (cuantas más semejan-

zas guarde la experiencia clínica con la experiencia personal el alumno suele experimentar mayores dosis de ansiedad). Es un hecho, pues, que la mayoría de las experiencias acumuladas durante las prácticas clínicas tienen un carácter transversal que no se agota en el plano puramente académico y que están en consonancia con la complejidad de la realidad que caracteriza la vida cotidiana en general y las prácticas clínicas como un trasunto más o menos específico de esa cotidianidad.

Se ha detectado la presencia de problemas comunes:

### ■ Primer día

El análisis de contenido de los diarios refleja una mayor preocupación durante el primer día (GRÁFICO II) por los la sensación de nerviosismo y/o falta de control del medio (49%), problemas relacionados con la comunicación (40%). En franca minoría se encuentran los alumnos que manifiestan sensación de normalidad –como otro día cualquiera– (7%) y los que opinan que fue un día estupendo (4%).



Fuente: Muestra diarios de campo de prácticas clínicas 2002-2003

Ansiedad, miedo a lo desconocido, inseguridad ante un nuevo contexto (el servicio sanitario), dificultad en la comunicación con los profesionales. Algunos –una minoría en todo caso llamativa y que debe provocar la reflexión- llegaron en los primeros momentos en dejar la carrera ante la magnitud de la problemática que se les venía encima. Además estos problemas eran “transversales”, dado que estaban relacionados con una etiología plural: la ansiedad, por ejemplo, se derivaba en unos casos del miedo a lo desconocido, falta de conocimiento del medio, cambio de horario, repercusiones en las dietas, dificultades en la

comunicación con profesionales y/o pacientes, dificultad en la eliminación por exceso o defecto, etc.

En general, durante el primer día, los alumnos recuerdan cómo llegaron a sus respectivas plantas, la forma en que la supervisora los recibió y trató. Enfatizan, por ejemplo, cómo les enseñaron “la planta” diciéndoles dónde estaba el almacén, el lugar en el que tendrían que cambiarse en lo sucesivo, etc.:

–“Recuerdo las explicaciones de la supervisora y cómo nos acompañó para enseñarnos el almacén y dónde estaba cada cosa...”

También recuerdan la importancia de las primeras curas que algunas presenciaron durante su primer día. En general, estas curas les provocaron grandes dudas sobre su capacidad para hacer lo que estaban viendo por sí mismas algún día:

–“Cuando vi con la perfección que realizaban aquella cura de un señor con cáncer de próstata pensé que yo jamás podría llegar a hacerlo...”

–“Me sentí impotente al ver al pobre hombre como le metían aquella sonda nasogástrica. Creí que nunca podría llegar a hacerlo...”

–“Purgar un suero me parecía un mundo...”

–“El primer día las curas son muy importantes...”

También manifiestan la importancia de las primeras compañías (tanto de profesionales como de compañeras alumnas-os):

–“Yo y una de segundo con una enfermera...”

–“La de segundo llevaba más la riendas... gracias a ella...”

Otros alumnos-as realizaron otras actividades, principalmente, tomar tensiones arteriales y repartir medicación, pero éstas les llamaban menos la atención que las curas.

Por último algunos alumnos-as, no tuvieron la oportunidad de presenciar demasiados procedimientos técnicos y se pasaron la mayor parte del tiempo haciendo lo que para ellos era algo doméstico y de poco provecho desde el punto de vista profesional: hacer camas.

–“El primer día pensé ¿dónde me he metido yo? ...sólo hice camas mientras el resto de mis compañeras habían hecho de todo...”

–“...existe una línea que lo separa todo: entre celadores, auxiliares y enfermeras, sólo nosotras hacíamos de todo, es decir, camas, y eso es lo que más me molestó...”

Sin embargo la mayoría de los alumnos nos revelaron que su forma de tomar contacto con la nueva realidad –y que también les tranquilizó– consistió en la realización de determinadas técnicas o procedimientos: tomar tensiones arte-

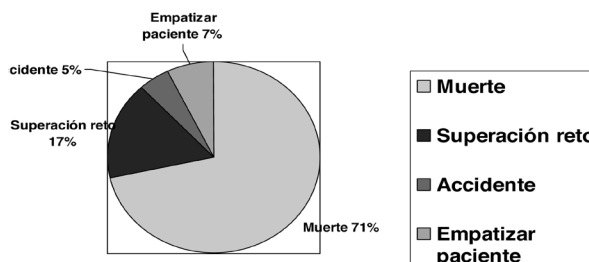
riales o temperaturas, repartir algún tipo de medicación. El “leit motiv” de su relación con los pacientes, el gancho o excusa con la que empezar a romper el hielo con su objeto sujeto de trabajo (los pacientes) consistía, paradójicamente, en la realización de una técnica en cuyo transcurso se sentían impelidos a hacer algo más que la mera maniobra terapéutica.

Hay que destacar que la interpretación doméstica o cotidiana de algunas prácticas, como la de hacer la cama o participar activamente en la higiene de los pacientes, siguen suscitando en los alumnos sentimientos muy semejantes al menosprecio, ninguneo o, incluso, humillación profesional: “(...) Yo no he estado matándome a estudiar para terminar haciendo las camas de la gente, creo que para eso están las auxiliares (...)”.

### ■ El día más significativo

El análisis de contenido de los diarios identifican el día más significativo de los alumnos (GRÁFICO III) con un evento tan crucial como la muerte, fenómeno que les provoca profundas sensaciones convirtiendo el día en que acontece algo perdurable en sus memorias (71%). Por otro lado, la superación de un reto tal como la realización de una cura especialmente intrusiva o la ejecución de un procedimiento que requiere gran pericia y habilidad técnica erigen la jornada en algo que le da un sentido especial (17%). Otros sentimientos que les da sentido a sus prácticas clínicas son: empatizar con el paciente (7%), y los accidentes al ejecutar cualquier maniobra –especialmente pinchazos– (5%).

GRAFICO III  
DÍA MÁS SIGNIFICATIVO



Fuente: Muestra diarios de campo de prácticas clínicas 2002-2003

Continua vigente la tendencia general de que la mayoría de los alumnos, identifican el significado de sus experiencias con la magnitud sentimental de las mismas. De forma que se vuelven a interpretar como más significativas las

experiencias más transcendentales que suelen estar asociadas a temas recurrentes como la muerte de pacientes, el dolor de los familiares más próximos, o, en algún caso, la actitud inexplicablemente fría, distante o “inhumana” de algunos profesionales inmunes al dolor (a los ojos de estos alumnos). Pero independientemente del evento en sí: muerte, alta, ingreso; los alumnos le prestan gran atención a su propia capacidad para llegar a establecer puentes de comunicación y sentimientos de empatía con los pacientes. En los diarios se repite una y otra vez como los alumnos sienten en sus propias carnes lo que le están haciendo a los pacientes: curas (dolor), enemas e higiene (vergüenza por la falta de intimidad), informes médicos incomprensibles y distantes apenas cogidos a volapié por los pacientes en el transcurso de las “efímeras y colectivas visitas médicas”: “...Yo me sentiría muy mal si cada día me informara un médico distinto del que ni siquiera sé su nombre y que, por lo que aparenta, está deseando salir de la habitación para perderme de vista a mí y a los problemas que me trastornan...”.

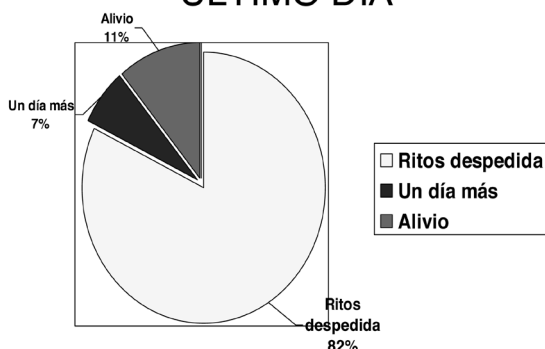
Los ritos, tales como todo aquello que se produce en los momentos anteriores e inmediatamente posteriores a la muerte constituyen una fuente de atención/ tensión inagotable para el alumno. También se puede considerar cómo rito el hecho del alta, dado que el paciente se siente legitimado por la institución para abandonar el hospital y sumergirse de nuevo en su vida cotidiana. Son muchas las alusiones de los alumnos a un sentimiento ecléctico donde, por un lado, se sienten alegres de que el paciente vuelva a casa, pero por otro, no pueden evitar cierto amago de tristeza al perder de vista a aquellas personas que han llegado a conocer tan bien en un momento tan crucial para ambos (el paciente en su proceso de salud-enfermedad y el alumno en su proceso de formación clínica): “...Cuando el señor Herminio se fue de alta me alegré mucho, por él y su familia, pero enseguida caí en la cuenta de que tal vez no lo volvería a ver en la vida y eso me fastidió un poco...”

#### ■ El último día

El análisis de contenido de los diarios de campo identifican de forma determinante el último día con la realización de los denominados ritos de despedida (celebraciones con pasteles típicos, bebidas, promesas de volver a encontrarse, etc.) (82%) Algunos alumnos manifiestan su gran sensación de alivio al abandonar un servicio en el que lo han pasado mal (11%) y, por último los que simplemente opinan que es un día más que no se diferencia del resto (7%). (GRAFICO IV).

Durante el último día en el servicio, los alumnos-as reflejan cierta satisfacción, en general, por el sentimiento de haber superado una etapa en sus prácticas clínicas. Suele ser una jornada que se dedica a ceremonias tales como despedidas (meriendas concertadas con los profesionales a base de pasteles,

## GRAFICO IV ÚLTIMO DÍA



Fuente: Muestra diarios de campo de prácticas clínicas 2002-2003

coas, empanadillas y otras vituallas) que constituyen ritos de transición en el sentido de que el alumno-a toma conciencia de haber superado la primera parte de la prueba que constituyen las prácticas clínicas, una prueba especialmente significativa dado que este ha sido su primer contacto con el centro sanitario, con los pacientes y profesionales ejerciendo su rol de alumno-a. Otra de las actividades que suele realizarse durante el último día es la visita recíproca entre los alumnos de diferentes servicios que rápidamente se incorporan a la merienda y/o la conversación.

Asimismo, se ha detectado una enorme influencia de la expresión verbal y no verbal en el proceso de enseñanza aprendizaje de los alumnos-as, especialmente en su vertiente actitudinal.

Se ha evidenciado la existencia del factor género como mecanismo diferenciador en la forma de tratar los alumnos y alumnas en el proceso de prácticas clínicas. Sin que se pueda establecer como regla general, lo cierto es que cuando predominan las mujeres sobre los hombres a estos se les facilitan más las labores de tipo técnico (poner una sonda nasogástrica o una inyección intramuscular, etc.) y las mujeres siguen desarrollando actividades de índole marcadamente doméstica (hacer las camas, distribuir y servir comidas, etc.)

## 5. DISCUSIÓN

De acuerdo con las características de la investigación cualitativa en general, y de la investigación acción en particular, la flexibilidad del diseño ha permitido adaptar el proceso de recogida de datos a las peculiaridades del alumno-a. De esta forma el alumno ha podido elegir entre memorizar y/o leer el diario de campo, llegando incluso en algunos casos a la interacción entre los individuos



dispuestos a ambos lados de las cámaras que rodaban las diferentes escenas (voces en off interactuando con los alumnos que en ese momento estaban siendo filmados).

Se ha constatado la influencia perturbadora de la cámara como factor de recogida de datos. Sobre todo en los primeros momentos la presencia del artefacto filmador provocaba cierto nerviosismo que se fue reduciendo poco a poco mediante el establecimiento del diálogo entre alumnos y profesores. En todo caso, la existencia del diario de campo –material en el que estaban plasmadas las experiencias previamente– garantizó en todo momento la posibilidad de que los alumnos-as pudieran superar cualquier efecto derivado de este problema.

En esta experiencia en particular se ha comprobado cómo los grupos de tamaño medio (15-25 personas) se adaptan mejor a este tipo de metodología.

Asimismo se han evidenciado notorias diferencias entre los alumnos debido a su edad, y experiencia profesional y de relación con el medio (auxiliar, técnico de formación profesional que ya habían trabajado en centros hospitalarios).

## 6. CONCLUSIONES

- No se puede separar la evolución personal de los alumnos de la interpretación que éstos hacen de sus prácticas clínicas.
- El potencial configurador de la paradoja está presente durante el proceso de prácticas clínicas (lo más difícil, los grandes retos a los que más respeto/miedo se les tiene y generan mayor inseguridad en el momento previo a su ejecución, suelen ser los que mayor nivel de satisfacción y dosis de seguridad y autoestima producen, una vez superadas las primeras experiencias (auténticos ritos de asentamiento/ transición).
- La complejidad de las prácticas clínicas requieren el uso de instrumentos narrativos, dado que éstos facilitan una visión no reduccionista de dicha realidad.
- El flujo de conciencia –interpretación del presente ineludiblemente vinculada a las experiencias previas del sujeto o capacidad para explicitar la dialéctica vida interior, vida exterior– constituye una realidad holística presente en los sentimientos, creencias, actitudes y comportamientos de los alumnos en su proceso de prácticas clínicas.
- Las transiciones o cambios de servicio colocan al alumno desde el principio de las prácticas clínicas en contacto con la vasta variabilidad del entorno hospitalario en sus diferentes factores: humano, espacial, organizativo, temático (traumatología, otorrinolaringología, medicina interna, oncología, pediatría, cuidados intensivos, etc.).
- El diario de campo es un instrumento válido para que el alumno identifique sus propias necesidades durante el proceso de prácticas clínicas.

- El modelo de Virginia Henderson facilita la autoidentificación de las necesidades durante las prácticas clínicas por parte de los alumnos.
- Se puede hablar de la existencia de ceremonias o ritos de “entrada” (presentaciones, rondas o excursiones en las distintas plantas para conocer el hospital), pero también de salida (comidas de despedida en la misma planta a base de pasteles o empanadillas y otros alimentos).
- No se puede separar la evolución personal de los alumnos, de la interpretación que éstos hacen de sus prácticas clínicas (especialmente de la interpretación respecto a sus propias necesidades formativas).
- Los alumnos experimentan por primera vez y de forma significativa las diferencias existentes entre el sistema educativo y el sistema sanitario durante las prácticas clínicas.
- Se ha constatado que el pensamiento crítico constituye un instrumento esencial en el proceso de superación de las contradicciones presentes en los procesos de enseñanza aprendizaje.
- Los métodos y técnicas etnográficos resultan especialmente pertinentes en la identificación de los ritos o ceremonias que se realizan en los diferentes servicios de los hospitales.
- Se ha verificado que los alumnos de enfermería, como futuros profesionales, constituyen la fuente principal de los procesos de innovación en los sistemas educativo y sanitario.
- Existen diferencias de género que influyen en el proceso de enseñanza aprendizaje durante las prácticas clínicas.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- AAARAS, I, ET AL (1993) Stuck with the patient: Whatl would my colleague have done? A videorecorded consultation experiment with actor simulating as the same patient for differents doctors. *Family Practice*, 10/1: 43-45.
- ANDERSON, K. (1988) Participatory video in community development. ERC Clearinghouse, IR520443.
- ARAUZO, A.C; WATSON, M & HULGUS, J. (1994) The clinical uses of video therapy in the treatment of childhood sexual trauma survivors. *Journal of Chile Sexual Abuse*, 3-4: 37-57.
- BESSETTE, G; & TIGHE, D. (1988) The integration of video in development projects. *Media Education and Development*, 21/2: 44-47.
- BROCKMAN, J. (1996) *La tercera cultura*. Tusquets, Barcelona.
- BRUER, J. T. (1994) *El viaje de la mente del novato para llegar a ser un experto*. Santillana, Fecode, Madrid.
- BRUNER, J. (1991) *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. Alianza, Madrid.

- CARIS-VERHALLEN, W.M.C.M. et al (2000) Effects of video interaction analysis training on nurse patient communication in the care of the elderly. *Patient Education and Counseling*, 39/1: 91-103.
- CLANDININ, D. J., & CONNELLY, F. M. (1998). Asking questions about telling stories. In C. Kridel, (Ed.), *Writing educational biography: Explorations in qualitative research*, (245-253), Random House. New York.
- COLLIER, J. Jr., & COLLIER, M. (1986). *Visual anthropology*.: University of New Mexico Press. Albuquerque.
- CROCKER, C. (1986) El paradigma funcional de los profesores. *Revista de Innovación e Investigación Educativa*. 1:53-64.
- GEERTZ, C. (1989) *El antropólogo como autor*. Paidós, Barcelona.
- GOLDMAN-SEGALL, R. (1993). Interpreting video data: Introducing a "significance measure" to layer description. *Journal of Educational Multimedia and Hypermedia*, 2, 261-281.
- GOLDMAN-SEGALL, R. (1995). Configurational validity: A proposal for analyzing ethnographic multimedia narratives. *Journal of Educational Multimedia and Hypermedia*, 4, 163-182.
- HABERMAS, J. (1991) *Teoría de la acción comunicativa*. Taurus, Madrid.
- HESOOK, S.K. (1993) Putting theory into practice: Problems and prospects. *Journal of Advanced Nursing*, 18: 1632-1639.
- MCCAUGHERTY, D. (1991) The theory gap in nurse education: its causes and possible evolutions. Findings from an action research study. *Journal of Advanced Nursing*, 16: 1055-1061.
- MAOR, D. (2000, April). Video analysis: Adding another dimension to qualitative research? Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association, New Orleans, LA.
- MAXWELL, G. M., & PRINGLE, J. K. (1983). The analysis of video records. In P. Dowrick and S. J. Biggs, (Eds.). *Using video: Psychological and social applications*.: John Wiley and Sons, New York.
- MATURANA, H. R. (1978), *Biology of Language: The Epistemology of Reality* en G. A. Miller y E. Lenneberg (eds.), *Psychology and Biology of Language and Thought: Essay in Honor of Eric Lenneberg*, Nueva York, Academic Press, pp. 27-63.
- MATURANA, H. R. (1987), *The Biological Foundation of Self Consciousness and the Physical Domain of Existence*, en E. R. Caianiello (ed.), *Physics of Cognitive Processes*, Singapur, World Scientific, pp. 324-379.
- MATURANA, H. R. (1988), "Ontología del conversar", *Terapia Psicológica*, núm. 10, pp. 15-23.
- MATURANA, H. R. (1990), "Science and Daily Life: The Ontology of Scientific Explanation", en W. Krohn, G. Koppers y H. Nowotny (eds.), *Selforganiza-*

- tion: Portrait of a Scientific Revolution, Dodrecht, Kluwer Academic Publishers, pp. 12-35.
- MATURANA, H. R. y J. MPODOZIS (1992), "Origen de las especies por medio de la deriva natural", Publicación ocasional, núm. 46, 1992, Santiago de Chile, Museo Natural de Historia Natural.
- MATURANA, H. R. y G. VERDEN-ZOLLER (1993), Amor y juego, fundamentos olvidados de lo humano, Santiago de Chile, Instituto de Terapia Cognitiva.
- MATURANA, H. R. (1995), "Biology of Self Consciousness", en G. Tranteur (ed.), Consciousness: Distinction and Reflection, Nápoles, Bibliopolis.
- McCAUGHERTY, D. (1991) The theory gap in nurse educators: its causes and possible evolutions. Findings from an action research study. Journal of Advanced Nursing, 16: 1055-1061.
- MERLAU PONTY, M. (1988) Fenomenología de la percepción. Fondo de Cultura Económica, México.
- MORIN, E. (1994) Introducción al pensamiento complejo. Gedisa, Barcelona.
- MORIN, E. (1996) Complejidad y teoría social. Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid.
- NICOLIS, G. (1999) Introduction to nonlinear science. Cambridge University Press, Cambridge
- NOTIVOL, M.P. (1994) La enfermería clínica y el método fenomenológico. Infirmarías Clínica, 1,5:33.
- PAILLIOTET, A. W. (1995). I never saw that before: A deeper view of video analysis in teacher education. Teacher Educator, 1,2, 138-56.
- POSADAS, C. (2001) El juego de la literatura. Entrevista con Gustavo Sainz. Literate World <http://www.literateworld.com/spanish/2002/portada/>
- QUIGLEY, B. L., & NYQUIST, J. D. (1992). Using video technology to provide feedback to students in performance courses. Communication Education, 41: 324-334.
- ROSENSTEIN, B. (1997). A reflective case method using video for program evaluation. In H. E. Klein (Ed.) Interactive teaching and learning: Case method and other techniques. 173-180. Needham, MA: WACRA.
- RICOEUR, P. (1973) Ciencia e ideología. En Revista Ideas y Valores No. 42. Bogotá/73.
- SILES, J. (1991) Evolución histórica de las prácticas de enfermería. Revista de enfermería. Universidad de Castilla La Mancha, 2: 109-125.
- SILES, J. (1996) La diferencia entre el aula y el centro sanitario: una apuesta por la implicación del alumnado en el proceso de armonización teórico-práctico (I). Publicación Científica de Enfermería, 9: 7-11.
- SILES, J. (1997) La diferencia entre el aula y el centro sanitario: una apuesta por la implicación del alumnado en el proceso de armonización teórico-práctico (II). Publicación Científica de Enfermería, 10: 17-25.

- SILES, J. (2000) Antropología narrativa de los cuidados. Por una rentabilización pedagógica de los materiales narrativos. Una aportación desde la antropología narrativa y la fenomenología. CECOVA, Alicante.
- TERREL, W. R., JORGENSEN, W., & WAKELIN, C. (1992). Human interactive analysis using video: Mapping the dynamics of complex work environments. *Educational Technology*, 32 (10), 35-41.
- SOLANA, J.L (2001) Antropología y complejidad humana: la antropología compleja de Edgar Morin. Comares, Granada.
- STOCKDALE, M. & WARELOW, P. (2000) Is the complexity of care a paradox? *Journal of Advanced Nursing*, 31/5: 1258-1264.
- TOFFLER, A. (1999) "El shock del futuro". Plaza y Janes, Barcelona.
- WATSON, S. (1991) An analysis of concept of experience. *Jornal of Advanced Nursing*. 16: 1117-1121.
- WILSON THOMAS, L. (1995) Applying critical social theory in nursing education to bridge the gap between theory and practice. *Journal of Advanced Nursing*. 21: 568-575.



# **CAPÍTULO III.**

## **VALORACIÓN DEL TIEMPO Y ESFUERZO EMPLEADO POR LOS ALUMNOS DE ENFERMERÍA EN LA CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS DURANTE SUS PRÁCTICAS CLÍNICAS.**

### **Una aplicación del diario de prácticas clínicas como instrumento de reflexión en la acción**

---

**José Siles González; M<sup>a</sup> Carmen Solano Ruiz;  
Elena Ferrer Hernández; M<sup>a</sup> Mercedes Rizo Baeza;  
Miguel Angel Fernández Molina; Mercedes Núñez del Castillo;  
J. Ramón Martínez Riera; Ana Lucia Noreña Peña;  
Isabel Casabona Martínez; Miguel Castells Molina**

---

## **1. INTRODUCCIÓN**

### **1.1 Justificación**

Las prácticas clínicas de enfermería constituyen un campo de aprendizaje en el que convergen objetivos educativos de varias asignaturas de primer curso. Estos objetivos –veintiocho en total– están integrados, de tal forma, que el alumno debe ser capaz de aplicar los diferentes conocimientos, habilidades y actitudes en los sucesivos contextos clínicos en los que se desarrolle su proceso de enseñanza-aprendizaje desde una perspectiva holística (superadora de toda fragmentación o compartimentación estanca).

La implicación del alumno en el proceso de valoración se sus propias necesidades educativas constituye, de facto, su integración en un proceso de autoevaluación que carece de tradición en nuestro país si se exceptúan algunos casos más o menos aislados. La toma de conciencia por parte del alumnado, tanto de las necesidades, como de los problemas emergentes y los tiempos y niveles de esfuerzo que se requieren en cada caso van a formar parte del proceso “visible” del currículum dadas las características del nuevo sistema de créditos que conllevará la adopción de un espacio común europeo en educación superior (Pagani, 2002; Delavigne, 2003; ANECA, 2003).

Mediante la utilización del diario de campo (diario de prácticas clínicas) focalizado en las prácticas clínicas y en sus objetivos (de primer curso), el alumno podrá utilizar un instrumento que potenciará su capacidad de reflexión (Schön, 1998) sobre el proceso mediante el que va a llegar a superar con éxito esta compleja fase de su aprendizaje en la que inciden de forma determinante la identificación de los niveles del binomio tiempo-esfuerzo y las causas que facilitan o dificultan el logro de los diferentes objetivos.

## 1.2 Objetivos

El objetivo general de este estudio consiste en la valoración subjetiva del tiempo y el esfuerzo empleado para el logro de los 28 objetivos integrados en las prácticas clínicas por parte de los alumnos del primer curso de la diplomatura de enfermería inmersos en dicho proceso.

Asimismo se han propuesto los siguientes objetivos específicos.

- Potenciar la capacidad reflexiva de los alumnos de 1º de enfermería sobre su proceso de prácticas clínicas y, de forma especial, sobre los diferentes logros a alcanzar en el transcurso de las mismas.
- Valorar el tiempo y el esfuerzo desarrollado por los alumnos de 1º de enfermería para alcanzar los objetivos integrados de las asignaturas implicadas en el proceso de prácticas clínicas.
- Implicar al alumno en el proceso evaluativo mediante la participación activa del mismo en la ponderación de su nivel de logros respecto a los objetivos establecidos.
- Demostrar la pertinencia del “diario de prácticas clínicas” como herramienta potenciadora de la reflexión en la acción y la integración teórico-práctica de conocimientos, competencias y habilidades en el proceso de prácticas clínicas.

## 1.3 Hipótesis y cuestiones de investigación

Se ha partido de la siguiente hipótesis inicial: el diario de campo (diario de prácticas clínicas) constituye un instrumento esencial para potenciar la reflexión en la acción de los alumnos sobre sus propias necesidades educativas, en general, y la estimación del tiempo y esfuerzo necesario para alcanzar los 28 objetivos integrados en las prácticas clínicas en particular.

Cuestiones de investigación:

- Cuantitativas
  - ¿Qué tiempos piensa el alumno que va a invertir en el logro de los 28 objetivos integrados en las prácticas clínicas?
  - ¿Qué nivel de esfuerzo supone el alumno que va a necesitar para alcanzar el logro de los 28 objetivos implicados en las prácticas clínicas?
- Cualitativas
  - ¿Qué causas o dificultades motivan una mayor inversión de tiempo y esfuerzo del alumno en el cumplimiento de objetivos durante las prácticas clínicas?
  - ¿Qué tipos o familias de objetivos le suponen más tiempo y esfuerzo?

## 2. ESTADO DE LA CUESTIÓN

El diario de campo ha sido avalado como herramienta para la elaboración de etnografías educativas en un contexto metodológico cualitativo, (Vallés, 1997,



Denzin, 1970, Geertz, 1989; Siles et al 2005b). El potencial reflexivo de los materiales biográficos se han expresado autores como Pujadas (1992), Plumer (1989) y Altheide (1987), resaltando, este último, el enorme potencial de reflexión en la práctica que caracteriza a los materiales narrativos y etnográficos que favorecen la comprensión y explicación de los fenómenos (Pérez Gómez, 1988; Wrigh, 1987; Watson, 1991). La etnografía y el diario de campo pueden también emplearse para potenciar la reflexión sobre las experiencias, dado que éstas tienen lugar en la práctica (Van Manen, 2003) y constituyen la materia prima de la conciencia y la memoria. Esta misma tendencia etnográfica-narrativa ha sido adoptada por diversos autores para la investigación educativa (La Torre y González, 1987; Angera, 1988; Goeta y Lecompte, 1988; García Jorba, 2000; Zabalza, 2004). El diario de los profesores configura una de los apartados más relevantes en este contexto de investigación etnográfico-educativa (Porlan y Martin, 1996; Martínez y Sauleda, 2002).

En el contexto clínico los métodos etnográficos en general y el diario de campo en particular se está empleando cada vez más en el estudio de los procesos de enseñanza aprendizaje de los estudiantes de enfermería y medicina demostrando la importancia de los factores culturales y la divergencia teórico práctica (Underwood, 2006; Evans, 2006; Lee & Lee, 2006). El tema del “tiempo” ha sido objeto de valoración de los estudiantes de enfermería empleando métodos y técnicas etnográficas (Dalton, 2004), también la incidencia de las diferencias étnicas y culturales en el proceso de aprendizaje clínico (Jackson, 1999), la exploración de los significados de las experiencias de las alumnas de “matrona” (Bewley, 1995), y, en fin, entre otros muchos, el análisis de las grandes cuestiones que les surgen a los médicos durante su proceso de formación clínica y que no estaban en absoluto previstos en el currículum (Osheroff, et al, 1991).

Respecto a la funcionalidad evaluativa –autoevaluativa– del diario de campo, su potencial reflexivo sobre la acción en los procesos de enseñanza aprendizaje y su instrumentalización para retroalimentar la práctica educativa ha sido destacada por diversos autores (Schön, 1998; Bernardo Carrasco, 1999; Medina y Revilla, 1995 ); que coinciden en señalar el carácter “pedagógico” de esta herramienta reflexiva en aras a su positiva incidencia en la formación de profesionales tanto del sistema educativo como el sanitario. Los alumnos han participado en estudios en cuyos resultados han colaborado mediante la exposición y la discusión de los mismos (Grundy, Pollon & McGinn, 2003). En esta misma línea se han desarrollado trabajos utilizando el diario de campo y los debates grupales filmados con la finalidad de la identificación de problemas educativos en el proceso de prácticas clínicas (Siles, et al, 2004, 2005b).

La triangulación metodológica (combinación de métodos cuantitativos y cualitativos) ha sido recomendada por diferentes autores como una opción pertinente para valorar temas tan complejos y subjetivos como la apreciación del

nivel de tiempo-esfuerzo preciso para alcanzar los objetivos planteados (Schmellkes, 2001). Otros trabajos enfatizan la idoneidad de los métodos cualitativos, particularmente los de naturaleza narrativa, para desbrozar la complejidad de los fenómenos implicados en situaciones vida-salud que son la consecuencia de la incidencia de factores muy dispares y que actúan de forma diversa según los contextos en los que acontecen, especialmente en el ámbito clínico (Siles, Solano y Cibanal, 2005b)

La valoración tiempo esfuerzo como actividad desarrollada en este trabajo, hay que interpretarla en el contexto de convergencia de créditos europeos. En este marco se han realizado diversos trabajos en el marco del proyecto “REDES”, coordinado por el Instituto de Ciencias de la Educación de la Universidad de Alicante (Andreu, et al, 2005; Arnal, et al, 2005; Santana y Díaz, 2005; Aragonés y Luján, 2005).

### **3. MARCO TEÓRICO**

Si se parte de la necesidad de potenciar la reflexión en la acción (constituyendo ésta la realidad de los alumnos en prácticas clínicas) con la finalidad de valorar el nivel de tiempo/esfuerzo preciso para alcanzar los objetivos en dicho contexto (prácticas clínicas); es preciso que la fundamentación teórica y metodológica resulte coherente con los esquemas participativos de los alumnos (aquellos que tienen en cuenta la “voz” del “educando”). En esta línea hay que considerar el paradigma de partida –el sociocrítico– desarrollado por Habermas (2002) y que resulta coherente con la naturaleza de este estudio dada la potenciación de la participatividad que desde sus presupuestos se proclama como factor esencial del mismo. El paradigma sociocrítico no sólo transforma la comunicación (en este estudio la comunicación se transmite mediante el diario de campo o prácticas clínicas) en instrumento de optimización de la realidad investigada (Habermas, 1991), sino que permite, mediante la implementación de métodos y técnicas basados en modelos de la etnografía educativa (Woods, 1998) en los que los métodos responden, esencialmente, a diseños cualitativos. En consecuencia se ha utilizado un modelo etnográfico que responde a las premisas teóricas y conceptuales propias del paradigma sociocrítico y que se ha concretado en la implementación de métodos antropológicos muy contrastados en el contexto educativo y clínico: diario de campo/ diario de prácticas clínicas.

### **4. MATERIAL Y MÉTODO**

#### **4.1 Población objeto de estudio**

Alumnos de primer curso de la titulación: Diplomado Universitario en Enfermería. La totalidad de los alumnos matriculados en la asignatura troncal: “Fundamentos de Enfermería”.

- Tiempo de estudio: en una primera fase, durante el seminario de Fundamentos Histórico Antropológicos (seminarios de 5 h cada uno) (Noviembre 2005). En una segunda etapa, durante su período de prácticas clínicas (Febrero-Junio 2006)
- Asignaturas en las que incide este proyecto (todas las troncales de 1º curso)
  - Fundamentos de enfermería ..... Plan de estudios 2000
  - Enfermería Médico Quirúrgica..... ”
  - Enfermería Comunitaria..... ”

#### 4.2 Técnicas a emplear en el estudio. Su pertinencia y validez metodológica

Las técnicas, fundamentalmente de carácter etnográfico, consistieron en la elaboración de un: diario de prácticas clínicas (diario de campo) y un cuestionario con apartados en los que se recaban datos sociológicos (ANEXO I); una escala de Likert modificada (ANEXO II) para valorar el nivel de tiempo que el alumno estima –apriorísticamente– le va a llevar el logro de los 28 objetivos educativos integrados en las prácticas clínicas; y una escala de Osgood modificada (ANEXO III) para que el alumno valore –apriorísticamente– el nivel de esfuerzo que va a requerir para el logro del mismo grupo de objetivos.

La validez en el paradigma sociocrítico (de naturaleza cualitativa) se obtiene mediante la credibilidad (validez interna) (Seone y Rechea, 1976):

- El trabajo prolongado en el lugar de la experiencia.
- La observación persistente.
- El juicio crítico de los compañeros.
- La triangulación.
- La recogida de material directo variado.
- Las interpretaciones de los participantes.
- La coherencia estructural, es decir, que no existan conflictos internos ni contradicciones.

Respecto a la transferibilidad (validez externa) se pueden mencionar los siguientes requisitos:

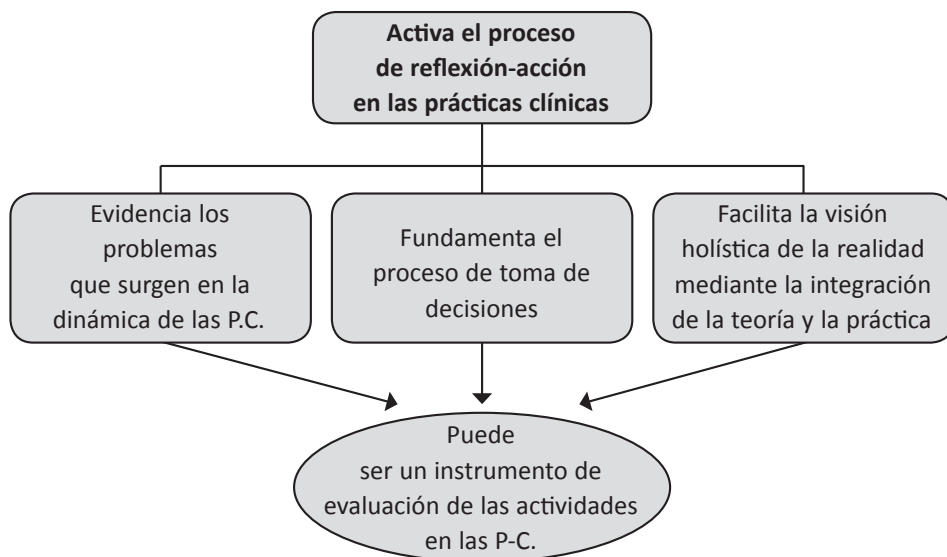
- La recolección de abundantes datos descriptivos que permitan comparar el contexto descrito con otros contextos a los que se podría realizar transferencias.
- La elaboración de descripciones minuciosas de todos los factores contextuales este concepto de fiabilidad. Desde este punto de vista, la dependencia se logra utilizando:
- Métodos solapados, la triangulación según la cual se pueden utilizar diferentes métodos a la vez, con el fin de compensar las insuficiencias de unos con las ventajas de otros favoreciendo la complementariedad. Con-

siste, pues, en recoger datos respecto a un sujeto, objeto o evento, o de interpretar una serie de datos desde diferentes perspectivas: entrevista-cuestionario-observación,...

El diario de prácticas clínicas (diario de campo) es un instrumento muy empleado en etnografía educativa, especialmente utilizado en las aulas resultando muy eficaz en la evaluación formativa. No se trata de una evaluación “sensu estricto”, pues no es un trabajo adicional para el alumno, dado que éste, simplemente, reflexiona sobre lo que hace día a día en sus prácticas clínicas (aunque tiene en cuenta la incidencia de estas prácticas con su vida en general: familiar, afectiva, necesidades básicas, etc.). El diario de prácticas clínicas tiene carácter de documento personal del alumno en el que “almacena su historia formativa, sus experiencias en prácticas clínicas, pero, por ende, constituye una herramienta de comunicación con los docentes (Woods, 1998). En función de la importancia y utilidad que se les atribuya a estos documentos, es decir, al nivel de “voz” que tengan los alumnos en el proceso de enseñanza aprendizaje, el documento podrá emplearse para “retroalimentar” el currículum optimizándolo de manera que cada vez se ajuste más a la auténtica realidad de las prácticas clínicas.

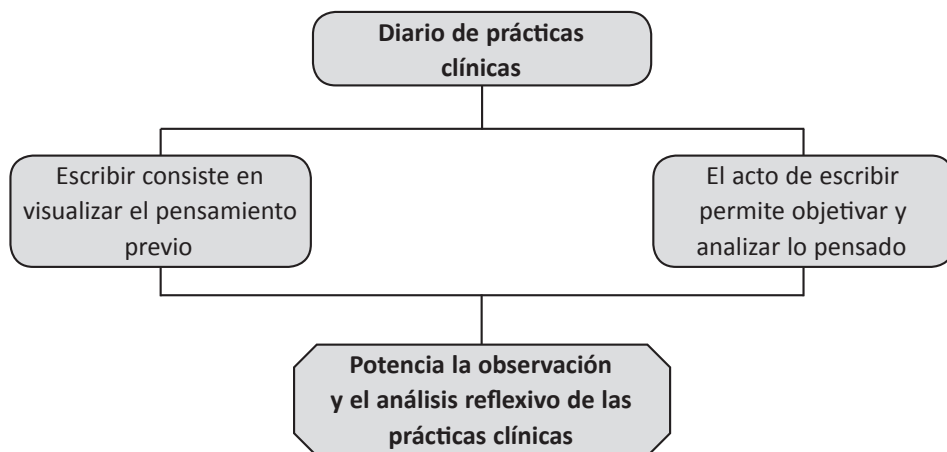
La organización de los diarios de prácticas clínicas puede variar, pero, en general, el alumno procede de forma secuencial-cronológica al registro de sus prácticas clínicas. Puede reflejar todo tipo de datos, convencionales, reflexivos; en el primer caso –convencional– el alumno se dedica a escribir apuntes sobre datos y actividades de aprendizaje, mientras que en la segunda –la acción reflexiva– el alumno busca la toma de conciencia y valoración, y la manera en que han desarrollado las actividades. En consecuencia, al menos estos dos tipos de información, es recogida en los diarios de prácticas clínicas. Asimismo, por su propia naturaleza, el diario de prácticas clínicas es un instrumento para almacenar información compleja que puede aportar datos sobre: el estilo del trabajo, la redacción, la jerarquía de ideas en la toma de apuntes, el nivel de comprensión de los contenidos, el proceso de resolución de las actividades, el nivel de persistencia, la capacidad de síntesis y de análisis, la capacidad crítica, el ajuste de valoraciones, el interés por la corrección y la progresión en el aprendizaje, la organización personal, la utilización de procedimientos de estudio y aprendizaje, etc. Finalmente, se puede afirmar que el diario de prácticas clínicas es una herramienta idónea para valorar de forma continuada la forma en la que los alumnos realizan los procedimientos tanto desde el punto de vista del nivel de conocimiento, de la pericia técnica y de la dimensión actitudinal (insertar Organigramas I y II).

### ORGANIGRAMA I



### ORGANIGRAMA II

#### POTENCIAL PEDAGÓGICO DEL DIARIO DE PRÁCTICAS CLÍNICAS



En definitiva, los alumnos elaboraron un diario de campo durante sus prácticas clínicas. En el mismo reflejaron todo aquello que estimen oportuno y que incide en su proceso formativo (según su propia visión de los acontecimientos y con total libertad). Asimismo, deben valorar el tiempo y el esfuerzo que les han

llevado alcanzar los diferentes objetivos de prácticas clínicas haciendo constar y describiendo los problemas que hayan surgido en torno a la consecución de tal o cual logro.

### 4.3 Fases de implementación del estudio

- a) Elaboración de un cuestionario (octubre 2005-noviembre 2006)
  - El cuestionario que a continuación se relaciona para su cumplimentación servirá de base para orientar la elaboración del diario de campo focalizándolo en las necesidades de los propios alumnos.
  - El alumno cumplimentará y entregará el cuestionario durante el seminario I de Fundamentos de Enfermería.
  - El alumno cumplimentará el diario de campo durante sus prácticas clínicas (tanto en hospital como en centro de Atención Primaria)
  - Para preservar la libertad de los alumnos, estos trabajos no serán sometidos a evaluación con calificación alguna. Sin embargo, dado su carácter obligatorio, los alumnos que no entreguen el cuestionario y/o diario de campo no serán evaluados de la asignatura “Fundamentos de Enfermería”.

La elaboración del cuestionario (ANEXO I) se elaboró durante el transcurso de tres reuniones del grupo en los meses de octubre-noviembre (2006). En la primera reunión el coordinador asignó tareas y en las dos restantes se presentaron y analizaron las aportaciones. A continuación se describe, de forma resumida, el proceso que dio lugar a los siguientes resultados en aras al diseño del cuestionario:

- 1) Datos sociológicos y académicos del alumno: Se pretendía con ello obtener datos para valorar el nivel de experiencia y conocimiento previo de los alumnos con el ambiente clínico, y, en consecuencia, poder evaluar la incidencia de este bagaje previo con el mayor o menor nivel de dificultad de aprendizaje en el contexto clínico.
- 2) Se dedicó un apartado preliminar a la reflexión sobre el tiempo y esfuerzo percibidos por el alumno en aras al logro de los diferentes objetivos (28 objetivos integrados), dado que, resultaba más que probable que, los alumnos sumidos en la cotidianidad de las clases teóricas, no conocieran todavía los objetivos de sus prácticas clínicas. Esta fase da lugar a un primer planteamiento y reflexión –algo abstracto aún– sobre los objetivos y el esfuerzo tiempo que comporta su cumplimiento.
- 3) En tercer lugar, se elaboró una escala de Likert modificada para la medición de tiempo necesario para alcanzar los objetivos educativos en las prácticas clínicas.
- 4) Por último se diseñó una escala de Osgood modificada para la medición de esfuerzo necesario para alcanzar objetivos educativos prácticos clínicos.

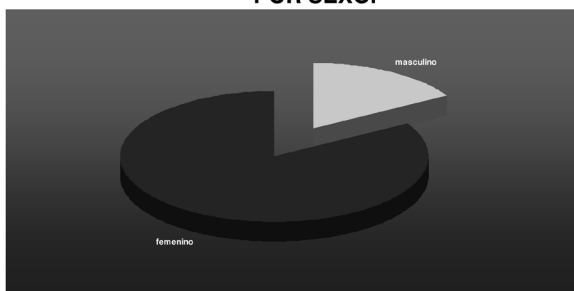
- b) Aplicación del cuestionario: (diciembre 2005-enero 2006)  
Durante el seminario I de Fundamentos histórico-antropológicos (Noviembre, Diciembre de 2005 y Enero 2006). Al tener carácter obligatorio, pasan todos los alumnos por el mismo y se les explica tanto la mecánica del cuestionario como que no se preocupen por el desconocimiento de lo que les puede costar, en tiempo y esfuerzo la consecución de los objetivos, dado que lo importante es que vayan tomando conciencia de los mismos. Se les comunica, asimismo, que se les volverá a pasar el mismo cuestionario al concluir su período de prácticas clínicas y que será entonces cuando su conocimiento del tiempo y esfuerzo de los objetivos sea más real.
- c) Introducción de datos en SPSS (febrero-julio 2006/septiembre 2006).
- d) Elaboración de un diario de campo de los alumnos durante sus prácticas clínicas (febrero-junio 2006).
- e) Introducción de los diarios de campo en el programa ATLAS-ti (junio-julio 2006).  
Para facilitar una lectura no lineal de los diarios de campo se utilizó el programa informático "ATLAS\_TI". Con este instrumento se pretendía realizar una lectura hipertextual, en el sentido aportado por Roland Barthes y recogido por Nelson (acuñador del término "hipertexto") de poder seleccionar en cada momento fragmentos de texto vinculados, no línea por línea ni párrafo por párrafo, sino por unidades de significado o sección por sección (o lo que Barthes llamaría "lexia" por "lexia") (Barthes, 1997). El proceso seguido para alcanzar dicha forma de lectura vertebrada semánticamente fue el siguiente:
- Preparación de los documentos primarios (diarios de campo).
  - Creación y ubicación de una Unidad Hermenéutica (UH): Diarios de campo.
  - Asignación de los documentos primarios: Fragmentos de los diarios de campo.
  - Codificación de los Documentos Primarios: Catalogación-etiquetación de los fragmentos mediante palabras clave.
  - Organización en Familias: Bloques de fragmentos de diarios de campo vinculados/ emparentados por las palabras clave.
  - Establecimiento de Relaciones entre bloques de fragmentos de diarios de campos vinculados por unidades de significado.
  - Creación de Networks.
- f) Organización, análisis e interpretación de los datos (julio-septiembre 2006).
- g) Redacción del trabajo (julio 2006-octubre 2006).

## 5. RESULTADOS

### 5.1 Valoración global del tiempo necesario para alcanzar objetivos en prácticas clínicas según tipo de acceso del alumnado

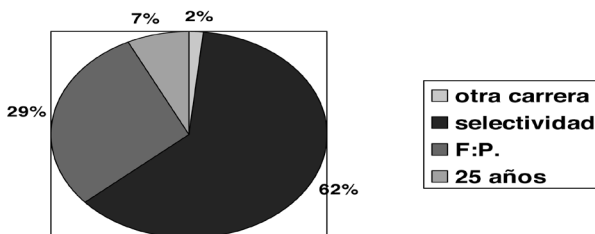
La población (167 alumnos) ha estado compuesta por una amplia mayoría de mujeres (83,2%: mujeres y 16,8% varones) (GRAFICO I), dato que confirma la tendencia tradicional en los estudios de enfermería. Respecto a la modalidad de ingreso en la diplomatura (GRAFICO II) la mayoría ha accedido a través de COU y selectividad (61,7%), seguidos por el grupo procedente de Formación Profesional (29,3%), y el resto por otras carreras (2%) y mayores de 25 años (7%). Respecto a la situación laboral de los alumnos (GRAFICO III): la mayoría no trabaja (58%), y de los que tienen una vida laboral activa (41,9%) una gran parte de ellos trabajan en el sector sanitario (32%).

**GRÁFICO I**  
**ALUMNOS DE 1º DE/PRÁCTICAS CLÍNICAS**  
**POR SEXO.**



Fuente: Cuestionario de Valoración de tiempo.esfuerzo por objetivos,

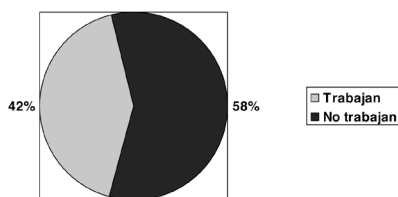
**GRÁFICO II**  
**MODALIDAD DE ACCESO A LA UNIVERSIDAD**



Fuente: Cuestionario de Valoración de tiempo.esfuerzo por objetivos,



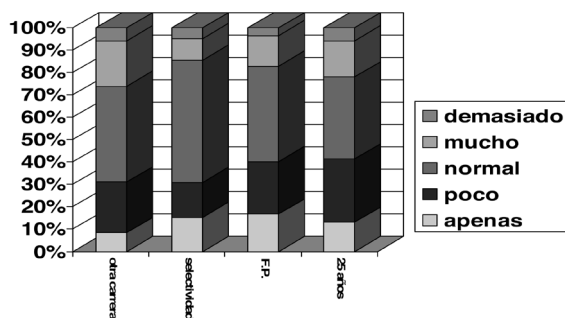
**GRÁFICO III**  
SITUACIÓN LABORAL DE LOS ALUMNOS EN PRÁCTICAS CLÍNICAS



Fuente: Cuestionario de Valoración de tiempo.esfuerzo por objetivos,

Mediante la implementación de un cuestionario integrado por los objetivos en prácticas clínicas y basado en la escala de likert se ha obtenido la valoración global (del conjunto compuesto por los 28 objetivos incluidos en las prácticas clínicas) del tiempo percibido por los alumnos según su procedencia de entrada (GRAFICO IV):

**GRÁFICO IV**  
VALORACIÓN GLOBAL DEL TIEMPO NECESARIO PARA ALCANZAR OBJETIVOS EN PRÁCTICAS CLÍNICAS SEGÚN TIPO DE ACCESO DEL ALUMNADO



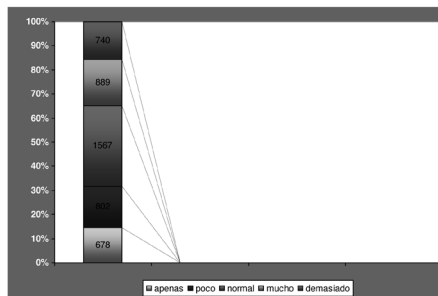
Fuente: Cuestionario de Valoración de tiempo.esfuerzo por objetivos,

- Los “procedentes de otra carrera” opinan que apenas les ha llevado tiempo (8,3%), poco tiempo (22,6%), tiempo normal (42,8%), mucho tiempo (20,3%) y demasiado tiempo (5,9%).
- Los que han ingresado a través de la “selectividad” han percibido de forma global el nivel de tiempo preciso para el logro de sus objetivos en las siguientes proporciones: apenas tiempo (15,2%), poco tiempo (15,6%), el tiempo normal (54,5%), mucho tiempo (9,6%), demasiado tiempo (4,9%).

- La valoración de los alumnos procedentes de “formación profesional” se refleja en las siguientes proporciones: apenas tiempo (17%), poco tiempo (23,7%), el tiempo normal (43,1%), mucho tiempo (13,8%), demasiado tiempo (3,6%).
- Por último, los alumnos que entran mediante “acceso a mayores de 25 años” valoraron globalmente el tiempo en el logro de los objetivos de la siguiente forma: apenas tiempo (13,1%), poco tiempo (28,2%), el tiempo normal (36,6%), mucho tiempo (16%), demasiado tiempo (5,9%).

Todos los alumnos han valorado globalmente el tiempo necesario para el logro de los objetivos –en su totalidad (los 28)– durante las prácticas clínicas (GRAFICO V): apenas les lleva tiempo (14,4%), poco tiempo (17%), el tiempo

GRÁFICO V  
VALORACIÓN GLOBAL DEL TIEMPO NECESARIO PARA  
ALCANZAR OBJETIVOS EN PRÁCTICAS CLÍNICAS (DEL  
CONJUNTO TOTAL DE ALUMNOS)



Fuente: Cuestionario de Valoración de tiempo.esfuerzo por objetivos

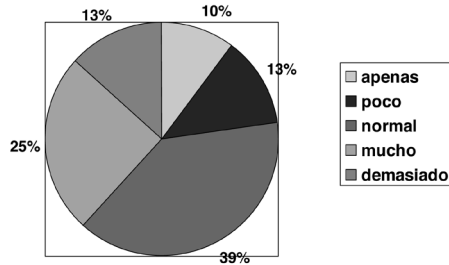
normal (33,5%), mucho tiempo (19%), demasiado tiempo (15,2%). Esta misma valoración global del tiempo preciso para alcanzar los logros del conjunto de los objetivos de prácticas clínicas se puede apreciar desde la perspectiva de la situación laboral activa y los que se dedican sólo a estudiar (GRAFICOS VI y VII):

- Los alumnos en situación laboral activa opinan que apenas les lleva tiempo (10%), poco tiempo (13%), el tiempo normal (39%), mucho tiempo (25%), demasiado (13%).
- Los alumnos que no trabajan opinan, empero, que apenas les lleva tiempo (17%), poco tiempo (24%), el tiempo normal (33%), mucho tiempo (16%) y demasiado (10%).

Esta misma valoración global del tiempo de logro del conjunto de los objetivos en prácticas clínicas ha sido analizado desde la diferencia de género (Insertar GRAFICOS VIII y IX):

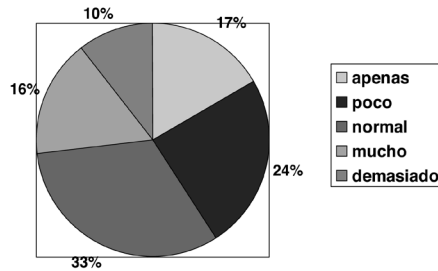
VALORACIÓN DEL TIEMPO Y ESFUERZO EMPLEADO POR LOS ALUMNOS DE ENFERMERÍA EN LA CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS DURANTE SUS PRÁCTICAS CLÍNICAS.

**GRÁFICO VI**  
**VALORACIÓN GLOBAL DEL TIEMPO NECESARIO PARA ALCANZAR OBJETIVOS EN PRÁCTICAS CLÍNICAS (ALUMNOS EN SITUACIÓN LABORAL ACTIVA)**



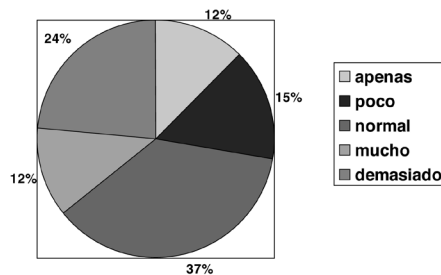
Fuente: Cuestionario de Valoración de tiempo.esfuerzo por objetivos,

**GRÁFICO VII**  
**VALORACIÓN GLOBAL DEL TIEMPO NECESARIO PARA ALCANZAR OBJETIVOS EN PRÁCTICAS CLÍNICAS (ALUMNOS QUE NO TRABAJAN)**



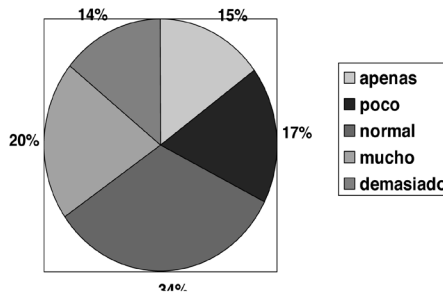
Fuente: Cuestionario de Valoración de tiempo.esfuerzo por objetivos,

**GRÁFICO VIII**  
**VALORACIÓN GLOBAL DEL TIEMPO NECESARIO PARA ALCANZAR OBJETIVOS EN PRÁCTICAS CLÍNICAS (ALUMNOS VARONES)**



Fuente: Cuestionario de Valoración de tiempo.esfuerzo por objetivos,

**IX  
VALORACIÓN GLOBAL DEL TIEMPO NECESARIO PARA ALCANZAR  
OBJETIVOS EN PRÁCTICAS CLÍNICAS (ALUMNAS)**



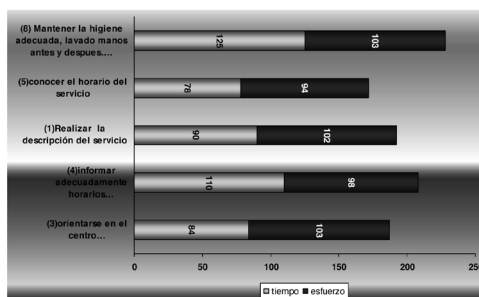
Fuente: Cuestionario de Valoración de tiempo.esfuerzo por objetivos,

- Los alumnos varones han percibido que: apenas les lleva tiempo (12%), poco tiempo (15%), el tiempo normal (37%), mucho tiempo (12%), demasiado (24%).
- Las alumnas, por su parte, han valorado que: apenas les lleva tiempo (15%), poco tiempo (17%), el tiempo normal (34%), mucho tiempo (20%), demasiado tiempo (14%).

Analizando las respuestas en las escalas adaptadas de Likert y Ogood, se han presentado los siguientes resultados respecto a los niveles tiempo-esfuerzo de cada uno de los 28 objetivos de prácticas clínicas:

- Los objetivos de prácticas clínicas percibidos como los que “apenas les llevarán tiempo-esfuerzo, presentados de orden de menor a mayor (GRÁFICO X): conocer el horario del servicio (objetivo nº 5), orientarse en el centro

**GRÁFICO X  
OBJETIVOS DE PRÁCTICAS CLÍNICAS CUYO CUMPLIMIENTO  
“APENAS” LES LLEVARA TIEMPO-ESFUERZO.**

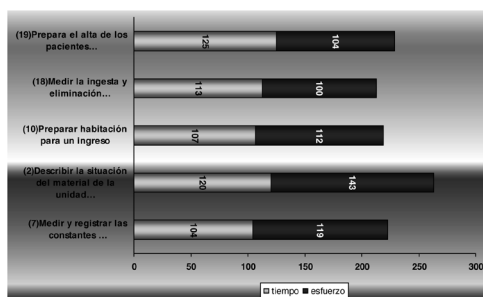


Fuente: Cuestionario de Valoración de tiempo.esfuerzo por objetivos,

(objetivo nº 3), realizar la descripción del servicio (objetivo nº 1), informar adecuadamente de los horarios (objetivo nº 4), mantener la higiene adecuada, lavado de manos antes y después de... (Objetivo nº 8).

- Los objetivos que se han percibido como aquellos que les llevarían “poco tiempo-esfuerzo” (también de menor a mayor nivel) (GRÁFICO XI): medir la ingesta y la eliminación (objetivo nº 18), preparar la habitación para un ingreso (objetivo nº 10), medir y registrar las constantes (objetivo nº 7), preparar el alta de los pacientes (objetivo nº 19), describir la ubicación del material de la unidad (objetivo nº 2).

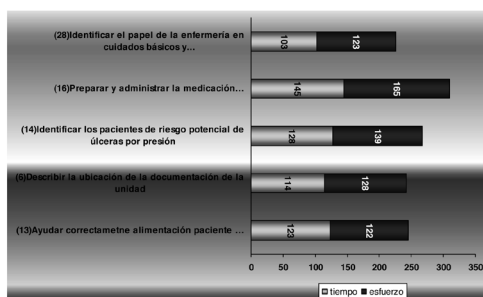
**GRÁFICO XI**  
OBJETIVOS DE PRÁCTICAS CLÍNICAS CUYO CUMPLIMIENTO LES LLEVARA “POCO TIEMPO-ESFUERZO”.



Fuente: Cuestionario de Valoración de tiempo.esfuerzo por objetivos,

- Los objetivos que se han percibido dentro del nivel tiempo-esfuerzo normal en relación a su logro han sido (GRÁFICO XII): describir la ubicación de la documentación y registros en la unidad (objetivo nº 6), ayudar a alimentarse correctamente a un paciente (objetivo nº 13), identificar los

**GRÁFICO XII**  
OBJETIVOS DE PRÁCTICAS CLÍNICAS CUYO CUMPLIMIENTO LES LLEVARA “EL TIEMPO-ESFUERZO NORMAL”.

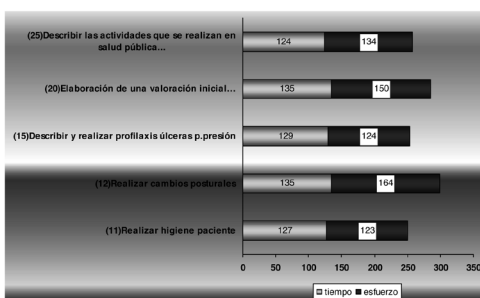


Fuente: Cuestionario de Valoración de tiempo.esfuerzo por objetivos,

pacientes de riesgo potencial de úlcera por presión (objetivo nº 14), identificar el papel de enfermería en cuidados básicos (objetivo nº 28), preparar y administrar la medicación (16).

- Objetivos interpretados como aquellos que requieren “mucho tiempo-esfuerzo” para su realización (GRÁFICO XIII): describir la actividad que realizan en salud pública (objetivo nº 25), elaborar una valoración inicial (objetivo nº 20), realizar higiene paciente (objetivo nº 11), describir y realizar profilaxis de úlcera por presión (objetivo nº 15), realizar cambios posturales (objetivo nº 12).

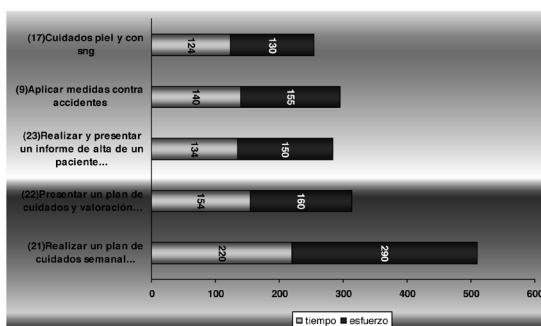
**GRÁFICO XIII**  
OBJETIVOS DE PRÁCTICAS CLÍNICAS CUYO CUMPLIMIENTO LES LLEVARA “MUCHO TIEMPO-ESFUERZO”.



Fuente: Cuestionario de Valoración de tiempo.esfuerzo por objetivos,

- Objetivos que requieren “demasiado tiempo-esfuerzo (GRÁFICO XIV): cuidar la piel con pacientes sondados (nasogástrica y vesicalmente) (objetivo nº 17), realizar y presentar el informe de alta (objetivo nº 23), aplicar

**GRÁFICO XIV**  
OBJETIVOS DE PRÁCTICAS CLÍNICAS CUYO CUMPLIMIENTO LES LLEVARA “DEMASIADO TIEMPO-ESFUERZO”.



Fuente: Cuestionario de Valoración de tiempo.esfuerzo por objetivos,

medidas contra accidentes (objetivo nº 9), presentar un plan de cuidados con valoración inicial (objetivo nº 22), realizar un plan de cuidados semanal (objetivo nº 21).

## **5.2 Percepción del tiempo y esfuerzo para el logro de objetivos durante las prácticas clínicas (diario de campo)**

Tras el proceso de tratamiento de los 167 diarios de campo elaborados por los alumnos y su correspondiente categorización mediante fragmentos de texto significativos (citas), codificación (identificación mediante palabras clave de grupos de palabras y/o frases incluidas en las citas); los 28 objetivos han sido agrupados en 6 familias (conjunto de palabras o frases que comparten una serie de códigos y características que los vinculan como un denominador común). Estas familias o grupos de objetivos que comparten rasgos comunes han quedado agrupadas en seis grandes bloques de objetivos:

- 1) Ubicación espacio temporal (objetivos: 1, 2, 3, 4, 5).
- 2) Cadena alimentación, higiene, eliminación, cambios posturales (objetivos 8, 11, 12, 13, 18).
- 3) Constantes vitales, medicación, profilaxis de úlceras por presión, identificación y protocolo de cuidados de la piel (objetivos: 7,14, 15, 16, 17).
- 4) Registros, preparar el alta, valoración inicial, realizar y presentar planes de cuidados y valoración inicial (objetivos: 19, 20, 21, 22).
- 5) Enfermería comunitaria (objetivos: 24, 25, 26, 27, 28).
- 6) Aplicación medidas universales de prevención-protección accidentes, preparar habitación, describir la ubicación de la documentación (objetivos: 6,9, 10).

En relación a la percepción del tiempo para el logro de objetivos que se refleja en los diarios de campo elaborados durante las prácticas clínicas (Gráfico XV), resulta evidente que, según lo percibido por los propios alumnos, lo que les ocupa más tiempo es la familia de objetivos “registros y trabajos”. El 27% del tiempo de los alumnos se emplea tanto los planes de cuidados que tienen que realizar semanalmente con sus respectivas valoraciones iniciales, como su preparación para la presentación ante el docente. Es decir esta familia de objetivos es la percibida como la que les ocupa más tiempo. Estos “registros”, contrariamente a lo que pudiera pensarse, no constituyen la parte nuclear de las actividades diarias de los alumnos en sus prácticas clínicas, dado que, en un principio la mayor parte de su tiempo la emplean en labores de tipo práctico.

Entre las manifestaciones significativas respecto a esta familia de objetivos destacan las lamentaciones por el exceso de tiempo empleado en tareas que son consideradas por ellos mismos como “subalternas”. Sin duda se trata de una percepción errónea, dado que no son actividades subalternas, sino tareas que

la enfermera debe conocer a la perfección para velar en todo momento por su perfecta realización. Expresiones del tipo:

–“Me he pasado toda la mañana haciendo camas con las auxiliares y yo no estoy estudiando para eso (...)”

–“No estamos aquí para hacer recaditos llevando papeles de un servicio a otro (...)”.

Por otro lado, la elaboración de los registros, particularmente los planes de cuidados no sólo les ocupa un tiempo que no se corresponde con la “rutina” del servicio (no forma parte de su labores según la organización previa de las plantas hospitalarias), sino que, por ende, el alumno encuentra grandes dificultades para seguir los planes de cuidados con el mismo paciente con un nivel de continuidad adecuado. No muestran especial satisfacción por la consecución del logro en esta familia de objetos. Otro problema que reflejan los diarios es el excesivo número de planes de cuidados que tienen que elaborar:

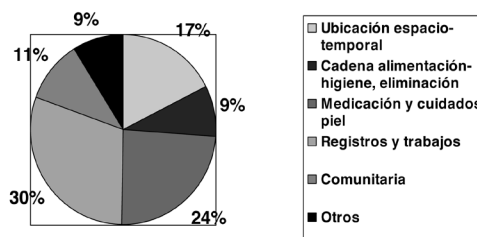
“Un plan de cuidados semanal es una barbaridad, apenas tenemos tiempo (...)”

Otra queja que se repite de forma variada en los diarios es la irregular estancia de los pacientes en los servicios:

“Me he tenido que arreglar para hacer el plan de cuidados con dos días, pues se ha ido de alta y apenas me ha dado tiempo (...)”

El esfuerzo requerido para el logro de esta misma familia de objetivos (Gráfico XVI) es aún percibida de forma más significativa a través de las manifestaciones de los diarios (30%); es decir, según la percepción subjetiva de los alumnos la elaboración de registros-planes de cuidados y su correspondiente presentación les supone el mayor nivel de esfuerzo:

GRÁFICO XVI  
PERCEPCIÓN DEL ESFUERZO PARA EL LOGRO DE OBJETIVOS  
DURANTE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS (DIARIO DE CAMPO)



Fuente: diario de prácticas clínicas alumnos de 1º Enfermería. Curso 2005-6



“No sólo tengo que estudiarme la teoría del plan de cuidados, sino que tengo que tener en cuenta la visión que de esa teoría tiene el tutor que me los corrige”

“Cuando me han revisado el plan de cuidados dos profesores distintos uno me ha dicho que estaba bien y el otro que tenía errores de bulto (...)”.

La segunda familia de objetivos en la que se ha empleado más tiempo es la constituida por la cadena: “alimentación, higiene, eliminación, cambios posturales” (22%). Paradójicamente, todos los objetivos agrupados en esta categoría son percibidos por los alumnos como rutinarios, dado que se realizan prácticamente a diario y forman parte de los cuidados cuyos protocolos son más estables (introducen menos cambios de un día para otro) lo que repercute en una sensación de estar realizando una actividad estandarizada que, aunque les ocupa mucho tiempo, no les obliga a grandes dosis de concentración, lo que repercute en un nivel de satisfacción del logro medio o bajo:

“Todos los días damos los desayunos a la misma hora, procedemos al aseo de los pacientes que lo requieren, a los que ya conocemos porque suelen ser siempre los mismos (...)”.

“Los cambios posturales no los hacemos solos y siempre suelen ser los mismos a los mismos enfermos (...)”

“Es algo que haces casi sin pensar, de forma automática, por eso el tiempo pasa más deprisa (...)”.

El nivel de esfuerzo percibido por los alumnos para esta familia de objetivos ocupa igualmente el segundo lugar (24%). Se identifica, no obstante, una diferencia cualitativa en cuanto al tipo de esfuerzo –más físico y que, en consecuencia, provoca cansancio físico– respecto al esfuerzo desarrollado para el logro de otras familias de objetivos.

“Esta mañana no he parado de mover enfermos y tengo la espalda rota”

“Cuando los timbres se ponen a sonar y no paras de repartir la comida y te tienes que lavar las manos y dejar las comidas para poner cuñas mientras otra gente te pide otras cosas el mundo se te viene encima”.

La familia de objetivos integrado en la categoría “ubicación espacio temporal” con un 17% es percibida como la tercera en cuanto al tiempo que empleado para su logro.

“Son diferentes alas: norte, sur...es un lío...el primer día me perdía cuando iba a la cafetería y aún estaría en el laboratorio sino llega a ser por un celador que se apiadó de mí”.

“Cuando me piden un suero o una bolsa de gasas o lo que sea, me vuelvo loca porque no sé dónde ir y allí siempre van todos con mucha prisa...eso me ha generado mucha angustia”.

“Los números en las habitaciones es posible que despersonalicen al paciente al principio, pero son necesarios porque no te puedes aprender los nombres de todos ni mucho menos memorizar dónde está cada uno... no sé cuántas veces me he confundido de habitación al ir a buscar a un paciente y me he encontrado con otro...los números son necesarios”.

La percepción del nivel de esfuerzo es plenamente coincidente con la forma en la que los alumnos perciben el nivel de tiempo requerido para el logro en esta misma familia de objetivos (17%):

“A veces lo que te cuesta más es recordar dónde está cada paciente...”

“Resulta muy complicado, sobre todo al principio, memorizar el lugar donde están los sueros, los carritos de curas, etc.”

La familia de objetivos “medicación-cuidados de la piel” (16%) ocupa el cuarto lugar en cuanto al tiempo empleado para el logro de objetivos. Este tipo de objetivos, particularmente la medicación, resulta particularmente estimulante para los alumnos. Independientemente del tiempo y el esfuerzo empleado, los alumnos perciben como muy necesario las actividades y tareas implicadas en la dispensación de medicación. Por otro lado el nivel de satisfacción percibido en el logro de la tarea es muy superior al resto de las familias de objetivos:

“Por fin esta mañana he puesto mi primera inyección intramuscular. Ha sido a un paciente mayor con máscara de oxígeno y problemas respiratorios. Nunca lo olvidare. Ojala todos los días pudiera hacer algo parecido...”.

“Me imponía mucho, pero era más las ganas de hacer mi primera extracción de sangre que el temor a fallar, supongo que eso es confianza. Me alegro un montón de haberme atrevido. Creo que sirvo para esto (...)”

Esta misma familia de objetivos, respecto al nivel de esfuerzo para el logro, ocupa el segundo lugar (24%). Es un caso inusual, dado que no coinciden las percepciones de los alumnos respecto al nivel tiempo esfuerzo. De forma general, los alumnos opinan que les cuesta mucho más esfuerzo que tiempo el conjunto de tareas integrados en la categoría “medicación-cuidados de piel”. Este hecho puede deberse a que una mayor concentración y reflexión en el proceso de aplicación de la tarea influye en que la experiencia sea vivida de forma más intensa lo que determina que el tiempo “pase más rápido”.

“Aunque poner la medicación me lleva menos tiempo que hacer las camas o repartir las comidas, para poner una intramuscular, por ejemplo, necesito estar más concentrada y pendiente de cada uno de los pasos (...)”

“Cuando voy a poner la medicación se me pasa el tiempo volando (...)”.

La familia de objetivos integrados en la categoría “enfermería comunitaria” (13%) es la que ocupa el quinto lugar en cuanto al tiempo empleado para el logro de objetivos. En general muestran una cierta dificultad para separar el espacio comunitario de la institución cerrada hospitalaria a la hora de valorar el tiempo que emplean. Esta circunstancia puede estar relacionada con el hecho de que en las visitas que realizan a los domicilios suelen prestar especial atención a las tareas integradas en la familia “medicación-cuidados de la piel”, aunque son conscientes de que el ámbito de actuación es diferente. Dadas las manifestaciones vertidas en los diarios de campo, el nivel de satisfacción específico es difícil de precisar de forma aislada con respecto al ámbito hospitalario.

“No he notado demasiadas diferencias con el hospital, aunque, claro, en el centro de salud salimos a la calle y eso (...)”

“En comunitaria se notan diferencias, pero no tantas como yo esperaba. En el fondo las enfermeras no dejan de hacer lo mismo. Además muchas hace poco que estaban en un hospital...eso se nota (...)”.

Esta misma familia de objetivos ocupa el quinto lugar (9%) con el mismo porcentaje en cuanto al nivel de esfuerzo requerido que los objetivos integrados en la familia “otros”. La percepción del nivel de esfuerzo requerido para alcanzar el logro en el contexto de la enfermería comunitaria no aparece como especialmente relevante; aunque sí llama la atención de los alumnos el momento del cambio: de hospital a centro de salud y viceversa.

“Se viene a hacer lo mismo, pero sí es cierto que vas un poco más relajado, sobre todo si tienes suerte con la enfermera que te toca”.

“Está muy bien lo de las visitas domiciliarias, creo que eso es enfermería”.

“Estaba muy nerviosa antes del cambio, pero realmente te adaptas bien”.

Por último, la familia de objetivos agrupados en la categoría otros (5%) es percibida en los diarios como la que menos tiempo les ocupa. “Otros” está compuesta por los objetivos tan disímiles como: aplicar medidas universales de protección de accidentes, preparar la habitación del paciente a su ingreso, describir la ubicación de la documentación clínica.

Tal vez la escasa referencia a estos objetivos se deba al carácter tácito de los mismos. Aunque son objetivos tan importantes como el resto, el alumno no lo percibe así o, al menos, no necesita invertir tanto tiempo –conscientemente– en su realización. El nivel de satisfacción no se infiere de lo escrito en los diarios de forma clara en esta categoría.

El nivel de esfuerzo de esta misma familia ocupa el quinto lugar (junto con la familia “enfermería comunitaria”). Por las mismas razones que para la percepción del nivel de tiempo (carácter implícito de los objetivos).

“Es verdad que cuando ingresas a un paciente y te encuentras que la habitación asignada está sin preparar das muy mala imagen como profesional, pero ese es un trabajo que depende de todos no sólo del que le toca hacer el ingreso”.

## 6. DISCUSIÓN

Paradójicamente, diferentes tipos de objetivos percibidos como “muy profesionales” por los alumnos (“la elaboración de registros y planes de cuidados), y otras familias de objetivos cuyo logro es interpretado subjetivamente como “de escaso nivel de cualificación” (“Alimentación, higiene, eliminación, cambios posturales”), son reflejados en los diarios de campo como de satisfacción media o baja.

En la familia de objetivos integrada en la categoría “registros-plan de cuidados y su presentación” que es la que mayor nivel de tiempo y esfuerzo supone para los alumnos, es pertinente valorar la incidencia de la disparidad de criterio de los tutores-docentes en el proceso de revisión-valoración de los mismos.

En familias de objetivos como en el caso de las integradas en la categoría “medicación-cuidados de piel” no coinciden las percepciones de los alumnos respecto al nivel tiempo esfuerzo, dado que los procedimientos relacionados con la medicación suele requerirles un mayor nivel de reflexión y concentración; o lo que es lo mismo el esfuerzo se puede percibir como una tarea o actividad que es “vvida más intensamente” y por tanto el tiempo “pasa más deprisa” que en la aplicación de otras tareas.

Desde la perspectiva autocrítica, hay que precisar que no se ha calculado bien el nivel de trabajo requerido para llevar adelante el proyecto inicial, dado que éste incluía una fase en la que se tenía que repetir el cuestionario (sociológico y de las escalas de Likert y Osgood modificadas), y, por dificultades de ajuste cronológico con las prácticas clínicas se ha tenido que desestimar.

Al tratarse de un estudio en el que no se recogen “muestras”, los datos obtenidos no son producto de inferencias, sino de observaciones, descripciones, análisis e interpretaciones repetidos por la totalidad de la población que es objeto de estudio.

## 7. CONCLUSIONES

- Se ha confirmado la hipótesis inicial dado que: el diario de campo (diario de prácticas clínicas) constituye un instrumento esencial para potenciar la reflexión en la acción de los alumnos sobre sus propias necesidades educativas, en general, y la estimación del tiempo y esfuerzo necesario para alcanzar los 28 objetivos integrados en las prácticas clínicas en particular.
- Asimismo se ha demostrado la pertinencia del “diario de prácticas clínicas” como herramienta potenciadora de la comunicación reflexiva en la acción, y, paralelamente, la integración teórico-práctica de conocimientos, competencias y habilidades en el proceso de prácticas clínicas.
- Es evidente la existencia de diferentes tipos de esfuerzo según se trate del logro de objetivos en materia de habilidades de tipo práctico que provocan cansancio físico, por un lado, o de objetivos fundamentalmente de tipo teórico incluyendo su aplicación en forma de registros que, junto con los procesos de evaluación pueden generar agotamiento psicológico.
- A mayor concentración e intensidad en el proceso de aplicación de la tarea menor sensación de tiempo.
- La valoración previa de los objetivos, no fundamentada en la experiencia, permite obtener una visión de las expectativas de los alumnos de acuerdo con sus propias capacidades de análisis.
- El diario de prácticas clínicas permite la observación de información compleja: nivel de tiempo esfuerzo, pero además: estilo de escritura y redacción, capacidad de interpretar sus propias experiencias, jerarquización de ideas, organización y estructuración de las experiencias, potencial analítico y hermenéutico, intereses, actitudes, miedos, alegrías, etc.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

- ALTHEIDE, D.L. (1987) Ethnographic content analysis. *Qualitative Sociology*, 10/1: 65-67.
- ANDREU, R; ET AL (2005) Experiencia práctica de valoración docente: tiempo y esfuerzo de aprendizaje del alumno. En: MARTÍNEZ, M<sup>a</sup> A. y CARRASCO, V. (Edits.) *Investigar en diseño curricular. Redes de docencia en el Espacio Europeo de Educación Superior*. Universidad de Alicante/ Marfil, Alcoy: 267-286.
- ANECA (2003) Programa de convergencia europea. El crédito europeo. Madrid, ANECA.
- ANGERA, M. T. (1988). *La observación en la escuela*. Barcelona: Grao.
- ARNAL, J; ET AL (2005) Valoración del esfuerzo y el tiempo de aprendizaje en la asignatura “Matemática Discreta de las Ingenierías Informáticas. En: MARTÍNEZ, M<sup>a</sup> A. y CARRASCO, V. (Edits.) *Investigar en diseño curricular*.

- Redes de docencia en el Espacio Europeo de Educación Superior. Universidad de Alicante/ Marfil, Alcoy: 287-306.
- BARBERÁ E. (1999). Evaluación de la enseñanza, evaluación del aprendizaje. Edebé: Barcelona.
- BARRY, C. (1998) (1998) Choosing Qualitative Data Analysis Software: Atlas/ti and Nudist Compared. Sociological Research Online, vol. 3, no. 3.
- BERNANRDO CARRASCO, J. (1991). Técnicas y recursos para el desarrollo de las clases. Ediciones Rialp: Madrid.
- BEWLEY, C. (2000) Feelings and experiences of midwives who do not have children about caring for childbearing women Midwifery. 16(2):135-44.
- COOK, S.H. (1991) Mind the theory/practice gap in nursing. Journal of Advanced Nursing 16: 1462-1469.
- CROCKER, C. (1986) El paradigma funcional de los profesores. Revista de Innovación e Investigación Educativa, 1: 53-64.
- DALTON, L.M. (2004) Time as a source of conflict: student nurse experiences of clinical practice in a rural setting. Rural Remote Health.4(2):256-9.
- DELAVIGNE, R. (2003) Créditos ETCS y métodos para su asignación. ANECA.
- ESCUDERO, J. M. (1981) Modelos didácticos. Oikos-Tau, Barcelona.
- ESCUDERO, J.M. y GONZÁLEZ, M.T. (1984) La renovación pedagógica: algunos modelos teóricos y el papel del profesor. Editorial Escuela Española, Madrid.
- FLICK, U. (2004) Introducción a la investigación cualitativa. Ediciones Morata, Madrid.
- GARCIA JORBA, J. M. (2000) Diarios de campo. Anaya, Madrid.
- GEERTZ, C. (1989) El antropólogo como autor. El antropólogo como autor. Paidós, Barcelona.
- GARCIA JORBA, J. M. (2000) Diarios de campo. Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid.
- GARCIA, E. (1987) Pensamientos de los profesores sobre la evaluación. Una teoría práctica. Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación Sevilla.
- GOETZ, J.P. & LECOMPTE, M. (1988) Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa. Morata, Madrid.
- GUTTMAN, L. (1984): Base para elaborar escalas con datos cualitativos. En Summers, F.(1984): Medición de actitudes. Trillas, México.
- HABERMAS, J. (1991) Teoría de la acción comunicativa. Taurus, Madrid.
- HABERMAS, J. (2002) Teoría y praxis. Tecnos, Madrid.
- KUHN, T.S. (1995) ¿Qué son las revoluciones científicas? Ediciones Altaya, Barcelona.
- LANDOW, G.P.(1995) Hipertexto. La Convergencia de la teoría crítica contemporánea y la tecnología, , Paidos Hipermedia 2. Barcelona.

- LATORRE, A., y GONZALEZ, R. (1987) El maestro investigador. La investigación en el aula. Graó, Barcelona.
- LÁZARO, A. Y ASENSI, J. (1987): La observación. En Lázaro y Asensi, manual de Orientación Escolar y Tutoría. Nancea, Madrid.
- MARTÍNEZ, M<sup>ª</sup>A. Y SAULEDA, N.(2002) Las narrativas de los profesores: una perspectiva situada Editorial Club Universitario, Alicante.
- LEE, E; & LEE; M. (2006) Comparison of nursing interventions performed by medical-surgical nurses in Korea and the United States. Int J Nurs Terminol Classif; 17(2): 108-17.
- EVANS, B.C. (2006) The multicultural research process. Journal of Nurse Education. 45/7: 275-9.
- MEDINA, A. y VILLAR, L. M. Coordinadores (1995). Evaluación de Programas Educativos, Centros y Profesores. Editorial Universitas: Madrid.
- MORALES, P. (2000): Medición de actitudes en psicología y educación. 2ª edición revisada. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- OSHEROFF, J.A. ET AL. (1991) Physicians' information needs: analysis of questions posed during clinical teaching Ann Intern Med. 1; 114(7):576-81.
- PAGANI, R. (2002) Informe técnico. El crédito europeo y el sistema educativo español. (<http://www.eees.ua.es>) Página Web: [http://aneca.es/modal\\_eval/docs/doc](http://aneca.es/modal_eval/docs/doc).
- PALAZÓN, F. (1991) El educador ¿tecnólogo o investigador? Anales de Pedagogía, 9: 197-241.
- PEREZ GOMEZ, A. (1988) El pensamiento práctico del profesor. Perspectivas de la función docente. Narcea, Madrid: 118-148.
- PERRENOUD, P. (2004) Desarrollar la práctica reflexiva en el oficio de enseñar: profesionalización y razón pedagógica Graó, Barcelona.
- PLUMER, K. (1989) Los documentos personales. Introducción a los problemas y bibliografía del método humanista, Siglo XXI, Madrid.
- PORLAN, R.; MARTIN, J. (1.996): El diario del profesor. Un recurso para la investigación en el aula. Colección Investigación y enseñanza. Diada, Sevilla.
- POSTIC, M., y DE KETELE, J.M. (1992). Observar las situaciones educativas. Madrid: Narcea. 1988.
- PUJADAS, J.J. (1992) El método biográfico: Las historias de vida en ciencias sociales. CIS, Madrid.
- RIHEL, J. (1992) Modelos conceptuales de Enfermería. Doyma, Barcelona.
- RODRIGUEZ GOMEZ, G. et al (1.995): Análisis de datos Cualitativos asistido por ordenador. AQUAD Y NUDIST Barcelona: PPU.
- RUIZ, J.I., e ISPIZUA, M<sup>ª</sup> A. La descodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa. Ediciones de la Universidad de Deusto, Bilbao.

- SAN MARTÍN, J. (1994) *La antropología: ciencia humana, ciencia crítica*. Montesinos, Barcelona.
- SANTOS, M. (2003) *Una flecha en la diana. La evaluación como aprendizaje*. Narcea, Madrid
- SCHMELKES, S. (2001), *La combinación de estrategias cuantitativas y cualitativas en la investigación educativa: Reflexiones a partir de tres estudios*. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 3 (2).
- SCHÖN, D.A. (1998) *El profesional reflexivo: cómo piensan los profesionales cuando actúan*. Paidós, Barcelona.
- SEOANE, J. y RECHEA, C. (1976). *Psicometría*. Madrid: UNED. (TEMA DE LA VALIDEZ INTERNA O CREDIBILIDAD).
- SILES J, GARCÍA, E. (1995) *Las características de los paradigmas y su adecuación a la investigación en enfermería*. *Enfermería Científica*, 160/161: 10-15.
- SILES, J. (1997a) *Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina*. *Enfermería Clínica*. *Enfermería Clínica*: 4/7: 188-194.
- SILES, J. (2001) *Antropología narrativa de los cuidados. Por una rentabilización pedagógica de materiales narrativos*. Consejo Valenciano de Enfermería, Alicante.
- SILES, J. (2001) *Los textos como fuente de conocimientos en ciencias sociales y enfermería. Una aplicación de la metodología cualitativa (II)*. *Index de enfermería*/ 34: 33-36.
- SILES, J. (2003) *Enfermería y antropología*. *Index*, XII/43: 28-32.
- SILES, J. et al (1996) *La diferencia entre el aula y el centro sanitario: una apuesta por la implicación del alumnado en el proceso de armonización teórico-práctico (I)*. *Publicación Científica de Enfermería* 9: 7-11.
- SILES, J. et al (1997b) *La diferencia entre el aula y el centro sanitario: una apuesta por la implicación del alumnado en el proceso de armonización teórico-práctico (II)*. *Publicación Científica de Enfermería* 10: 17-25.
- SILES, J. et al (2005b) *Las redes de investigación en docencia universitaria en el proceso de convergencia de créditos europeos. Un ejemplo práctico: elaboración de una guía docente de "Fundamentos histórico antropológicos de enfermería"*. En: MARTÍNEZ, M.A Y CARRASCO, V. Edits. *Investigar en diseño curricular. Redes de docencia en el espacio europeo de educación superior*. Marfil, Alcoy: 95-116.
- SILES, J. (2001) *Los textos como fuentes de conocimientos en Ciencias Sociales y Enfermería (1): una aplicación de la metodología cualitativa*. X(32-33):28-34.
- SILES, J; et al (2004) *Las diferencias culturales implicadas en el proceso de prácticas clínicas en enfermería. Una aportación desde la antropología de*



- la complejidad y el pensamiento crítico (II) En: BERNABEU, G y SAULEDA, N. (Edits) Espacios de investigación en la profesionalización docente universitaria. Marfil, Alcoy: 97-117.
- SILES, J; et al.(2004) Antropología educativa aplicada a las prácticas clínicas en enfermería. Las diferencias culturales implicadas en el proceso de prácticas clínicas de enfermería. Una aportación desde la antropología de la complejidad y el pensamiento crítico (I).. En: MARTÍNEZ, M. Coord. Redes de colaboración para el aprendizaje. Marfil, Alcoy: 191-204.
- SILES, J; SOLANO, C; CIBANAL, L. (2005a) Holismo e investigación cualitativa en el marco de la antropología de la complejidad. Una reflexión sobre la pertinencia metodológica en las ciencias sociosanitarias y humanas. Cultura de los Cuidados, IX/18: 68-84.
- TAYLOR, S. & BOGDAN, R. (1986) Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Paidós Buenos Aires.
- UNDERWOOD, S.M. (2006) Culture, diversity, and health: responding to the queries of inquisitive minds. J Nurs Educ. 45(7):281-6.
- VALLÉS, M. S. (1997) Técnicas cualitativas de investigación social. Síntesis, Madrid.
- VAN MANEN, M. (2003) Investigación educativa y experiencia vivida. Idea Educación, Paidós, Barcelona.
- WATSON, S.J. (1991) An analysis of the concept of experience. Journal of Advanced Nursing, 16: 1117-1121.
- WOODS, P. (1998) La escuela por dentro: la etnografía en la investigación educativa. Paidós, Barcelona.
- WRIGHT, G.M. (1987) Explicación y comprensión. Alianza, Madrid.
- ZABALZA, M.A. (2004) Diario de clase. Narcea, Madrid.

## ANEXO I

Nombre \_\_\_\_\_  
Apellidos \_\_\_\_\_

### “FUNDAMENTOS HISTÓRICO-ETNOGRÁFICOS DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA”

#### 1) ELABORACIÓN DE UN DIARIO DE CAMPO FOCALIZADO EN LAS NECESIDADES EDUCATIVAS DEL ALUMNO DE 1º DE ENFERMERÍA.

- Los alumnos elaborarán un diario de campo durante sus prácticas clínicas. En el mismo reflejarán todo aquello que estimen oportuno y que incide en su proceso formativo (según su propia visión de los acontecimientos y con total libertad). Asimismo, deberán reflejar el tiempo y el esfuerzo que les han llevado alcanzar los diferentes objetivos de prácticas clínicas haciendo constar y describiendo los problemas que hayan surgido en torno a la consecución de tal o cual logro.
- El cuestionario que a continuación se relaciona para su cumplimentación servirá de base para orientar la elaboración del diario de campo focalizándolo en las necesidades de los propios alumnos.
- El alumno cumplimentará y entregará el cuestionario durante el seminario I de Fundamentos de Enfermería.
- El alumno cumplimentará el diario de campo durante sus prácticas clínicas (tanto en hospital como en centro de AP)
- Para preservar la libertad de los alumnos, estos trabajos no serán sometidos a evaluación con calificación alguna. Sin embargo, dado su carácter obligatorio, los alumnos que no entreguen el cuestionario y/o diario de campo no serán evaluados de la asignatura “Fundamentos de Enfermería”

#### 2 OBJETIVOS DE PRÁCTICAS CLÍNICAS CORRESPONDIENTES AL PRIMER CURSO

El objetivo fundamental/general de las prácticas clínicas durante este curso es que el alumno se familiarice con el ambiente sanitario y desarrolle el Proceso de Enfermería en todas sus etapas.

Los objetivos que el alumno debe alcanzar al finalizar el periodo de prácticas, y que se exponen a continuación, se centrarán en los cuidados básicos.

Este listado de objetivos se completará con aquellos objetivos formativos específicos aportados por los profesionales de cada unidad (supervisión, coordinador, enfermería asistencial) en función del tipo de enfermos, recursos, aspectos organizativos, etc. de la misma, tras ser revisados por los profesores de la asignatura.

La consecución o logro de los objetivos se realizará atendiendo a las características de los pacientes de las distintas unidades y a las habilidades adquiridas por los alumnos.

## II.- DATOS SOCIOLOGICOS Y ACADÉMICOS DEL ALUMNO

- Edad:
- Sexo:
- Matriculado por (cou, fp, mayor 25, extranjero, etc):
- Ha trabajado o trabaja actualmente:
- Ha trabajado previamente en algún centro sanitario (celador, auxiliar, etc.):
- Hospital asignado para la realización de prácticas clínicas:
- Centro de A.P asignado para la realización de prácticas.

## III.- REFLEXIÓN SOBRE EL TIEMPO Y ESFUERZO PERCIBIDOS POR EL ALUMNO EN ARAS AL LOGRO DE LOS DIFERENTES OBJETIVOS

Expresar en tiempo y en esfuerzo percibido subjetivamente y a priori, lo que les puede costar el alcance de los siguientes objetivos.

- Identificar dos de mayor nivel de dificultad y dos de menor nivel de dificultad, esfuerzo y tiempo (Valorando tiempo y esfuerzo de forma conjunta-sintética).
  - 1) Realizar la descripción física de la unidad asignado: habitaciones, numeración, lencería, almacenes, etc.
  - 2) Describir la situación aproximada del material que se utiliza en la unidad.
  - 3) Orientarse en el hospital y conocer la ubicación de los servicios centrales.
  - 4) Informar adecuadamente de: los horarios de visitas e información a los familiares.
  - 5) Conocer la organización horaria del trabajo en la unidad, etc.
  - 6) Describir la ubicación de la documentación: historia clínica, documentos de registro enfermero, volantes etc., y la organización de la misma.
  - 7) Medir y registrar correctamente las constantes vitales de los pacientes asignados.
  - 8) Mantener las medidas higiénicas y de desinfección personales en el contacto con el paciente: lavado de manos antes y después de realizar procedimientos.
  - 9) Aplicar las medidas universales de protección contra accidentes con material biocontaminado (uso de guantes, desecho de residuos en contenedores).
  - 10) Preparar una habitación para recibir un ingreso (realización de la cama desocupada, material necesario en la habitación).

- 11) Realizar y explicar correctamente el procedimiento de la higiene completa de un paciente encamado.
  - 12) Realizar los cambios posturales y movilizar correctamente a un paciente que lo precise.
  - 13) Ayudar correctamente a la alimentación de un paciente que lo precise; en el caso de nutrición enteral, debe describir y realizar los diferentes pasos del procedimiento.
  - 14) Identificar los pacientes de riesgo de padecer úlceras por presión (escala utilizada en el hospital).
  - 15) Describir y realizar correctamente la profilaxis de las úlceras por presión.
  - 16) Preparar y administrar correctamente la medicación de los pacientes que tiene asignados (inyecciones intramusculares y subcutáneas, gotas, colirios, medicación oral, rectal).
  - 17) Realizar los cuidados de la piel y mantenimiento de un paciente con sonda nasogástrica y vesical.
  - 18) Medir la ingesta y eliminación de uno de los pacientes asignados.
  - 19) Preparar el alta de los pacientes asignados: determinar las necesidades de atención en el domicilio, entregar documentación y explicar instrucciones de visitas posteriores o toma de medicación, si precisa, realizar los trámites de la unidad relacionados con el alta (comunicado a cocina, farmacia, admisión, etc.).
- Registros:
- 20) Elaboración de un documento de valoración inicial personalizado (modelo de Virginia Henderson).
  - 21) Realizar un plan de cuidados de enfermería semanal a uno de los pacientes asignados.
  - 22) Presentar un plan de cuidados y documento de valoración debidamente cumplimentado para su discusión.
  - 23) Realizar, en el transcurso del módulo un informe un Informe de Enfermería al Alta de uno de los pacientes valorados.

#### OBJETIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

- 24) Identificar, junto al equipo de salud, los factores determinantes de la salud de la población, utilizando las técnicas específicas de observación y la recogida de datos.
- 25) Describir las diferentes actividades que se realizan en el campo de la salud pública para mantener y promover la salud de la comunidad.
- 26) Conocer el modelo profesional de la Enfermería Comunitaria, sus funciones

y el papel que desempeña dentro del Equipo multidisciplinar de Atención Primaria.

- 27) Conocer los distintos programas de salud que se desarrollan en el centro. Participar con los profesionales de enfermería del equipo, en las actividades de enfermería relacionadas con la función asistencial a las personas sanas o enfermas.
- 28) Identificar el papel de la enfermería en los cuidados básicos y habituales, ligados al sustento y continuidad de la vida y los cuidados de curación y tratamiento encaminados a asegurarla.

ANEXO II  
ESCALA DE MEDICIÓN DE TIEMPO NECESARIO PARA  
ALCANZAR OBJETIVOS EDUCATIVOS PRÁCTICAS CLÍNICAS

Escala de Likert modificada

Puntuación 0-5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Este objetivo apenas me llevará tiempo																
Este objetivo me llevara poco tiempo																
Este objetivo me llevará un tiempo normal																
Este objetivo me llevará mucho tiempo																
Este objetivo me llevará demasiada																

Fuente: García (2004): *Técnicas e instrumentos de Diagnóstico*. Proyecto docente. Sevilla: IETE

### ESCALA DE MEDICIÓN DE TIEMPO NECESARIO PARA ALCANZAR OBJETIVOS EDUCATIVOS PRÁCTICAS CLÍNICAS

Puntuación 0-5	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Creo que alcanzar este objetivo apenas me llevará tiempo												
Considero que alcanzar este objetivo me llevara poco tiempo												
Pienso que alcanzar este objetivo me llevará un tiempo normal												
Estimo que alcanzar este objetivo me llevará mucho tiempo												
Estimo que alcanzar este objetivo me llevará demasiado tiempo												

Fuente: García (2004): *Técnicas e instrumentos de Diagnóstico*. Proyecto docente. Sevilla: IETE

ANEXO III  
ESCALA DE MEDICIÓN DE ESFUERZO NECESARIO  
PARA ALCANZAR OBJETIVOS EDUCATIVOS PRÁCTICAS CLÍNICAS  
Escala de Osgood modificada

	APENAS ESFUERZO	7	6	5	4	3	2	1	DEMASIADO ESFUERZO
Objetivo 1									
Objetivo 2									
Objetivo 3									
Objetivo 4									
Objetivo 5									
Objetivo 6									
Objetivo 7									
Objetivo 8									
Objetivo 9									
Objetivo 10									
Objetivo 11									
Objetivo 12									
Objetivo 13									
Objetivo 14									
Objetivo 15									
Objetivo 16									
Objetivo 17									
Objetivo 18									
Objetivo 19									
Objetivo 20									
Objetivo 21									
Objetivo 22									
Objetivo 23									
Objetivo 24									
Objetivo 25									
Objetivo 26									
Objetivo 27									
Objetivo 28									

Fuente: García (2004): *Técnicas e instrumentos de Diagnóstico*. Proyecto docente. Sevilla: IETE.





**CAPÍTULO IV.**  
**VALORACIÓN DEL TIEMPO Y ESFUERZO EMPLEADO POR ALUMNOS**  
**DE ENFERMERÍA (TÍTULO SUPERIOR) EN SUS ACTIVIDADES DE**  
**APRENDIZAJE**  
**Un estudio preliminar en el proceso de convergencia de**  
**créditos europeos (ECTS)**

---

José Siles Gonzále; M<sup>a</sup> Carmen Solano Ruiz;  
Elena Ferrer Hernández; M<sup>a</sup> Mercedes Rizo Baeza;  
Miguel Castell Molina; Miguel Angel Fernández Molina;  
Mercedes Núñez del Castillo; Isabel Casabona Martínez;  
J. Ramón Martínez Riera

---

## **1. INTRODUCCIÓN**

### **1.1 Justificación**

La perspectiva inminente de un espacio europeo común en educación superior, enmarcado en el proceso general de convergencia europea, ha suscitado una serie de cuestiones que deben ir centrando la atención, la reflexión y el trabajo de los educadores españoles. Uno de los núcleos que cimientan este proceso de cambio lo constituye el denominado “ECTS” o sistema de créditos europeos cuyas características difieren sensiblemente del actual sistema de créditos vigente en España (Pagani, 2002; Delavigne, 2003; ANECA, 2003). En el actual sistema de créditos no se considera el tiempo empleado por los alumnos en la realización de diversas actividades y tampoco se mide el esfuerzo, ni suele tenerse en cuenta la interpretación subjetiva del rendimiento que conlleva el binomio tiempo-esfuerzo, respecto de los resultados académicos según los diferentes tipos de evaluación. Se pretende que la carga completa del estudiante medio para alcanzar los objetivos de un curso académico sea de 60 créditos (ECTS), equivaliendo cada crédito a 25-30h. En definitiva, se trata de un cambio no exclusivamente cuantitativo, sino que afecta de pleno a la mentalidad tanto de alumnos como de profesores, dado que hay que considerar nuevos espacios que permanecían poco menos que “invisibles” en los currículos tradicionales y cuya emergencia o revelación exigen la reinterpretación global de la actividad curricular. Es en el contexto de semejante reto, que supone la necesidad de innovación educativa de acuerdo con los nuevos parámetros que han de orientar la estructuración temporal de las diferentes titulaciones académicas y sus respectivos currículos, en el que hay que enmarcar iniciativas como la del redes del Instituto grupo de trabajo de Ciencias de la Educación de la Universidad de

Alicante y, asimismo, es en este mismo proyecto en el que se origina la motivación principal de este estudio.

## **1.2 Objetivos**

El objetivo general de este trabajo se centra en la valoración subjetiva del tiempo y el esfuerzo empleado en diversas actividades de aprendizaje por parte de los alumnos de la asignatura optativa: “Antropología Educativa de los Cuidados” matriculados en la licenciatura de enfermería (título propio de la Universidad de Alicante).

Objetivos específicos:

- Implicar al alumno en el proceso de identificación de sus necesidades educativas mediante la reflexión en la práctica de su proceso de aprendizaje.
- Identificar los tiempos y los niveles de esfuerzo que el alumno emplea en las actividades de aprendizaje (fase cuantitativa del estudio)
- Identificar y analizar en que competencias, contenidos y actividades de aprendizaje encuentra el alumno mayor dificultad y por tanto necesita utilizar más tiempo y esfuerzo para superarlos.
- Explicitar la coexistencia de dos perfiles curriculares que interactúan dialécticamente durante el proceso de enseñanza aprendizaje influyendo tanto en el desarrollo del mismo como en su resultado: currículum oculto y currículum académico.
- Corroborar la pertinencia del “diario de campo” como herramienta holística idónea para la valoración subjetiva del tiempo-esfuerzo empleado por los alumnos en sus actividades de aprendizaje considerando aspectos visibles y ocultos del currículum.

## **1.3 Hipótesis y cuestiones de investigación**

### **1.3.1 Hipótesis**

- El tiempo y esfuerzo desarrollado por alumnos en la consecución de las actividades de enseñanza aprendizaje de la asignatura “Antropología Educativa de los Cuidados” está influido por factores extracurriculares.
- El diario de campo constituye una herramienta válida para potenciar la reflexión de los alumnos sobre sus propias necesidades educativas, en general, y la valoración del tiempo y esfuerzo desarrollado en las actividades del proceso de enseñanza aprendizaje, en particular.

### **1.3.2 Cuestiones de investigación**

Cuantitativas

¿Qué tiempos invierte el alumno en diferentes tipos de actividades de aprendizaje?

¿Qué grado de esfuerzo supone para el alumno la realización las diferentes actividades implicadas en el proceso de enseñanza-aprendizaje?

#### Cualitativas

¿Qué causas o dificultades motivan una mayor inversión de tiempo y esfuerzo del alumno en su aprendizaje?

¿Dónde se localiza la dificultad: en competencias, en contenidos, en actividades, en la evaluación...?

¿Cómo valora la dedicación de tiempo y esfuerzo?

¿Cómo valora el alumno el rendimiento (nivel aprendizaje alcanzado /calificación obtenida) con relación al tiempo y esfuerzo empleado?

¿Qué nivel de satisfacción alcanza el alumno con su aprendizaje?

## 2. ESTADO DE LA CUESTIÓN

En relación al instrumental metodológico pertinente para estudiar las situaciones comprendidas en los procesos de enseñanza aprendizaje algunos autores se han decantado por el eclecticismo metodológico combinando la investigación cualitativa y la cuantitativa como una alternativa para alcanzar una visión más global de la realidad (Schmelkes, 2001), aunque la mayoría de los investigadores prefieren especializarse en un solo paradigma evitando abarcar espacios metodológicos demasiado amplios.

Sin embargo, son cada vez más los autores que han debatido las características de la etnografía y de las técnicas narrativas de naturaleza cualitativa llegando a establecer su pertinencia para interpretar las realidades humanas inmersas en situaciones de vida-salud-enfermedad o en procesos de enseñanza aprendizaje, dada la complejidad de los fenómenos implicados en ambos contextos: Nicolis manifiesta la necesidad de entender estos fenómenos como no lineales para evitar caer en interpretaciones reduccionistas (Prigogine y Nicolis, 1997), fundamentando esta aseveración en la naturaleza profundamente compleja de la realidad humana en general y educativa en particular (Morin, 1994; Pérez-Argote, 1996). La narratividad, como factor inherente a las técnicas etnográficas, puede, asimismo, ser organizada, analizada e interpretada desde posicionamientos estratégicos radicados en la linealidad, aunque son cada vez más los investigadores que avalan lecturas “hipertextuales” (fragmentos unidos por vínculos semánticos) de este tipo de materiales (Landow, 1995), especialmente cuando se pueden utilizar programas informáticos “ad hoc” que facilitan este tipo de análisis superador de la linealidad textual (Rodríguez Gómez, et al, 1995). Incluso, dada la progresión emergente de estos programas, se han realizado estudios comparativos de sus características con respecto a la naturaleza de los materiales y los objetivos de los estudios a realizar con el fin de proceder a una correcta selección del programa en cuestión (Barry, 1998).

Avalando la idoneidad del diario de campo como instrumento básico para la elaboración de etnografías educativas en un contexto metodológico cualitativo, se han expresado varios autores (Taylor & Bogdan, 1986; Vallés, 1997, Denzin, 1970, Geertz, 1989). Reforzando el potencial reflexivo de los materiales biográficos se han expresado autores como Pujadas (1992), Plumer (1989) y Altheide (1987), resaltando, este último, el enorme potencial de reflexión en la práctica que caracteriza a los materiales narrativos y etnográficos que favorecen la comprensión y explicación de los fenómenos (Wright, 1987; Watson, 1991). La etnografía y el diario de campo pueden también emplearse para potenciar la reflexión sobre las experiencias, dado que éstas tienen lugar en la práctica (Van Manen, 2003) y constituyen la materia prima de la conciencia y la memoria. Esta misma tendencia etnográfica-narrativa ha sido adoptada por diversos autores para la investigación educativa (La Torre y González, 1987; Angera, 1988; Goetz y Lecompte, 1988; García Jorba, 2000; Zabalza, 2004). El diario de los profesores configura una de los apartados más relevantes en este contexto de investigación etnográfico-educativa (Porlan y Martín, 1996; Martínez y Saulea, 2002). Respecto a la implicación del alumnado en los procesos de enseñanza-aprendizaje erigiéndolos en colaboradores del proceso de transcripción de datos y también confiriéndoles voz a través de la discusión de los resultados (Grundy, Pollon & McGinn, 2003). En esta misma línea se han desarrollado trabajos utilizando el diario de campo y los debates grupales filmados con la finalidad de la identificación de problemas educativos en el proceso de prácticas clínicas (Siles, et al, 2004).

Por último y enfocado específicamente la temática de la valoración tiempo esfuerzo con miras a la convergencia de créditos europeos, se han de reseñar los estudios aportados en el marco del proyecto “REDES”, coordinado por el Instituto de Ciencias de la Educación de la Universidad de Alicante centrados en la valoración tiempo-esfuerzo de los alumnos: en el practicum de la titulación de maestro especialista en “educación física” (Blasco, et al, 2005); en la materia “organización empresarial” (Andreu, et al, 2005); en la asignatura “matemática discreta de las ingenierías informáticas” (Arnal, et al, 2005); y también en “expresión gráfica” asignatura de ingeniería química (Sentana et al, 2005) y, por último, en la materia “programación en Internet” (Aragónés y Luján, 2005).

### **3. MARCO TEÓRICO**

Las necesidades que se derivan de la inminente convergencia de créditos europeos en la enseñanza universitaria, han suscitado una gran preocupación ante la serie de adaptaciones y cambios que, siendo metodológicos y de aplicación curricular, tienen su origen en la interpretación global del sistema educativo. Según se tenga una idea u otra del mismo, para abordar la realización del proceso

innovador requerido por el mencionado proceso de convergencia, se partirá de unos u otros presupuestos teóricos que, a su vez, se hallan integrados en unas plataformas conceptuales más amplias –modelos y paradigmas– en las que los científicos utilizan un lenguaje común resultado de su capacidad de consenso. Se hace preciso, en primer lugar, reflexionar sobre la naturaleza de los cambios educativos para, en una segunda instancia, adoptar los presupuestos teóricos, los modelos más adecuados y sus correspondientes estrategias de desarrollo. De lo que se trata es, fundamentalmente, de tomar como referencia un paradigma facilitador de las innovaciones educativas requeridas, un paradigma funcional respecto el problema de estudio (Escudero y González, 1984).

– Paradigma de referencia

Revisadas las características del paradigma neopositivista o racional tecnológico, las equivalentes del hermenéutico y las correspondientes del paradigma sociocrítico, el paradigma que mejor se adecua a las necesidades de este estudio es el denominado sociocrítico, participativo o político, dado que en el mismo el educador tiene un rol de agente de cambio socioeducativo y el educando es considerado como un ciudadano que ha de cooperar de forma activa en la configuración del currículum mediante su participación activa y comprometida. Este paradigma desarrollado por Habermas y adaptado al contexto educativo por diversos autores mantiene como unos de sus postulados esenciales transformar la reflexión crítica y la comunicación en instrumentos de cambio socioeducativo (Habermas, 1991). En este paradigma se estima como de vital importancia la comunicación entre docentes y discentes en un marco de reflexión crítica con la finalidad de optimizar el contexto global educativo.

– Modelo educativo, teorías y métodos

Entendiendo el concepto de modelo educativo como la representación simplificada o simulacro de una realidad en cuyo marco se comparten una serie de características esenciales para el trabajo colaborativo a nivel de objetivos, estrategias, teorías, métodos y técnicas, se ha optado por el “modelo de comunicación institucional y de contexto” (Escudero, 1981).

Este modelo permite el abordamiento de las innovaciones desde las tres dimensiones que lo integran: comunicativa, institucional<sup>1</sup> y de contexto. Se trata de un modelo situacional que permite el diálogo de todos los integrantes

---

1. El término “institucional” interpretado desde los presupuestos de la “pedagogía institucional”, en cuyo marco se considera que “la clase” tiene carácter institucional en tanto y en cuanto existen normas, actividades, relaciones personales, de poder, etc., y que tiene la importancia suficiente como para ser objeto de estudio y análisis para orientar la toma de decisiones que le confiere una direccionalidad al proceso educativo.

del proceso educativo con el fin de orientar la toma de decisiones de acuerdo con la realidad global (considerando las diferentes perspectivas, necesidades y contextos de alumnos, profesores e instituciones). La reflexión crítica respecto a problemas concretos y la puesta en común de valoraciones sobre posibles estrategias hace que este modelo sea uno de los más prototípicos del paradigma sociocrítico. Las teorías en este modelo devienen de la práctica y se construyen a partir de ella configurándose mediante un proceso constructivo y no como una ejecución reproductiva preliminar (Escudero y González, 1984). Ante las necesidades de este estudio, las teorías más pertinentes son aquellas que permiten una visión holística del fenómeno (históricas, antropológicas, sociológicas, etc.) constituyendo la teoría sociocrítica un pilar básico para adoptar métodos: métodos biográficos, narrativos, etnografías, diarios de campo, etc.

## **4. MATERIAL Y MÉTODO**

### **4.1 Cronograma**

- Inicio del trabajo en noviembre de 2004 (información previa a alumnos).
- Implementación de la unidad didáctica objeto de valoración de la parte cuantitativa del estudio durante el mes de enero de 2005.
- Cumplimentación del cuestionario cuantitativo (febrero 2005)
- Elaboración del diario de campo base de la valoración cualitativa del estudio (desde noviembre 2004 a mayo del 2005)
- Análisis y tratamiento de datos cuestionario cuantitativo (marzo 2005).
- Análisis y tratamiento de datos de los diarios de campo (mayo-junio 2005)
- Interpretación datos, resultados y redacción memoria y artículo (julio-septiembre, 2005)

### **4.2 Población objeto de estudio**

Los veinte alumnos –modalidad asistencial– de la asignatura “Antropología Educativa de los Cuidados”.

Proceso:

El estudio, globalmente, se llevo a cabo entre los meses de noviembre del 2004 y mayo del 2005.

Preliminares:

- El primer día del curso, durante la presentación de la asignatura (24 de noviembre de 2004), se informó a los alumnos sobre las características del estudio que se pretendía realizar y que el mismo constaría de dos fases marcadas por la utilización de dos instrumentos distintos.

- La unidad didáctica denominada “Antropología educativa y enfermería” se vertebró en tres sesiones de dos horas durante los días 21 de enero de 2005, 26 de enero de 2005 y 28 de enero de 2005. La evaluación propuesta para que los alumnos pudieran valorar subjetivamente su rendimiento en relación tiempo esfuerzo, consistió en la realización de la lectura de un artículo sobre investigación cualitativa y su posterior discusión. En el diario de campo debían reflejar lo que les había supuesto dicha actividad en los términos expresados.

#### **4.3 Estudio cuantitativo**

Para el estudio cuantitativo se utilizó un cuestionario (Cuestionario cuantitativo para valoración del tiempo y esfuerzo de aprendizaje del alumno propuesto por J.L. Castejón. Seminario de Redes de Investigación/ICE. Universidad de Alicante) en el que los alumnos debían precisar el tiempo y el esfuerzo desarrollado para la realización de diversas actividades, así como la percepción del rendimiento alcanzado en las mismas fue el que se adoptó para la realización del trabajo.

- El cuestionario cuantitativo se repartió a los alumnos para su cumplimentación el día 4 de febrero de 2005, después de que se impartieran las tres sesiones integradas en la unidad didáctica “Antropología Educativa y Enfermería”.
- La organización, tratamiento, análisis e interpretación de los datos fueron, fundamentalmente, de tipo estadístico. La estadística resultante de esta fase del estudio fue puramente descriptiva, dado que no se utilizó muestra, sino a todos los alumnos asistentes y, en consecuencia no se pretendía realizar relación inferencial alguna.

#### **4.4 Estudio cualitativo**

- El instrumento adoptado para la fase cualitativa del trabajo fue el diario de campo. Se focalizó sobre todas la totalidad de las actividades desarrolladas en la asignatura “Antropología Educativa de los Cuidados” enfatizando la importancia de valorar el tiempo-esfuerzo, rendimiento, etc.
- El diario de campo se entregó al final de las clases, terminando el plazo el día 15 de mayo de 2005.
- La organización, tratamiento, análisis e interpretación de los datos se realizó mediante un proceso paralelo.

Mediante técnicas de análisis de contenido:

- a) Análisis de Contenido (Clásico) “Realizar inferencias válidas y replicables desde los datos hacia sus contextos” (Krippendorff 1990:21). “Realizar inferencias mediante una identificación sistemática y objetiva de las características especificadas dentro del texto” (Stone et al.1966).

- b) Análisis de Contenido (Etnográfico) “Análisis reflexivos de los documentos” (Altheide 1987). “Usar el documento y comprender el sentido de la comunicación, tanto como verificar las interrelaciones teoréticas” (Altheide 1987).
- c) Etnografía (clásica, holística, reflexiva). “Describir y analizar toda o parte de cultura o comunidad por la descripción de las creencias y prácticas del grupo estudiado y mostrar cómo las diversas partes contribuyen a la cultura como un todo consistente unificado” (Jacob 1987).

La combinación analítica e interpretativa puede contribuir revelar que este documento autobiográfico se caracteriza por su gran potencial holístico, dado que contiene tanto datos del currículum académico como del currículum oculto y facilita el análisis comparativo de ambas vertientes.

Utilización de un programa informático diseñado para análisis de datos cualitativos: el ATLAS-TI. Para facilitar una lectura no lineal de los diarios de campo se utilizó el programa informático “ATLAS\_TI”. Con este instrumento se pretendía realizar una lectura hipertextual, en el sentido aportado por Roland Barthes y recogido por Nelson (acuñador del término “hipertexto”) de poder seleccionar en cada momento fragmentos de texto vinculados, no línea por línea ni párrafo por párrafo, sino por unidades de significado o sección por sección (o lo que Barthes llamaría “lexia” por “lexia”) (Barthes, 1997).

En ambos casos se utilizaron como referentes las categorías aportadas por el grupo redes del ICE de la Universidad de Alicante (Tabla 1)

TABLA I	
REFERENCIAS EMPLEADAS EN EL PROCESO DE CATEGORIZACIÓN DEL DIARIO DE CAMPO	
1.	Dificultades de aprendizaje
1.1	Dificultades - competencias
1.2	Dificultades - contenidos
1.3	Dificultades – metodología
1.4	Dificultades – relación profesorado
1.5	Dificultades – actividades de aprendizaje
1.6	Dificultades – bibliografía / recursos
1.7	Dificultades – evaluación
1.1.1	Competencias instrumentales cognitivas
1.1.2	Competencias instrumentales metodológicas



- 1.1.3 Competencias tecnológicas
- 1.1.4 Competencias lingüísticas
- 1.1.5 Competencias interpersonales – personales y sociales
- 1.1.6 Competencias sistémicas
- 2. Tiempo y esfuerzo
  - 2.1 Tiempo
    - 2.1.1 Razonable
    - 2.1.2 Implica más tiempo del razonable
      - 2.1.2.1 Causas (pueden codificarse en: 1. Dificultades de aprendizaje)
  - 2.2 Esfuerzo
    - 2.2.1 Razonable
    - 2.2.2 Implica más esfuerzo del razonable
      - 2.2.2.1 Causas (pueden codificarse en: 1. Dificultades de aprendizaje)
- 3. Rendimiento
  - 3.1 Relación positiva entre lo aprendido /calificación
  - 3.2 Relación negativa entre lo aprendido /calificación
  - 3.3 Relación positiva tiempo-esfuerzo/calificación
  - 3.4 Relación negativa tiempo-esfuerzo/ calificación
- 4. Satisfacción en el aprendizaje
  - 4.1 Vivencias positivas – con lo aprendido
  - 4.2 Vivencias positivas – con relación al profesorado
  - 4.3 Vivencias positivas – con el rendimiento (evaluación)
  - 4.4 Vivencias negativas – con lo aprendido
  - 4.5 Vivencias negativas – con relación profesorado
  - 4.6 Vivencias negativas – con el rendimiento (evaluación)

Fuente: Proyecto Redes. ICE. Universidad de Alicante.

## 5. RESULTADOS

### 5.1 Resultados del estudio cuantitativo

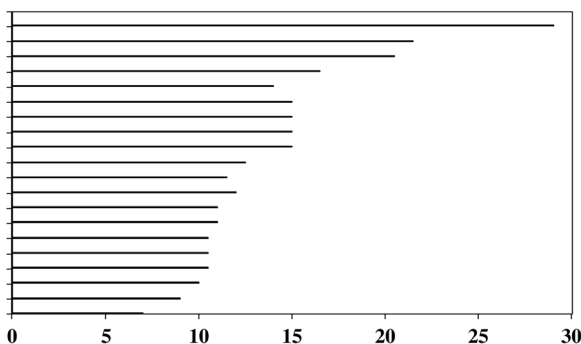
En esta fase del estudio se trataba de identificar, fundamentalmente, los tiempos y niveles de esfuerzo empleados por los alumnos en los diferentes tipos de actividades de aprendizaje. Debido a las características de la unidad didáctica de valoración “Antropología Educativa y Enfermería” y al tipo de diseño del cuestionario, han sido varias las actividades que han quedado relegadas del proceso de valoración debido a su nula presencia en dicho proceso.

– Valoración del tiempo por actividad y alumno.

En relación al tiempo total invertido por los veinte alumnos en todas las actividades de la unidad didáctica objeto de la valoración, se aprecia una constante en cuanto al tiempo dedicado a la explicación-lección, dado que son 4 horas para todos. A partir de ahí se aprecia una gran variabilidad con un rango que oscila entre las 29 horas (el alumno cuya valoración estima que precisa más tiempo), por las 7 horas (el alumno con la valoración en la que se precisa menos tiempo). La media de horas empleada por alumno es de 13,8 horas (GRAFICO I). Las actividades que más tiempo ocuparon a los alumnos fueron las derivadas de la lección-explicación (27%), seguidas por el estudio y la discusión de los trabajos en clase (ambos con un 26%). A partir de éstas, las actividades de aprendizaje restantes ocupan mucho menos tiempo: lectura fuera de clase (6%) y búsquedas en clase (6%). El resto de las actividades ocupan el 3% del tiempo: búsquedas fuera de clase, lecturas fuera de clase, lecturas en clase. Las demás actividades están muy por debajo del 3%.

GRÁFICO I

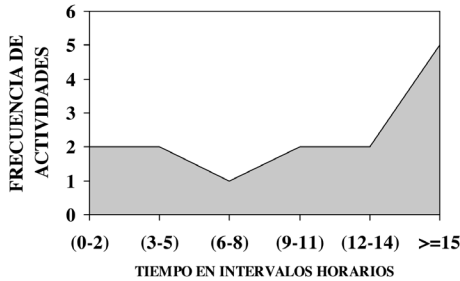
Tiempo total en horas invertidas por alumno en todas las actividades (créditos teóricos)



Fuente: Cuestionario cuantitativo para valoración del tiempo y esfuerzo de aprendizaje del alumno propuesto por J.L. Castejón. Seminario de Redes de Investigación/ICE. Universidad de Alicante

Las actividades de mayor frecuencia por intervalos horarios han sido aquellas en las que el conjunto total compuesto por los veinte alumnos emplean globalmente 15 o más horas (5 actividades: lección-explicación, estudio, discusión, lecturas en clase, búsquedas en clase); el resto de las frecuencias de las actividades han oscilado entre 1 y 2, siendo la de el intervalo temporal de menor frecuencia el intervalo entre las 6-8 horas con una sola actividad: lecturas de trabajos fuera de clase (GRAFICO II). Los resultados obtenidos en el tiempo por actividades y alumno, contemplado individualmente, revelan aquellas tareas a

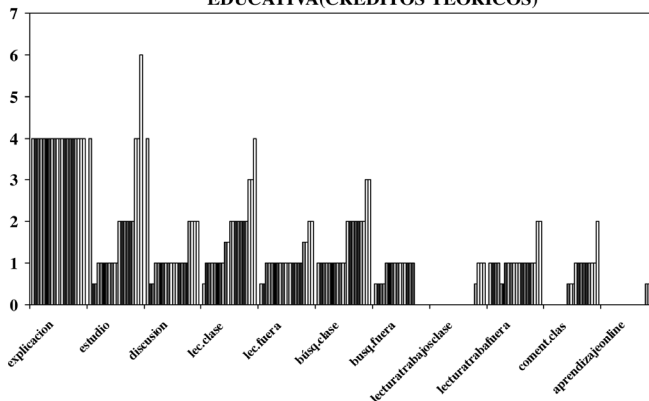
GRÁFICO II  
TIEMPO POR ACTIVIDADES EN ANTROPOLOGÍA  
EDUCATIVA(CRÉDITOS TEÓRICOS)



Fuente: Cuestionario cuantitativo para valoración del tiempo y esfuerzo de aprendizaje del alumno propuesto por J.L. Castejón. Seminario de Redes de Investigación/ICE. Universidad de Alicante

las que los alumnos dedican mayor tiempo: lección-explicación (todos 4 horas); “estudio” (con una variabilidad importante y con un rango que oscila entre las 0,5 y las 6 horas; siendo la mayoría los que necesitan disponer de 1 a 2 horas); discusión (con una variabilidad menor y con un rango entre 0,5-2 horas, pero estando la mayoría en la franja horaria comprendida entre 1-2 horas); seguidos por “búsquedas en clase” (con una discreta variabilidad y un rango que oscila entre 1 y 3 horas, necesitando la mayoría una sola hora) y “lecturas fuera de clase” (con apenas variabilidad, entre 0,5 y 2 horas, necesitando la mayoría de los alumnos una sola hora). (GRAFICO III). Porcentualmente, y sin considerar el

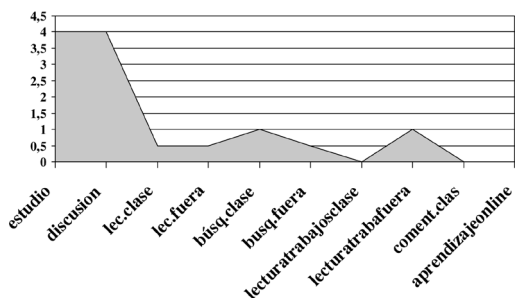
GRÁFICO III  
TIEMPO POR ACTIVIDADES/ALUMNO EN ANTROPOLOGÍA  
EDUCATIVA(CRÉDITOS TEÓRICOS)



Fuente: Cuestionario cuantitativo para valoración del tiempo y esfuerzo de aprendizaje del alumno propuesto por J.L. Castejón. Seminario de Redes de Investigación/ICE. Universidad de Alicante

tiempo dedicado a la “lección-explicación”, las actividades en las que los alumnos emplean mayor tiempo son: el estudio (35%) y la discusión (35%), seguidos por: lecturas de trabajos fuera de clase (9%), búsquedas en clase (9%), lecturas fuera de clase (4%), lecturas en clase (4%) y búsquedas fuera de clase (4%) (GRAFICO IV).

**GRÁFICO IV**  
**TIEMPO POR ACTIVIDADES EN ANTRPOLOGÍA EDUCATIVA(CRÉDITOS**  
**TEÓRICOS)**  
**(Sin considerar el tiempo dedicado a la explicación)**

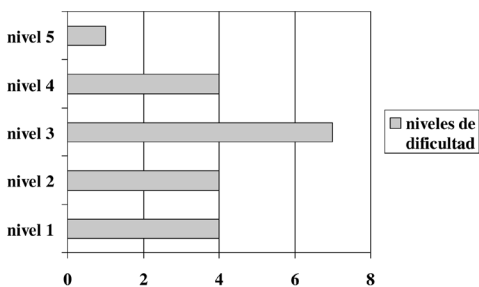


Fuente: Cuestionario cuantitativo para valoración del tiempo y esfuerzo de aprendizaje del alumno propuesto por J.L. Castejón. Seminario de Redes de Investigación/ICE. Universidad de Alicante

– Valoración de los niveles de dificultad

Castejón propone en su cuestionario 5 niveles de dificultad, de menor dificultad (1) a mayor dificultad (5). Los alumnos han valorado globalmente la dificultad relativa a la realización de las actividades de tal forma que el nivel tres se refleja como el de mayor frecuencia (7), seguido por tres niveles con la misma frecuencia (f=4): nivel uno, dos y 4. El nivel de mayor dificultad (cinco) ha obtenido la menor frecuencia (f=1) (GRAFICO V). Porcentualmente los

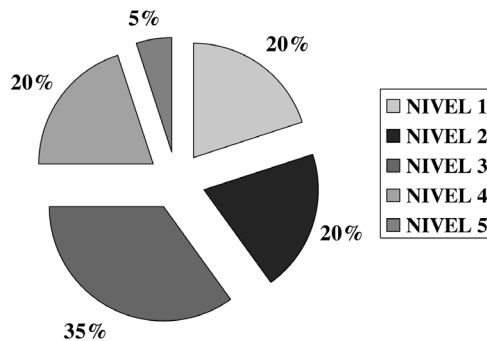
**GRÁFICO V**  
**Nivel de dificultad de la actividad:**  
**lección-explicación**  
**(CRÉDITOS TEÓRICOS)**



Fuente: Cuestionario cuantitativo para valoración del tiempo y esfuerzo de aprendizaje del alumno propuesto por J.L. Castejón. Seminario de Redes de Investigación/ICE. Universidad de Alicante

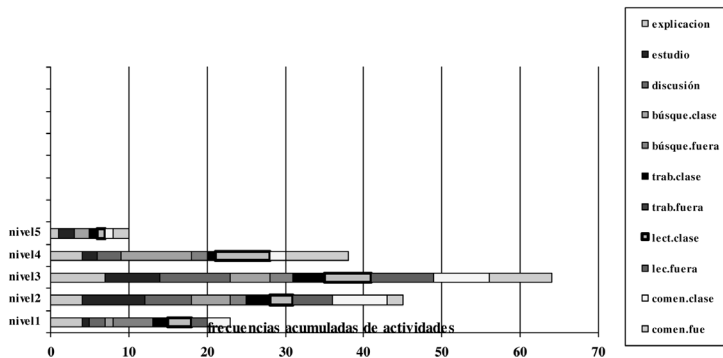
resultados han sido los siguientes: nivel tres (35%), niveles uno, dos y cuatro (20%), nivel cinco (5%) (GRAFICO VI). En cuanto a las frecuencias acumuladas de las diferentes actividades por niveles de dificultad, se evidencia una mayor dificultad en: búsqueda en clase, estudio, comentario de textos fuera de clase, comentario de textos en clase, lectura en clase y trabajo en clase; mientras que lo de menor nivel de dificultad percibida por los alumnos son: la búsqueda fuera de clase, el trabajo en clase, lectura fuera de clase y el comentario de textos en clase (GRAFICO VII). En cuanto al nivel de dificultad por actividades, se aprecia

**GRÁFICO VI)**  
**NIVEL DE DIFICULTAD DE LA EXPLICACIÓN**



Fuente: Cuestionario cuantitativo para valoración del tiempo y esfuerzo de aprendizaje del alumno propuesto por J.L. Castejón. Seminario de Redes de Investigación/ICE. Universidad de Alicante

**GRÁFICO VII**  
**NIVEL DE DIFICULTAD POR ACTIVIDADES**  
**(CRÉDITOS TEÓRICOS)**



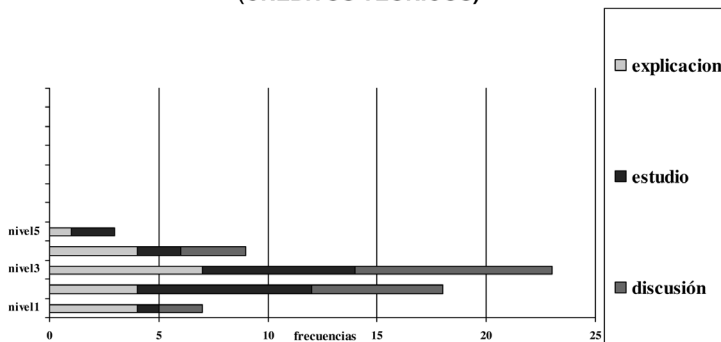
Fuente: Cuestionario cuantitativo para valoración del tiempo y esfuerzo de aprendizaje del alumno propuesto por J.L. Castejón. Seminario de Redes de Investigación/ICE. Universidad de Alicante

una mayor dificultad en la explicación y en el estudio (aunque para la mayoría la explicación no pasa del nivel 3), situándose la discusión mayoritariamente en un nivel intermedio (Tabla II y GRAFICO VIII). Paradójicamente se encuentra mayor

TABLA II					
	nivel1	nivel2	nivel3	nivel4	nivel5
explicacion	4	4	7	4	1
estudio	1	8	7	2	2
discusión	2	6	9	3	0
búsque.clase	1	5	5	9	2
búsque.fuera	5	2	3	2	0
trab.clase	2	3	4	1	1
trab.fuera	0	0	0	0	0
lect.clase	3	3	6	7	1
lec.fuera	2	5	8	0	0
comen.clase	3	7	7	2	1
comen.fue	0	2	8	8	2

Fuente: Cuestionario cuantitativo para valoración del tiempo y esfuerzo de aprendizaje del alumno propuesto por J.L. Castejón. Seminario de Redes de Investigación/ICE. Universidad de Alicante

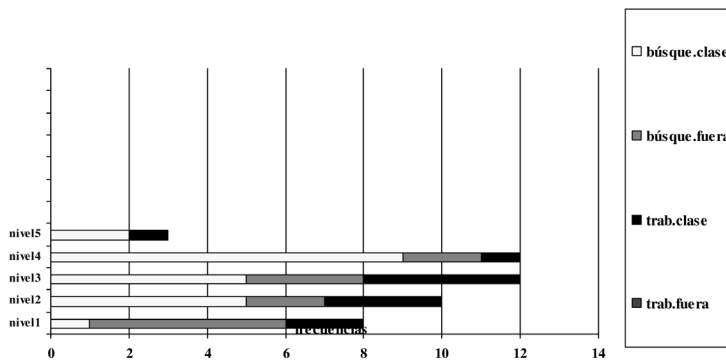
**GRÁFICO VIII**  
**NIVEL DE DIFICULTAD POR ACTIVIDADES**  
**(EXPLICACIÓN, ESTUDIO, DISCUSIÓN)**  
**(CRÉDITOS TEÓRICOS)**



Fuente: Cuestionario cuantitativo para valoración del tiempo y esfuerzo de aprendizaje del alumno propuesto por J.L. Castejón. Seminario de Redes de Investigación/ICE. Universidad de Alicante

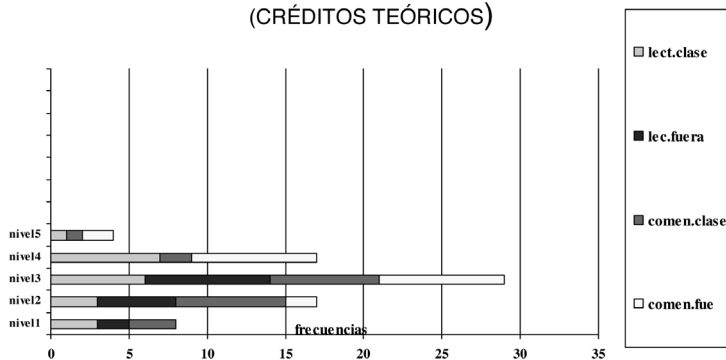
dificultad en la búsqueda en clase que en la búsqueda fuera de clase y, dado que no se realizan trabajos fuera de clase (exceptuando el diario de campo), no se valora este apartado (Tabla I y GRAFICO IX). Por último, las actividades relacionadas tanto con el comentario de textos fuera y dentro de clase, como la lectura en clase tienen un mayor nivel de dificultad (GRAFICO X).

GRÁFICO IX  
NIVEL DE DIFICULTAD POR ACTIVIDADES  
(CRÉDITOS TEÓRICOS)



Fuente: Cuestionario cuantitativo para valoración del tiempo y esfuerzo de aprendizaje del alumno propuesto por J.L. Castejón. Seminario de Redes de Investigación/ICE. Universidad de Alicante

GRÁFICO X  
NIVEL DE DIFICULTAD POR ACTIVIDADES  
(CRÉDITOS TEÓRICOS)

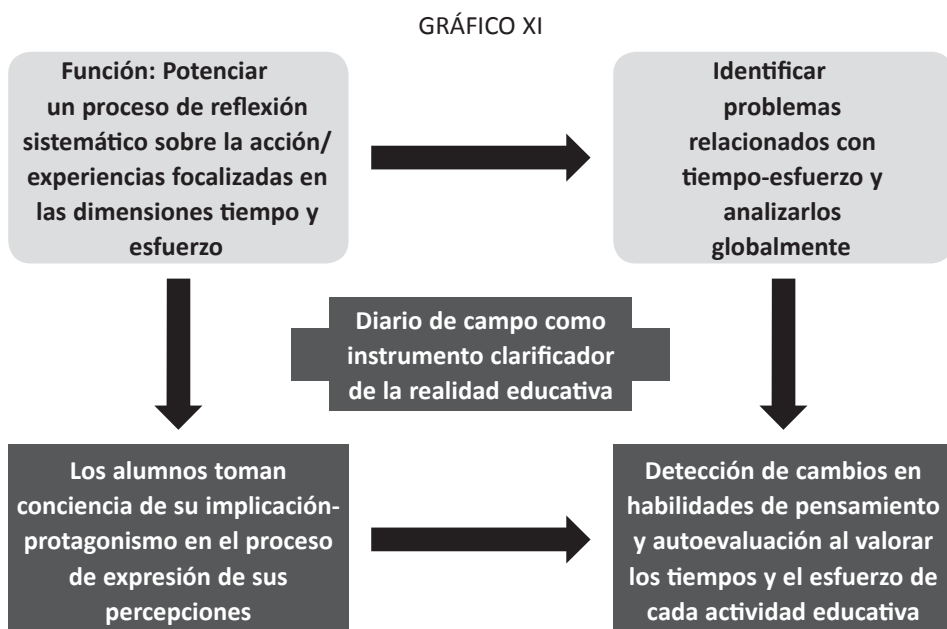


Fuente: Cuestionario cuantitativo para valoración del tiempo y esfuerzo de aprendizaje del alumno propuesto por J.L. Castejón. Seminario de Redes de Investigación/ICE. Universidad de Alicante

## 5.2 Resultados del estudio cualitativo

Resultados respecto a la implementación metodológica (diario de campo)

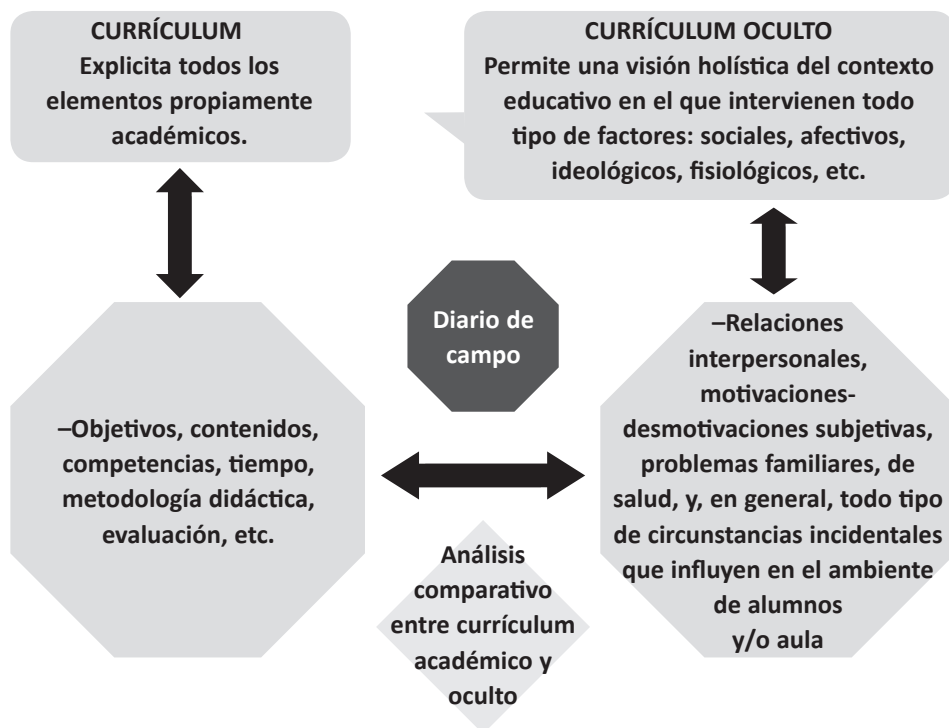
- Se demuestra la idoneidad del diario de campo como instrumento metodológico, dada su capacidad para potenciar el proceso de reflexión sistemático sobre la acción y experiencias focalizadas en las dimensiones “tiempo” y “esfuerzo”. Asimismo, el diario de campo constituye una fuente adecuada para identificar y analizar globalmente los problemas relacionados con el “tiempo-esfuerzo” (GRAFICO XI)



- Mediante la elaboración del diario de campo los alumnos toman conciencia de su implicación-protagonismo en el proceso de expresión de sus percepciones y comprenden la importancia de reflexionar sobre sus propias necesidades educativas.
- El diario de campo permite explicitar los elementos propiamente académicos del currículum: objetivos, contenidos, competencias, tiempo, metodología didáctica, evaluación, etc. Paralelamente permite obtener una visión holística del contexto educativo en el que intervienen todo tipo de factores ajenos al currículum (currículum oculto): sociales, afectivos, ideológicos, fisiológicos, etc. (GRAFICO XII).

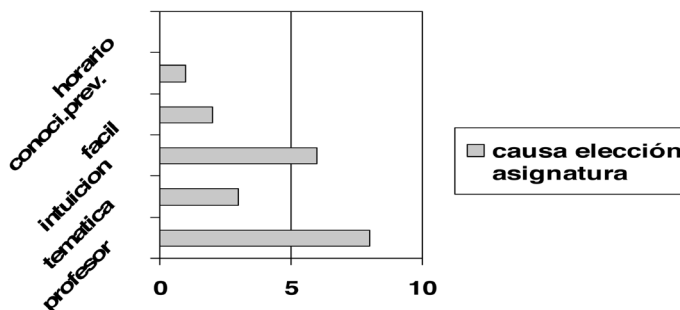


GRÁFICO XII



- El diario de campo permite establecer el análisis comparativo entre los dos entramados del currículum: el oculto y el académico.  
Resultados sobre la influencia del currículum oculto en el proceso de enseñanza aprendizaje y el tiempo-esfuerzo desarrollado por los alumnos.
- Las causas por la que los alumnos se deciden a cursar una asignatura optativa (Antropología Educativa de los Cuidados) son: el conocimiento del profesor (40%), la intuición (30%), la temática (15%), el carácter fácil de la asignatura (10%), el conocimiento previo del tema (5%) (GRAFICO XIII).
- Es muy importante la incidencia de factores extracurriculares en la incidencia temporal y en el esfuerzo de los alumnos (GRAFICO XIV): El factor laboral incide en la inmensa mayoría de los alumnos, dado que casi todos trabajan y tienen que compatibilizar el horario laboral con el académico (95%); el factor familiar incide en un mayor porcentaje, dado que afecta a la mayoría de los alumnos (70%); el factor geográfico, residencia familiar o

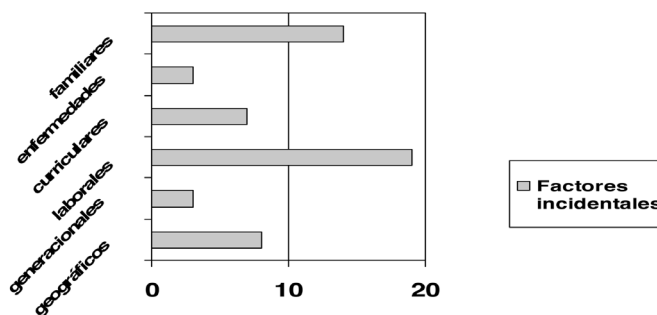
### GRÁFICO XIII CAUSAS POR LAS QUE ESCOGEN LA ASIGNATURA (currículum invisible)



Fuente: Elaboración propia basada en diarios de campo de la asignatura Antropología educativa aplicada a los cuidados. Curso 2004-2005. Título propio/ superior de enfermería

lugar de trabajo desde el que se tienen que desplazar a clase es considerable si se tiene en cuenta que todos los alumnos del estudio han optado por la modalidad asistencial (40%); el factor curricular, la organización del cursos, las clases, trabajos, exámenes, recursos didácticos, profesores, actividades, etc. también tiene una incidencia considerable (35%); Por último la incidencia de las enfermedades y el factor generacional afecta en la misma proporción (15%).

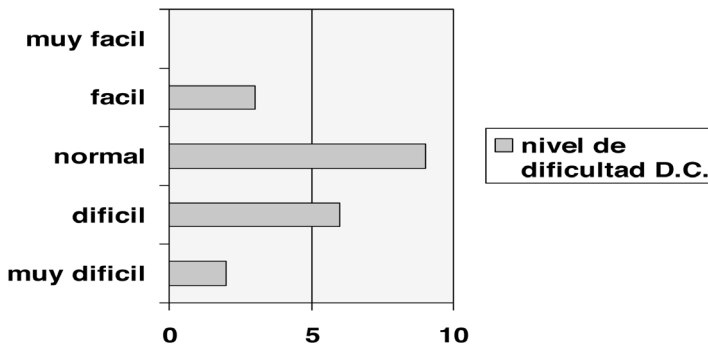
### GRÁFICO XIV CAUSAS OCULTAS QUE INCIDEN EN EL PROCESO DE APRENDIZAJE (currículum invisible)



Fuente: Elaboración propia basada en diarios de campo de la asignatura Antropología educativa aplicada a los cuidados. Curso 2004-2005. Título propio/ superior de enfermería

- Para la elaboración del diario de campo los alumnos percibieron un nivel de dificultad que fue mayoritariamente interpretado como “normal” (45%); seguido de los alumnos para los que fue “difícil” (30%); fácil (15%); y muy difícil (10%). A ningún alumno le pareció “muy fácil” (GRAFICO XV). Resultados sobre la influencia del currículum académico en el proceso de enseñanza aprendizaje y el tiempo-esfuerzo desarrollado por los alumnos.

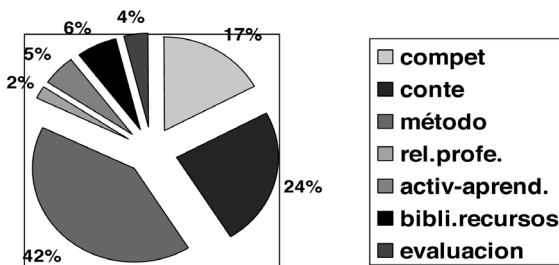
**GRÁFICO XV**  
**DIFICULTAD PERCIBIDA PARA REALIZAR**  
**DIARIO DE CLASE**



Fuente: Elaboración propia basada en diarios de campo de la asignatura Antropología educativa aplicada a los cuidados. Curso 2004-2005. Título propio/ superior de enfermería

- En lo que se refiere a dificultades de aprendizaje, en los diarios de campo se han categorizado expresiones que permiten establecer que el mayor nivel de dificultad en el aprendizaje recae en las cuestiones metodológicas (42%); seguidas por las dificultades derivadas de los contenidos (24%); las competencias (17%), seguidas a gran distancia por las dificultades implicadas en procesos de búsquedas bibliográficas y demás recursos para elaboración de trabajos (6%); actividades (5%); evaluación (4%) y en relación con el profesor (2%) (GRÁFICO XVI).
- Sobre el nivel de dificultad por competencias percibido por los alumnos se han obtenido los siguientes datos: mayor dificultad en la cuestión lingüística (28%), seguida por las competencias sistémicas y de instrumentación metodológica (ambas con un 22%); instrumentación cognitiva (16%); tecnológica (9%) e interpersonales (3%) (GRAFICO XVII).
- Respecto al nivel de dificultad por competencia en tiempo y esfuerzo, se han obtenido información que recoge una cierta variabilidad, por ejemplo, el mayor nivel de tiempo lo emplean los alumnos para realizar las competencias tecnológicas, mientras que les requiere menos esfuerzo que otras

## GRÁFICO XVI Dificultades de aprendizaje

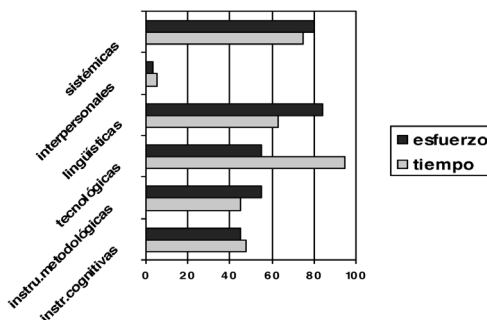


Fuente: Elaboración propia basada en diarios de campo de la asignatura Antropología educativa aplicada a los cuidados. Curso 2004-2005. Título propio/ superior de enfermería

competencias para las que invierten mucho menos tiempo: instrumentales cognitivas e interpersonales. Se aprecian dos tendencias diferentes por el predominio de un mayor nivel de esfuerzo en menos tiempo: sistémicas, lingüísticas e instrumentales metodológicas; y una segunda tendencia en la que predomina el tiempo con un nivel de esfuerzo menor: instrumentales cognitivas, tecnológicas e interpersonales.

- El rendimiento percibido por los alumnos en relación con lo aprendido y la calificación, la mayoría se siente satisfecho (positivo 70%), mientras que se perciben insatisfechos un pequeño grupo (negativo 15%), finalmente, no

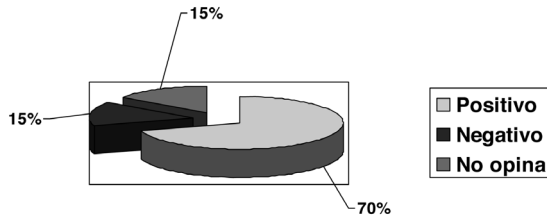
## GRÁFICO XVII NIVEL DE DIFICULTAD POR COMPETENCIAS (EN TIEMPO Y ESFUERZO)



Fuente: Elaboración propia basada en diarios de campo de la asignatura Antropología educativa aplicada a los cuidados. Curso 2004-2005. Título propio/ superior de enfermería

opinan sobre esta cuestión otro grupo de magnitud idéntica al anterior (no opina 15%) (GRAFICO XVIII).

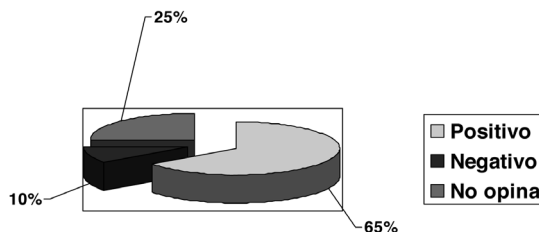
GRÁFICO XVIII  
RENDIMIENTO  
(RELACIÓN LO APRENDIDO-CALIFICACIÓN)



Fuente: Elaboración propia basada en diarios de campo de la asignatura Antropología educativa aplicada a los cuidados. Curso 2004-2005. Título propio/ superior de enfermería

- En el rendimiento percibido por los alumnos en relación tiempo-esfuerzo-calificación baja el grupo principal que se siente satisfecho (positivo 65%), seguido por un grupo de no satisfechos que también baja su proporción (negativo 10%), mientras que aumenta el grupo de los que no se manifiestan sobre la cuestión (no opina 25%). (GRAFICO XIX).
- Respecto al nivel de satisfacción sobre vivencias positivas-negativas respecto a la evaluación, el profesorado y lo aprendido; la respuesta evidencia que la mayoría ha experimentado vivencias positivas con el profesorado

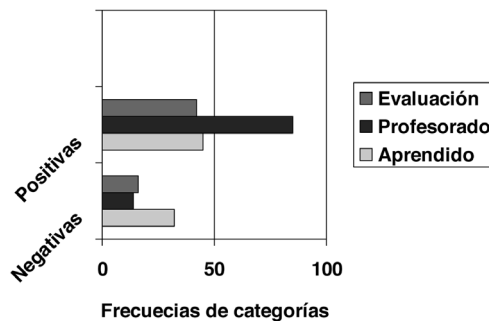
GRÁFICO XIX  
RENDIMIENTO  
(RELACIÓN TIEMPO-ESFUERZO/CALIFICACIÓN)



Fuente: Elaboración propia basada en diarios de campo de la asignatura Antropología educativa aplicada a los cuidados. Curso 2004-2005. Título propio/ superior de enfermería

(menos de un tercio han sido negativas); la mayoría de los alumnos también ha experimentado vivencias positivas con lo aprendido y la evaluación. Entre las vivencias negativas, destacan las relacionadas con lo aprendido y la evaluación (GRAFICO XX).

**GRÁFICO XX**  
**NIVEL DE SATISFACCIÓN**  
Vivencias positivas/negativas – con lo aprendido  
Vivencias positiva/negativas – con relación al profesorado  
Vivencias positivas/negativas – con el rendimiento (evaluación)



Fuente: Elaboración propia basada en diarios de campo de la asignatura Antropología educativa aplicada a los cuidados. Curso 2004-2005. Título propio/ superior de enfermería

## 6. DISCUSIÓN

- Resulta prematuro hacer un balance entre las aportaciones de este trabajo con respecto a los aludidos en el estado de la cuestión, debido a su disimilitud teórica y metodológica, aunque en líneas generales se puede afirmar que, al menos en su parte cualitativa, es un estudio más en la misma línea que aborda el fenómeno de estudio con una perspectiva diferente (etnográfica).
- Parece evidente que, además de la dificultad que se ha detectado a la hora de motivar a los alumnos en el proceso de identificación y cuantificación de sus propias necesidades educativas, existe una cultura de la pasividad que no facilita la reflexión en cuestiones tradicionalmente alejadas del ámbito del alumnado, aunque herramientas como el diario de campo pueden servir para superar esta situación.
- En el estudio cuantitativo existe una variabilidad importante respecto a la valoración del tiempo-esfuerzo que puede ser debida a factores extracurriculares.
- El diario de campo se utilizó tanto para medir el tiempo-esfuerzo, como para obtener datos relevantes respecto al currículum oculto y el currícu-

lum académico, dado que los tiempos-esfuerzo se ven afectados por las incidencias invisibles desde la perspectiva puramente curricular.

- Es muy evidente la incidencia de factores extracurriculares en la incidencia temporal y en el esfuerzo de los alumnos: el factor laboral, el familiar, etc. Sería pertinente desarrollar un estudio que tuviera por objeto las diferencias de género en esta cuestión.
- Entre las limitaciones del estudio hay que reseñar que en la parte cuantitativa del trabajo sólo han sido valorados los créditos teóricos. Esto se ha debido a las características de la unidad didáctica empleada como unidad de referencia para la valoración (6 horas en tres sesiones de dos horas); mientras que el diario de campo, empleado para valorar el apartado cualitativo del estudio, se ha desarrollado en la totalidad de la asignatura. Se debe destacar, asimismo, la dificultad que aparentemente tienen los alumnos para reflexionar sobre sus propios niveles de tiempo-esfuerzo-rendimiento, etc.
- Este tipo de trabajos, en conjunto, suponen una contribución al proceso innovador, tanto en el sistema de créditos como en la concepción del currículum y la interpretación del papel del propio alumno, por lo que se debería profundizar en futuros estudios en la misma línea.
- La lectura en clave hipertextual que facilitan los programas informáticos de análisis cualitativo de datos, supone la superación de la escritura lineal, posibilitando lecturas en varias dimensiones mediante vínculos de unidades de significado (“lexia” por “lexia”), por lo que su uso es altamente recomendable.

## 7. CONCLUSIONES

- Se han alcanzado los objetivos propuestos, dado que se han identificado los tiempos y los niveles de esfuerzo que el alumno emplea en las actividades de aprendizaje. Las actividades de estudio, discusión y lecturas en clase ocupan más tiempo, mientras que tienen mayor nivel de dificultad actividades como: búsquedas fuera de clase, lecturas de textos fuera de clase y búsquedas en clase. Se han identificado, asimismo, las dificultades de aprendizaje evidenciándose las cuestiones metodológicas como las de mayor dificultad, seguidas de los contenidos y las competencias. La identificación de las dificultades por competencias revelan la mayor dificultad en competencias lingüísticas seguidas de las sistémicas, metodológicas y instrumentales cognitivas. Se puede concluir que existen importantes problemas en el lenguaje empleado por el profesor, textos, etc. y/o en la adecuación entre el lenguaje disciplinar y el nivel lingüístico de los alumnos. Las dificultades metodológicas pueden estar relacionadas con la confusión

lingüística y, a su vez, con las instrumentales cognitivas. Asimismo, en las dificultades por competencias se aprecian datos que van en la misma línea, dado que el mayor esfuerzo se aprecia en competencias sistémicas, lingüísticas y metodológicas.

- Se han confirmado las hipótesis iniciales, dado que los resultados obtenidos en el estudio demuestran que tiempo y esfuerzo desarrollado por alumnos en la consecución de las actividades de enseñanza aprendizaje de la asignatura “Antropología Educativa de los Cuidados” está influido por factores extracurriculares. Por otro lado, el diario de campo se ha revelado como una herramienta válida para potenciar la reflexión de los alumnos sobre sus propias necesidades educativas, en general, y la valoración del tiempo y esfuerzo desarrollado en las actividades del proceso de enseñanza aprendizaje, en particular.
- El análisis comparativo del Currículum oculto y el currículum invisible facilita una visión global de las dimensiones tiempo-esfuerzo integradas en los procesos de enseñanza aprendizaje.
- Se ha evidenciado la relación entre factores histórico-personales, como el conocimiento previo del profesorado, sus usos y formas didácticas y lingüísticas y la mayor o menor dificultad en la comunicación y comprensión de los contenidos y actividades.
- La espontaneidad y la utilización de recursos emergentes e incidentales provocan sorpresa y suelen generar mayor nivel de esfuerzo en los alumnos poco habituados a la lectura no lineal o hipertextual, en la que prima la vinculación semántica.
- Los métodos y técnicas utilizados, desde la perspectiva aportada por la teoría sociocrítica, ha permitido implicar activamente a los alumnos en este estudio.
- La combinación de recursos metodológicos cualitativos y cuantitativos pueden dotar de una mayor versatilidad y globalidad al estudio.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

- ALTHEIDE, D.L. (1987) Ethnographic content analysis. *Qualitative Sociology*, 10/1: 65-67.
- ANDREU, R; ET AL (2005) Experiencia práctica de valoración docente: tiempo y esfuerzo de aprendizaje del alumno. En: MARTÍNEZ, M<sup>a</sup> A. y CARRASCO, V. (Edits.) *Investigar en diseño curricular. Redes de docencia en el Espacio Europeo de Educación Superior*. Universidad de Alicante/ Marfil, Alcoy: 267-286.
- ANECA (2003) Programa de convergencia europea. El crédito europeo. Madrid, ANECA.



- ANGERA, M. T. (1988). La observación en la escuela. Barcelona:Grao.
- ARAGONÉS, J.y LUJÁN, S. (2005) Los créditos ECTS en la enseñanza de la asignatura “Programación en Internet”. En: MARTÍNEZ, M<sup>a</sup> A. y CARRASCO, V. (Edits.) Investigar en diseño curricular. Redes de docencia en el Espacio Europeo de Educación Superior. Universidad de Alicante/ Marfil, Alcoy: 325-352.
- ARNAL, J; ET AL (2005) Valoración del esfuerzo y el tiempo de aprendizaje en la asignatura “Matemática Discreta de las Ingenierías Informáticas. En: MARTÍNEZ, M<sup>a</sup> A. y CARRASCO, V. (Edits.) Investigar en diseño curricular. Redes de docencia en el Espacio Europeo de Educación Superior. Universidad de Alicante/ Marfil, Alcoy: 287-306.
- BARRY, C. (1998) Choosing Qualitative Data Analysis Software: Atlas/ti and Nudist Compared. Sociological Research Online, vol. 3, no. 3.
- BARTHES, R. (1997) La aventura semiológica. Paidós Ibérica, Barcelona.
- BLASCO, J.E; ET AL (2005) Integración de las TICs en el practicum de la titulación de Maestro especialista en Educación Física. Valoración de la web TUSPR@CTICAS desde la perspectiva de los alumnos. En: MARTÍNEZ, M<sup>a</sup> A. y CARRASCO, V. (Edits.) Investigar en diseño curricular. Redes de docencia en el Espacio Europeo de Educación Superior. Universidad de Alicante/ Marfil, Alcoy: 237-266.
- COOK, S.H. (1991) Mind the theory/practice gap in nursing. Journal of Advanced Nursing 16: 1462-1469.
- CROCKER, C. (1984) Determinants of implementation of an elementary science program. Journal of Research in Science Teaching, 21, 2: 211-220.
- CROCKER, C. (1986) El paradigma funcional de los profesores. Revista de Innovación e Investigación Educativa, 1: 53-64.
- DELAVIGNE, R. (2003) Créditos ECTS y métodos para su asignación. ANECA.
- DENZIN, K. (1970) The research Act. Aldine, Chicago.
- DOMINGUEZ CARMONA, M. (1988) Concepto de Salud y Enfermedad. Medicina Preventiva y Salud Pública, Salvat, Barcelona.
- ESCUADERO, J. M. (1981) Modelos didácticos. Oikos-Tau, Barcelona.
- ESCUADERO, J.M. y GONZÁLEZ, M.T. (1984) La renovación pedagógica: algunos modelos teóricos y el papel del profesor. Editorial Escuela Española, Madrid.
- FERNÁNDEZ, R. (edit.) (2001)Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud. Síntesis, Madrid.
- FERNANDEZ BALLESTEROS, R. (1992). Técnicas subjetivas. En R. Fernández Ballesteros (Dir.). Introducción a la evaluación psicológica (2<sup>a</sup> edición). Madrid: Pirámide.
- FLICK, U. (2004) Introducción a la investigación cualitativa. Ediciones Morata y Fundación Paideia Galiza, Madrid.

- GARCIA, E. (1987) Pensamientos de los profesores sobre la evaluación. Una teoría práctica. Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación Sevilla.
- GARCIA JORBA, J. M. (2000) Diarios de campo. Anaya, Madrid.
- GEERTZ, C. (1989) El antropólogo como autor. El antropólogo como autor. Paidós, Barcelona.
- GOETZ, J.P. & LECOMPTE, M. (1988) Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa. Morata, Madrid.
- HABERMAS, J. (1991) Teoría de la acción comunicativa. Taurus, Madrid.
- HABERMAS, J.(1988) La lógica de las ciencias sociales. Tecnos, Madrid.  
<http://redie.uabc.mx/vol3no2/contenido-schmelkes.html>
- KUHN, T.S. (1980) La función del dogma en la investigación científica. Cuadernos Teorema, 39. Departamento de Lógica de la Universidad de Valencia/ Servicio de Publicaciones Universidad de Valencia, Valencia.
- KUHN, T.S. (1982) La tensión esencial: estudios selectos sobre la tradición y el cambio en la ciencia. F.C.E., Madrid.
- KUHN, T.S. (1995) ¿Qué son las revoluciones científicas? Ediciones Altaya, Barcelona.
- LANDOW, G.P.(1995) Hipertexto. La Convergencia de la teoría crítica contemporánea y la tecnología, , Paidos Hipermedia 2. Barcelona.
- LATORRE, A., y GONZALEZ, R. (1987) El maestro investigador. La investigación en el aula. Barcelona: Grao, Barcelona.
- LAWN, F. & BARTON, L. (1983) Estudios del currículum: ¿Reconceptualización reconstrucción? GIMENO, J. y PÉREZ GÓMEZ, A.I. La enseñanza: su teoría y su práctica. Akal, Madrid: 241-250.
- LÁZARO, A. Y ASENSI, J. (1987): La observación. En Lázaro y Asensi, manual de Orientación Escolar y Tutoría. Madrid: Narcea.
- MARTÍNEZ, M<sup>ª</sup>A. Y SAULEDA, N. (2002) Las narrativas de los profesores: una perspectiva situada Editorial Club Universitario, Alicante.
- MORIN, E. (1994) Introducción al pensamiento complejo. Gedisa, Barcelona.
- NAGEL, E. (1991) La estructura de la ciencia. Paidós, Barcelona.
- PRIGOGINE, I. y NICOLIS, G. (1997) La estructura de lo complejo. Alianza, Madrid.
- PAGANI, R. (2002) Informe técnico. El crédito europeo y el sistema educativo español. (<http://www.eees.ua.es>). Página Web: [http://aneca.es/modal\\_eval/docs/doc](http://aneca.es/modal_eval/docs/doc).
- PALAZÓN, F. (1991) El educador ¿tecnólogo o investigador? Anales de Pedagogía, 9: 197-241.
- PÉREZ-ARGOTE, A. (1996) Complejidad y teoría social. Centro de estudios Sociológicos, Madrid.
- PEREZ GOMEZ, A. (1988) El pensamiento práctico del profesor. Perspectivas de la función docente. Narcea, Madrid: 118-148.

- PERRENEOUD, P. (2004) Desarrollar la práctica reflexiva en el oficio de enseñar. Profesionalización y razón pedagógica. Grao, Barcelona.
- PLUMER, K. (1989) Los documentos personales. Introducción a los problemas y bibliografía del método humanista, Siglo XXI, Madrid.
- PORLAN, R.; MARTIN, J. (1.996): El diario del profesor. Un recurso para la investigación en el aula. Colección Investigación y enseñanza. Diada, Sevilla.
- POSTIC, M., y DE KETELE, J.M. (1992). Observar las situaciones educativas. Narcea, Madrid.
- POWKEWITZ, T.S. (1988) Paradigma e ideología en investigación educativa. Mondadori, Madrid.
- PUJADAS, J.J. (1992) El método biográfico: Las historias de vida en ciencias sociales. CIS, Madrid.
- Real Decreto 1125/2003/Ministerio de Educación, Ciencia y Deporte (BOE nº 224, 18 de Septiembre, 2004).
- RIHEL, J. (1992) Modelos conceptuales de Enfermería. Doyma, Barcelona.
- RODRÍGUEZ GÓMEZ, G. ET AL (1999) Metodología de investigación cualitativa, Aljive, Málaga.
- RUIZ, J.I., e ISPIZUA, M<sup>a</sup> A. (1989) La descodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa. Ediciones de la Universidad de Deusto, Bilbao.
- SALVADOR, F; RODRÍGUEZ, J.L; BOLIVAR, A. (2004) Diccionario de didáctica. Aljibe,
- SANTOS, M. (2003) Una flecha en la diana. La evaluación como aprendizaje. Narcea, Madrid.
- SCHMELKES, S. (2001), La combinación de estrategias cuantitativas y cualitativas en la investigación educativa: Reflexiones a partir de tres estudios. Revista Electrónica de Investigación Educativa, 3 (2).
- SENTANA, I; ET AL (2005) Dedicación del alumnado de Ingeniería Química a la asignatura de "Expresión Gráfica". En: MARTÍNEZ, M<sup>a</sup> A. y CARRASCO, V. (Edits.) Investigar en diseño curricular. Redes de docencia en el Espacio Europeo de Educación Superior. Universidad de Alicante. Editorial Marfil, Alcoy: 307-324.
- SILES, J. y GARCÍA, E. (1995) Las características de los paradigmas científicos y su adecuación a la investigación en enfermería. Enfermería Científica 160/161: 10-15.
- SILES, J. (1997) Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina. Enfermería Clínica. Enfermería Clínica: 4/7: 188-194.
- SILES, J. et al (1996) La diferencia entre el aula y el centro sanitario: una apuesta por la implicación del alumnado en el proceso de armonización teórico-práctico (I). Publicación Científica de Enfermería 9: 7-11.

- SILES, J. et al (1997) La diferencia entre el aula y el centro sanitario: una apuesta por la implicación del alumnado en el proceso de armonización teórico-práctico (II). *Publicación Científica de Enfermería* 10: 17-25.
- SILES, J. et al (2004) Antropología educativa aplicada a las prácticas clínicas de enfermería. Las diferencias culturales implicadas en el proceso de prácticas clínicas en enfermería. Una aportación desde la antropología de la complejidad y el pensamiento crítico. En: M<sup>ª</sup> A. MARTÍNEZ (Coord.) *Investigar en docencia universitaria. Redes de colaboración para el aprendizaje*. Marfil, Alcoy: 101-204.
- TAYLOR, S.& BOGDAN, R. (1986) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Paidós Buenos Aires.
- VALLÉS, M. S. (1997) *Técnicas cualitativas de investigación social. Síntesis*, Madrid.
- VAN MANEN, M. (2003) *Investigación educativa y experiencia vivida*. Idea Educación, Barcelona.
- VÁZQUEZ, R. y ANGULO, F. (Coords.) (2003) *Introducción a los estudios de casos. Los primeros contactos con la investigación etnográfica*. Aljibe.
- WATSON, S.J. (1991) An analysis of the concept of experience. *Journal of Advanced Nursing*, 16: 1117-1121.
- WRIGHT, G.M. (1987) *Explicación y comprensión*. Alianza, Madrid.
- ZABALZA, M.A. (2004) *Diario de clase*. Narcea, Madrid.

## **CAPÍTULO V.**

### **LA FUNCIÓN DE LOS TUTORES EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS DE ENFERMERÍA. UN ESTUDIO ETNOGRÁFICO CENTRADO EN LA REFLEXIÓN ACCIÓN Y EL PENSAMIENTO CRÍTICO**

---

**Jose Siles González; M<sup>a</sup> Carmen Solano Ruiz;  
Elena Ferrer Hernández; M<sup>a</sup> Mercedes Rizo Baeza;  
Miguel Angel Fernández Molina; Mercedes Núñez del Castillo;  
J. Ramón Martínez Riera; Isabel Casabona Martínez**

---

#### **1. INTRODUCCIÓN**

La actividad tutorial ha existido desde tiempos inmemoriales. Se podría argumentar que, si bien es cierto que el hombre ha tenido la necesidad de aprender de “motu proprio” por imperativos de supervivencia, no es menos cierto, que siempre han existido figuras como la del tutor, la del mentor o la del asesor que se dedicaban a educar a sus pupilos y a orientarlos sobre la forma más adecuada de conseguir tal o cual finalidad. Desde que Ulises viajó en busca del vellocino de oro dejando a su hijo Telémaco confiado a la sabiduría y humanidad de Mentor (uno de sus mejores y más reputados amigos) (Zabalza, 1996), en los procesos de aprendizaje la figura del tutor ha sido una constante que ha ido adaptándose a las diferentes épocas evolucionando desde el tutor personal, cercano, casi familiar; al tutor virtual, tan característico como imprescindible en el sistema educativo de los últimos tiempos. En las prácticas clínicas de enfermería resulta imprescindible la figura de un tutor que pueda responder a las diferentes cuestiones que se le presenten a los alumnos que las realizan, dado que la enorme complejidad que caracteriza esta fase del aprendizaje, sobre todo teniendo en cuenta el objeto-sujeto (homo duplex) de la disciplina: el ser humano sin renunciar a su complejidad y considerando siempre la realidad interactiva entre observador (investigador-tutor) y observado (sujeto de la investigación-alumno) en un contexto clínico. El tutor no sólo tiene funciones evaluadoras, también debe orientar la acción de los alumnos mediante el establecimiento de un clima educativo donde la comunicación fluya sin problemas. A través de la vertebración de un diálogo adecuado y el establecimiento de los mecanismos de observación y registro pertinentes, el tutor debe estar preparado para afrontar y reconducir todo tipo de situaciones que se les planteen a los

alumnos, desde las más convencionales y rutinarias, hasta las emergentes más inadvertidas e imprevisibles.

### **1.1 Justificación**

Siguiendo la misma línea de investigación –etnografía educativa aplicada a las prácticas clínicas-, la variante temática de este proyecto, que pretende complementar los anteriores, consiste en realizar la valoración que, sobre el nivel de tiempo-esfuerzo en el logro de los objetivos educativos de los alumnos de enfermería en sus prácticas clínicas, tienen los tutores encargados de valorar esta fase formativa. Se pretende en este estudio, por un lado, recoger la visión que los tutores tienen respecto a sus propios alumnos en la consecución de sus objetivos, y, por otro, identificar los problemas que los propios docentes (tutores) detectan en el proceso de tutorización de dichas prácticas clínicas. Las prácticas clínicas de enfermería constituyen un campo de aprendizaje en el que convergen objetivos educativos de varias asignaturas. Estos objetivos están integrados, de tal forma, que el alumno debe ser capaz de aplicar los diferentes conocimientos, habilidades y actitudes en los sucesivos contextos clínicos en los que se desarrolle su proceso de enseñanza-aprendizaje desde una perspectiva holística (superadora de toda fragmentación o compartimentación estanca).

La implicación de los tutores en el proceso de valoración de sus necesidades docentes a la hora de decidir cómo observar a los alumnos en sus prácticas clínicas en el proceso de consecución de los logros educativos, por un lado, y, por otro, cómo seleccionar una herramienta eficaz para almacenar los datos producto del mencionado proceso de observación constituye, una forma de facilitar la toma de conciencia, por parte de los tutores, respecto a la necesidad de reflexionar en la acción; es decir, reflexionar durante el proceso de prácticas clínicas sobre lo que es prioritario observar, cómo observarlo y, asimismo, de qué forma y con qué instrumento recoger los datos relevantes para que su acción tutorial resulte realmente eficaz (García Vallejo, 2003). Asimismo, uno de los problemas más acuciantes de alumnos y tutores estriba en la comunicación, por lo que se hace preciso profundizar en la reflexión sobre las formas de comunicación tutor-alumno y viceversa (Navarro, Martínez, Viguera; 2002). Por otro lado, si se comunica se fomenta la participación (que es todo lo contrario del aprendizaje pasivo) y se puede implicar al alumnado en un proceso de reflexión conjunta (tutores-alumnos) de los problemas de aprendizaje en las prácticas clínicas (García León, et al, 1988; Siles et al, 1996, 1997). La constatación de los niveles y tiempos de esfuerzo desarrollados por los alumnos para el logro de los objetivos constituye otro de los focos de observación que los tutores deben desarrollar para contribuir a la implementación del nuevo sistema de créditos que conlleva la adopción del espacio común europeo en educación superior

(Pagani, 2002; Delavigne, 2003; ANECA, 2003). En definitiva, si se considera todo aquello para lo que podría rentabilizarse la actividad tutorial, el tutor constituye un auténtico “factotum” en el contexto de las prácticas clínicas: observador, evaluador, comunicador, agente de dinamización e implicación activa del alumno, etc.

## 1.2 Objetivos

El objetivo general de este estudio consiste en potenciar la capacidad reflexiva de los tutores de prácticas clínicas sobre el proceso de valoración de las prácticas clínicas y, de forma especial, en todo lo concerniente a los diferentes objetivos que deben alcanzar los alumnos en el transcurso de las mismas.

Los objetivos específicos se pueden desglosar en los diferentes puntos del siguiente apartado:

- Recoger la visión general de los tutores sobre el proceso de consecución de los objetivos de prácticas clínicas de alumnos de la diplomatura enfermería.
- Valorar los niveles de tiempo esfuerzo que tienen que emplear los alumnos para el logro de sus objetivos de prácticas clínicas desde la perspectiva de sus tutores.
- Identificar las necesidades emergentes de los tutores de prácticas clínicas en el transcurso de sus procesos de tutorización (desde su propia percepción).
- Elaborar una herramienta que facilite en su proceso de implementación- la reflexión acción de los docentes encargados de tutorizar las prácticas clínicas.
- Habilitar un instrumento de comunicación que contribuya a potenciar la retroalimentación durante el proceso de tutorización de los docentes en las prácticas clínicas.
- Demostrar la pertinencia del “diario de prácticas clínicas” como herramienta complementaria del proceso de observación e imprescindible en la valoración del rendimiento de los alumnos.

## 1.3 Hipótesis y cuestiones de investigación

Se ha partido de la siguiente hipótesis inicial: el diario de campo constituye un instrumento esencial para potenciar la reflexión en la acción de los tutores sobre sus propias necesidades docentes, en general, y sobre el proceso de valoración del rendimiento de los alumnos durante las prácticas clínicas.

### 1.3.1 Cuestiones de investigación

- ¿Qué debe observar el tutor y cómo para valorar adecuadamente el rendimiento de los alumnos durante las prácticas clínicas?

- ¿Qué instrumentos debe emplear el tutor para rentabilizar y complementar el proceso de observación durante las prácticas clínicas de los alumnos de enfermería?

## 2. ESTADO DE LA CUESTIÓN

Si de lo que se trata en este estudio es de vincular la indisociabilidad entre algunas de las principales características que deben adornar a los tutores: la capacidad de observación, la comunicación y el potencial dinamizador con respecto a los alumnos; constituyen tres pilares que fundamentan la actividad del tutor. Sobre la observación existen diversos trabajos, algunos como el aportado por Torroba intenta profundizar en la sistematización de lo que hay que observar insistiendo en la necesidad de sistematizar el proceso observador mediante la planificación y estructuración adecuada de los individuos, escenarios, áreas temáticas, actividades, etc. (Torroba, 1991; Jackson, 1991). La necesidad de transformar algo tan natural como la simple mirada u observación natural en una cualidad del profesorado mediante la que observar se transforma en una actividad sistemática y focalizada que constituye la base del proceso evaluador (Postic, 1978, Angera, 1988; Porlan y Martin, 1996). Una de las aportaciones claves es la de Schön que considera que la observación debe ser el abono principal de la reflexión y la acción en cualquier colectivo que aspire a la profesionalización (1998); en esta misma línea hay que interpretar la idea de acción reflexiva como motor de cambio en la acción educativa es también desarrollada por Perrenoud (2004). Habermas, por su parte, añade a la actividad comunicadora la dimensión práctica, confiriendo a la comunicación una función de cambio en la praxis que viene a incidir en la síntesis dialéctica entre la dimensión teórica y la práctica (Habermas, 1991, 2002).

A nivel internacional existen diversos estudios que abordan la temática de la observación y la actividad tutorial: Saarikoski (2003), por un lado, confirma la importancia de las tutorías como instrumento conjunto de desarrollo de profesionales y estudiantes de enfermería; mientras que, por otro lado, profundiza en las características de los escenarios clínicos de aprendizaje relacionándolos con los tutores de enfermería (Saarikoski & Leino-kilpi, 2002). Otros autores avalan las aportaciones de los tutores y el empleo de métodos etnográficos para la superación de la dicotomía entre el aula y el servicio sanitario (Severinson, 1998; Spouse, 2001). Allan (2006) describe las ventajas de la observación participante en un estudio sobre la fertilidad en Gran Bretaña enfatizado la idoneidad de la etnografía para identificar la importancia de las emociones en la práctica de enfermería; mientras que otros autores se centran en la pertinencia del diario de campo en la investigación de la práctica enfermera de índole, fundamentalmente cualitativa (Mulhall, 2003) o en la



importancia del diario como autoetnografía que potencia la reflexión en la acción (Skott & Ericsson, 2005).

A nivel nacional y en el ámbito puramente pedagógico existen numerosas aportaciones que revelan las características de los procesos de tutorización y, asimismo, los motivos por los que los tutores son tan precisos en el ámbito educativo, especialmente en las facetas orientadoras y evaluadoras (Belmonte, 1995; López, 1997). En el ámbito de la enfermería española se han realizado diversos trabajos sobre la necesidad de sistematizar la observación de los tutores (García Vallejo, 2003) También se han revisado trabajos que confirman la importancia de la comunicación con los alumnos y que, de alguna forma, incluyen el diálogo como una forma de potenciar la observación en un proceso de naturaleza, fundamentalmente, cualitativa (Navarro, Martínez, Viguera; 2002); asimismo se han aportado datos que reflejan la necesidad de superar las diferencias entre la teoría y la práctica en el marco clínico (Cook, 1991; Siles, et al, 1996, 1997), o, también, resaltando la importancia de las dimensiones culturales que diferencial el aula del centro sanitario desde la perspectiva del pensamiento crítico (Siles, et al, 2004).

Respecto a la importancia de la etnografía educativa y el empleo de técnicas como el diario de campo en el contexto educativo se han revisado diferentes aportaciones: (Martínez y Sauleda, 2002; Zabalza, 2004; Vallés, 1997; García Jorba, 2000). En el contexto clínico los métodos etnográficos en general y el diario de campo en particular se está empleando cada vez más en el estudio de los procesos de enseñanza aprendizaje de los estudiantes de enfermería y medicina demostrando la importancia de los factores culturales y la divergencia teórico práctica (Underwood, 2006; Evans, 2006; Lee & Lee, 2006; Siles, et al, 2004).

### **3. MARCO TEÓRICO**

Si de lo que se trata en un estudio es de relacionar la capacidad de observación de los tutores de prácticas clínicas con la comunicación interactiva abierta a los alumnos durante el proceso y, asimismo, potenciar la participación de los sujetos investigados (observados), a la hora de ubicarlo epistemológicamente, será preciso considerar estas características y profundizar en el análisis de la incidencia de las mismas en la naturaleza de la investigación. Si, tácitamente, los objetivos incluyen, tanto la necesidad de interpretar la realidad investigada desde una perspectiva holística (no reduccionista ni fragmentaria), como la implicación de los alumnos en un proceso de reflexión en la acción desarrollada durante la práctica clínica, se puede afirmar que se trata de un estudio de naturaleza cualitativa que requiere una selección teórica y metodológica en concordancia con lo expuesto. Dicho de otro modo: el paradigma, el modelo, la teoría, los métodos y las técnicas deben resultar coherentes con las características que

revelan la complejidad del estudio (Olivé y Álvarez, 2007; Siles et al, 2004; Siles, Solano y Cibanal, 2005).

Además de las aportaciones de diversos autores sobre la idoneidad de la reflexión en la acción como instrumento de investigación educativa (Schön, 1998; Perrenoud, 2004); el pensamiento reflexivo aplicado en la acción ha sido identificado por algunos autores como un segundo paradigma educativo, que es diametralmente opuesto al paradigma considerado tradicional, neopositivista o estándar (Lipman, 1998). Desde los presupuestos de este paradigma, cuya principal característica es la reflexión en la acción, se postula la adopción de teorías, métodos y técnicas que permitan la observación, la fluidez en la comunicación y, sobre todo, la participación de los sujetos investigados. En este trabajo se han considerado los principios integrados en la teoría sociocrítica, que parte de la premisa de implicar a los sujetos investigados para optimizar la realidad en la que están inmersos –de forma interactiva– tanto el observador (investigador) como el observado (investigado), y que precisa para el cumplimiento de sus fines la adopción de métodos y técnicas en consonancia con sus postulados. El método etnográfico desarrollado mediante técnicas como la observación participante (o participante observador, como es el caso del presente estudio) y el diario de campo, se avienen a la perfección con los principios de la teoría sociocrítica. El diario de campo, al recoger toda la información en forma de experiencias escritas, es un instrumento muy pertinente para la reflexión, dado que favorece la autoetnografía, es decir, la reflexión sobre las propias experiencias (Olivé y Álvarez, 2007).

Este mismo recorrido, desde la teoría a la técnica, se puede repetir partiendo de un paradigma que suele ser empleado –tradicionalmente– en los trabajos realizados por los integrantes del grupo autor de este estudio. El paradigma sociocrítico aportado por Habermas (2002), más genérico que el específicamente educativo aportado por Lipman (1998), y que, además de interpretar la comunicación como una herramienta de cambio social (Habermas, 1991), también emplea el pensamiento reflexivo en la acción para dotar de voz a los sujetos investigados y transformar la realidad desde las miradas e implicación de todos los que la integran mediante una investigación participativa coral (Siles, 1996b).

## **4. MATERIAL Y MÉTODO**

### **4.1 Participantes y criterios de inclusión**

- Grupo de participantes observadores: Siete expertos (tutores) integrados en el proyecto.
- Criterios de inclusión de integrantes del grupo de expertos:
  - Que tuvieran, al menos, cinco años de experiencia en el desempeño de actividades tutoriales.

- Todos debían reunir la condición de estar vinculados como docentes a la Universidad de Alicante.
  - Debían desarrollar sus actividades tutoriales en diferentes centros sanitarios de la provincia de Alicante.
  - Poseer conocimientos y habilidades de etnografía educativa, especialmente en materia de “aplicación educativa del diario de campo”.
  - Experiencia demostrada en la temática del estudio (haber participado previamente en investigaciones de las características semejantes).
- Grupo de alumnos objeto-sujeto de observación por parte del grupo de tutores alumnos de la diplomatura de enfermería que:
- Realizaban sus prácticas clínicas en los centros sanitarios en los que estaban desarrollando su acción tutorial el grupo de participantes-observadores.
  - Alumnos que habían sido asignados a los tutores integrados en el proyecto.

#### **4.2 Técnicas a emplear en el estudio. Pertinencia y validez metodológica**

Las técnicas, fundamentalmente de carácter etnográfico, consistieron en la elaboración de un: diario de prácticas clínicas (diario de campo) desarrollando la labor tutorial como “participantes observadores” (Taylor & Bogdan, 1986). Asimismo se realizaron diferentes seminarios con vistas a la preparación del estudio. En el transcurso de los seminarios se desarrollaron técnicas como: tormenta de ideas, grupo de discusión, etc.

El diario de prácticas clínicas (diario de campo) es un instrumento muy empleado en etnografía educativa, especialmente utilizado en las aulas resultando muy eficaz en la evaluación formativa. No se trata de una evaluación “sensu estricto”, pues no es un trabajo adicional para el alumno, dado que éste, simplemente, reflexiona sobre lo que hace día a día en sus prácticas clínicas (aunque tiene en cuenta la incidencia de estas prácticas con su vida en general: familiar, afectiva, necesidades básicas, etc.). El diario de prácticas clínicas tiene carácter de documento personal del alumno en el que “almacena su historia formativa, sus experiencias en prácticas clínicas, pero, por ende, constituye una herramienta de comunicación con los docentes (Woods, 1998). Asimismo, por su propia naturaleza, el diario de prácticas clínicas es un instrumento para almacenar información compleja que puede aportar datos sobre: el estilo del trabajo, la redacción, la jerarquía de ideas en la toma de apuntes, el nivel de comprensión de los contenidos, el proceso de resolución de las actividades, el nivel de persistencia, la capacidad de síntesis y de análisis, la capacidad crítica, el ajuste de valoraciones, el interés por la corrección y la progresión en el aprendizaje, la organización personal, la utilización de procedimientos de estudio y aprendizaje, etc. Finalmente, se puede afirmar que el diario de prácticas clínicas es una

herramienta idónea para valorar de forma continuada la forma en la que los alumnos realizan los procedimientos tanto desde el punto de vista del nivel de conocimiento, de la pericia técnica y de la dimensión actitudinal.

### **4.3 Fases de implementación del estudio**

A.- Diferentes seminarios informativos:

Explicación de los objetivos del trabajo (noviembre 2006).

Dos seminarios de dos horas cada uno para explicar las características de la herramienta narrativa que los tutores tienen que elaborar (diario de prácticas clínicas). (Diciembre 2006 y enero 2007).

Seminario de preparación de la implementación del trabajo: asignación de los diferentes grupos de alumnos a los tutores correspondientes (tuvo lugar una semana antes del inicio de las prácticas clínicas, febrero 2007).

B.- Fase de observación de los participantes observadores y redacción de los diarios de campo (febrero 2007/ junio 2007)

C.- Seminario de retroalimentación durante el trabajo de campo (abril 2007)

D.- Recogida de datos (diarios de campo elaborados por los participantes observadores) (junio 2007)

E.- Introducción de diarios de campo en programa atlas/TI (julio 2007).

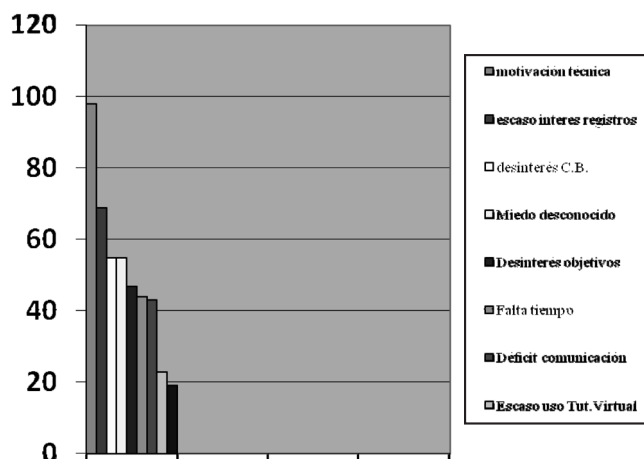
F.- Organización, análisis e interpretación datos (julio 2007)

G.- Redacción trabajo (julio 2007)

## **5. RESULTADOS**

Tras el análisis de los datos y su interpretación, se procedió a identificar los problemas que los propios docentes (tutores) detectan en el proceso de dichas prácticas clínicas y, asimismo, la respuesta de los alumnos sobre la forma de superar las mencionadas problemáticas. En, síntesis, en los diarios elaborados por los tutores se recogen problemas tales como (GRÁFICO I): la excesiva obsesión o atención por todo lo que supone la aplicación de técnicas (aquellas más sofisticadas o que requieren mayor aparataje y pericia más acentuado el interés y la atención). La otra cara de la moneda la representan, por un lado, el escaso interés por los registros, y, por otro, el desinterés por los cuidados básicos (que no requieren técnicas sofisticadas o con aparataje). La amplia variedad de escenarios que transforman al contexto clínico en una realidad compleja, tiene consecuencias pedagógicas tales como: el miedo a lo desconocido y la ansiedad que genera en los alumnos tener que interactuar con diferentes tipos de profesionales (celadores, médicos, auxiliares de enfermería, técnicos de laboratorio, personal de limpieza, mantenimiento, etc.), pero sobre todo la complejidad de las prácticas clínicas se manifiesta en los alumnos ante la necesidad de comu-

GRÁFICO I  
PROBLEMAS ORDENADOS POR FRECUENCIAS



nicarse con pacientes que proceden de diferentes culturas, niveles sociales, económicos, nacionalidades, religiones e idiomas.

La transversalidad de algunas citas se evidencia en el hecho de que, en un mismo fragmento del texto de los diarios de campo, pueden coexistir distintos significados internos identificados con diferentes códigos y que pueden ser tanto problemas como muestras de la buena marcha del proceso de prácticas clínicas (TABLA I). “La comunicación durante la tutoría es tremendamente fluida y amena, mostrando interés por conocer los motivos de esta baja cumplimentación de los registros (...) les pregunto su opinión o mejor, su diagnóstico del problema y varios de ellos espetan falta de tiempo” (VII: 17/2, 5, 18)

En esta cita se identifican tres significados internos que aluden a dos problemas (falta de tiempo y escasa cumplimentación de los registros), y a una situación específica respecto a la comunicación, que se revela como fluida y en un clima propicio para el diálogo.

Incluso se da el caso de citas en las que se dan una gran concentración de significados:

- “(...) unos comentan que servicios como psiquiatría no les gusta nada porque les da un poco de miedo los pacientes, otros, los que van a urgencias, temen no acordarse de realizar las técnicas, pero ninguno siente ningún tipo de precaución por los cuidados” (I: 3/ 4, 6, 7).

En este fragmento del diario, el tutor interpreta diferentes problemas que afectan a sus alumnos: obsesión por las técnicas (sólo se preocupan por con-

TABLA I  
EJEMPLO DE PROCESO ANÁLISIS CON ATLAS-TI  
DOCUMENTOS/ CITAS/ CÓDIGOS/ SIGNIFICADO INTERNO

Nº DOCUMENTO	CITA	CÓDIGO	SIGNIFICADO INTERNO
I	3	7	Obsesión técnicas
I	3	6	Desinterés cuidados
I	3	4	Miedo desconocido
I	9	1	Desinterés cuidados
II	10	7, 6	Obsesión técnicas Desinterés cuidados
II	3	4	Miedo desconocido
III	2	5	Falta de tiempo
IV	8	5, 7, 4	Falta de tiempo Motivación técnicas Miedo desconocido
V	1	3, 2	Déficit comunicac. Escaso interés registros
VI	8	1, 7	Desinterés cuidados Obsesión técnicas.
VII	17	2, 5, 8	Desinterés registros Falta de tiempo Escaso uso tutoría virtual

trolar las técnicas); mientras muestran una gran apatía a la hora de realizar los cuidados de enfermería que no requieren una técnica específica. Asimismo, en la misma cita, se describe cómo los alumnos manifiestan cierto miedo a lo desconocido.

En otras citas, empero, se identifica un solo significado:

- “(...) Sólo un alumno trae los objetivos, el resto afirma que los están trabajando, pero que se les han olvidado” (I: 9/1).

En este fragmento del diario de campo, si bien es breve, el tutor describe cómo existe una desmotivación más que evidente por parte de los alumnos respecto al conocimiento de sus objetivos de prácticas clínicas.

- “Los alumnos de primero de enfermería identifican como principal característica de sus experiencias/ vivencias, la ansiedad que les provoca el enfrentarse por primera vez a una realidad que desconocen”. (II: 3/4).

En esta cita se describe una de las problemáticas más repetidas en los alum-

nos de primero, sobre todo, en la primera etapa de sus prácticas clínicas: el miedo a lo desconocido.

## 6. DISCUSIÓN

En líneas generales, se puede afirmar que los resultados de este estudio, confirman las conclusiones de los trabajos mencionados en el estado de la cuestión del tema tratado (si bien es cierto, en la revisión bibliográfica se han tenido en cuenta autores integrados en los usos y principios de la investigación cualitativa y etnográfica. En cuanto a las limitaciones emergentes, es preciso señalar la dificultades encontradas por los tutores al tener que elaborar sus diarios con alumnos de diferentes cursos (1º, 2º y/o 3º), lo que da lugar a cierta disgregación de los resultados por la disparidad de niveles, intereses y capacidades cognitivas, actitudinales y sensoromotoras.

Uno de los resultados más significativos de este estudio lo constituye la constatación de la existencia, por parte de los alumnos, de una más que evidente desmotivación respecto al conocimiento de sus objetivos de prácticas clínicas. Este hecho tiene gran trascendencia a la hora de la integración en el Espacio Común de Educación Superior Europeo, dada la necesidad propugnada por este sistema europeo de la reflexión de los alumnos sobre sus propios tiempos y esfuerzos a la hora de alcanzar los objetivos.

## 7. CONCLUSIONES

- Tras la revisión de los diarios de campo elaborados por los tutores, se puede afirmar que estos documentos constituyen un instrumento que facilita la reflexión en la acción y contribuye a modular la comunicación con los alumnos durante su fase de prácticas clínicas.
- Los diarios de campo constituyen una herramienta eficaz para recoger la visión global de los tutores sobre el proceso de logro de objetivos de los alumnos durante sus prácticas clínicas.
- Asimismo, los diarios de campo, elaborados durante el proceso de “participante-observador, contribuyen a identificar las necesidades emergentes de los tutores de prácticas clínicas dado su carácter autoetnográfico que potencia la reflexión durante el proceso.
- El “diario de prácticas clínicas” es pertinente como herramienta complementaria del proceso de observación e imprescindible en la valoración del rendimiento de los alumnos durante las prácticas clínicas.
- El diario de campo facilita la sistematización del proceso de observación del tutor orientándolo sobre la focalización de su atención en situaciones, escenarios, temas e individuos: ¿qué observar: cómo, cuándo...etc.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

- ALLAN, H. (2006) Using participant observation to immerse oneself in the field. The relevance and importance of ethnography for illuminating the role of emotions in nursing practice. *Journal of Research Nursing*. XI/5: 397-407.
- ALTHEIDE, D.L. (1987) Ethnographic content analysis. *Qualitative Sociology*, 10/1: 65-67.
- ANGERA, M. T. (1988). *La observación en la escuela*. Barcelona:Grao.
- ANECA (2003) Programa de convergencia europea. El crédito europeo. Madrid, ANECA.
- BELMONTE, T. (1995). *El tutor*. Madrid: Autoedición.
- BERNARDO CARRASCO, J. (1991). *Técnicas y recursos para el desarrollo de las clases*. Madrid: Ediciones Rialp.
- COOK, S.H. (1991) Mind the theory/practice gap in nursing. *Journal of Advanced Nursing* 16: 1462-1469.
- DALTON, L.M. (2004). Time as a source of conflict: student nurse experiences of clinical practice in a rural setting. *Rural Remote Health*.4(2),256-9
- Evans, B.C. (2006). The multicultural research process. *Journal of Nurse Education*. 45/7: 275-9
- GARCIA JORBA, J. M. (2000). *Diarios de campo*. Madrid: Anaya.
- GARCÍA LEÓN, FJ. (et al) (1988). Modelo de evaluación de las prácticas hospitalarias en enfermería con participación activa del alumnado. *Enfermería Científica* 79:19-25.
- GARCÍA VALLEJO, R. (2003). Los alumnos realizan prácticas de enfermería comunitaria ¿Cómo evaluarlas? *Rol de Enfermería*, XXVI/3:69-72
- GOETZ, J.P. & LECOMPTE, M. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Morata.
- HABERMAS, J. (1991). *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid: Taurus.
- HABERMAS, J. (2002) *Teoría y praxis*. Barcelona: Tecnos.
- IBAÑEZ, J. (1983). *El grupo de discusión: fundamentación metodológica. Justificación epistemológica y descripción tecnológica*. Madrid: F.C.E.
- JACKSON PH. (1991). *La vida en las aulas*. Madrid: Morata.
- KRUEGER, R. A. (1988). *El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada*. Madrid: Pirámide.
- LEE, E; & LEE; M. (2006). Comparison of nursing interventions performed by medical-surgical nurses in Korea and the United States. *Int J Nurs Terminol Classif*, 17(2),108-17.
- LIPMAN, M. (1998). *Pensamiento complejo y educación*. Madrid: Ediciones La Torre.
- LÓPEZ, N. (1997). *La orientación educativa. Manual para el profesor tutor*. Ediciones Madrid: Adhara.



- MARTÍNEZ, M<sup>a</sup>A. y SAULEDA, N. (2002). Las narrativas de los profesores: una perspectiva situada. Alicante: Editorial Club Universitario.
- MASSARWEH, L.J. (1999). Promoting a positive clinical experience. *Nurse Educator*, 24(3), 44-47.
- MULHALL, A. (2003) Methodological issues in nursing research. In the field: notes on observation in qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 41/3: 306-313.
- NAVARRO, F., MARTÍNEZ, F. J., VIGUERAS, M<sup>a</sup>T. (2002) Perfil del tutor de prácticas de alumnos de enfermería. Estudio cualitativo. *Index de Enfermería*. XI/39:16-19.
- OLIVÉ, M.C. y ÁLVAREZ, F.M<sup>a</sup> (2007). Investigación sobre la práctica y el saber docente. Dos miradas en co-evolución desde la enfermería y desde la sociología de la educación, partiendo del portafolio de aprendizaje y el diario de clase. En: V Jornadas de Redes de Investigación en Docencia Universitaria. Instituto de ciencias de la Educación. Universidad de Alicante.
- PAGANI, R. (2002). Informe técnico. El crédito europeo y el sistema educativo español. (<http://www.eees.ua.es>)Página Web: [http://aneca.es/modal\\_eval/docs/doc](http://aneca.es/modal_eval/docs/doc)
- PERRENOUD, P. (2004). Desarrollar la práctica reflexiva en el oficio de enseñar: profesionalización y razón pedagógica Graó, Barcelona
- PORLAN, R., MARTIN, J. (1.996). El diario del profesor. Un recurso para la investigación en el aula. Colección Investigación y enseñanza. Sevilla: Diada.
- POSTIC, M. (1978). Observación y formación de los profesores. Madrid: Morata.
- PUJADAS, J.J. (1992). El método biográfico: Las historias de vida en ciencias sociales. Madrid: CIS.
- RODRIGUEZ-ESPINAR, S. (coord.) (2004). Manual de tutoría universitaria. Recursos para la acción. Barcelona: Octaedro-ICE-UB.
- SAARIKOSKI, M. (2003). Mentor Relationship as a Tool of Professional Development of Student Nurses in Clinical Practice. *The International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 9(1), 1014-1024.
- SAARIKOSKI, M. y LEINO-KILPI, H. (2002). The clinical learning environment and supervision by staff nurse: developing the instrument. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 259-267.
- SANTOS, M. (2003). Una flecha en la diana. La evaluación como aprendizaje. Madrid: Narcea.
- SCHÖN, D.A. (1998). El profesional reflexivo: cómo piensan los profesionales cuando actúan. Barcelona: Paidós.
- SEVERINSON, E. I. (1998). Bridging the gap between theory and practice: a supervision programme for nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 1269-1277.

- SILES, J. (2001). Antropología narrativa de los cuidados. Por una rentabilización pedagógica de materiales narrativos. Consejo Valenciano de Enfermería, Alicante
- SILES, J. (2003). Enfermería y antropología. *Index*, XII/43, 28-32.
- SILES, J. et al (1996). La diferencia entre el aula y el centro sanitario: una apuesta por la implicación del alumnado en el proceso de armonización teórico-práctico (I). *Publicación Científica de Enfermería* 9, 7-11.
- SILES, J. (1996b). Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina. *Enfermería Clínica*, VII/4:188-197
- SILES, J. et al (1997). La diferencia entre el aula y el centro sanitario: una apuesta por la implicación del alumnado en el proceso de armonización teórico-práctico (II). *Publicación Científica de Enfermería*, 10, 17-25.
- SILES, J; et al (2004). Las diferencias culturales implicadas en el proceso de prácticas clínicas en enfermería. Una aportación desde la antropología de la complejidad y el pensamiento crítico (II) En G. Bernabeu, y N. Sauleda, (Eds.) *Espacios de investigación en la profesionalización docente universitaria*.(pp. 97-117). Alcoy: Marfil,
- SILES, J., SOLANO, C., CIBANAL, L. (2005). Holismo e investigación cualitativa en el marco de la antropología de la complejidad. Una reflexión sobre la pertinencia metodológica en las ciencias sociosanitarias y humanas. *Cultura de los Cuidados*, IX/18: 68-84.
- SPOUSE, J. (2001). Bridging theory and practice in the supervisory relationship: a sociocultural perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 33(4), 512-522.
- TORROBA, I. (1991). La observación como técnica de evaluación *Revista Complutense de Educación*, 2 (2) , 297-308. Madrid: Edit. Universitaria Complutense.
- TAYLOR, S.& BOGDAN, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Buenos Aires: Paidós.
- UNDERWOOD, S.M. (2006). Culture, diversity, and health: responding to the queries of inquisitive minds. *J Nurs Educ.* 45(7), 281-6.
- VALLÉS, M.S. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- VAN MANEN, M. (2003). *Investigación educativa y experiencia vivida*. Idea Educación. Barcelona: Paidós.
- WOODS, P. (1998). *La escuela por dentro: la etnografía en la investigación educativa*. Barcelona: Paidós.
- ZABALZA, M.A. y CID. (1996). El tutor de prácticas: un perfil profesional. IV Simposium Internacional sobre prácticas escolares. Poio, Pontevedra.
- ZABALZA, M.A. (2004). *Diario de clase*. Madrid: Narcea.

## **CAPÍTULO VI.**

### **LAS TUTORIZACIÓN DE PRÁCTICAS CLÍNICAS DE ENFERMERÍA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESORES TITULARES IMPLICADOS**

#### **Un estudio realizado desde la Teoría Crítica y el Modelo Estructural Dialéctico**

---

**José Siles González; M<sup>a</sup> Carmen Solano Ruiz;  
Elena Ferrer Hernández; M<sup>a</sup> Mercedes Rizo Baeza;  
Miguel Angel Fernández Molina; Mercedes Núñez del Castillo;  
J. Ramón Martínez Riera; Ana Lucía Noreña Peña;  
Isabel Casabona Martínez; Miguel Castells Molina**

---

### **1. INTRODUCCIÓN**

En el marco de las redes organizadas en torno al Instituto de Ciencias de la Educación de la Universidad de Alicante y para complementar las investigaciones previas sobre “Etnografía educativa aplicada a las prácticas clínicas”, el grupo constituido por la red “Antropología educativa aplicada a las prácticas clínicas”, ha realizado un estudio sobre la percepción que tienen los profesores titulares del departamento de enfermería con docencia clínica en las prácticas realizadas por los alumnos de enfermería en los centros sanitarios de la provincia de Alicante. Para vertebrar adecuadamente este trabajo se ha partido de objetivos que han ido orientando las diferentes fases del mismo:

- El objetivo principal es recoger la visión que los profesores con docencia en la práctica clínica tienen sobre el proceso de tutela de los alumnos, identificando problemas y dificultades a las que se enfrentan durante su período de tutorización.
- Clarificar las coordenadas teóricas, los modelos y métodos más adecuados para la labor tutorial en las prácticas clínicas
- Identificar y analizar etimológicamente los conceptos que tradicionalmente han sido empleados para designar las personas encargadas de la docencia, acompañamiento o supervisión de las prácticas clínicas: tutor, mentor, coaching, etc.
- Identificar las necesidades emergentes de los profesores titulares durante el proceso de tutorización de dichas prácticas.
- Consensuar una herramienta que facilite en su proceso de implementación la reflexión en la acción de los docentes encargados de la tutorización de prácticas.

La razón de ser o justificación del estudio viene dado, en principio, por las diferencias en la interpretación del rendimiento de los alumnos y en la valoración del nivel de cumplimiento de los objetivos de prácticas clínicas. También delata la pertinencia de este estudio etnográfico, la necesidad de identificar los problemas que los propios docentes (tutores) detectan en el ejercicio de su labor durante las prácticas clínicas. Por otro lado, se trata de avanzar un paso más con respecto a los trabajos predecesores de éste y alcanzar la complementariedad con los diferentes proyectos llevados a cabo en años anteriores. La reflexión sobre el conjunto de ellos nos permitirá realizar los cambios e innovaciones precisos para que las diferencias entre la teoría y la práctica se vean reducidas a la mínima expresión. Los tutores de prácticas clínicas deben reflexionar sobre cómo y qué observar de forma organizada y holística el comportamiento de sus alumnos en el transcurso de la aplicación de sus conocimientos teóricos, habilidades y actitudes en el servicio sanitario y, paralelamente, aportar alternativas tales como la identificación de técnicas que permitan, por un lado, almacenar el producto de dicha observación y, por otro, servir de medio de comunicación entre el conjunto de los tutores de prácticas clínicas (García Vallejo, 2003).

## **2. ESTADO DE LA CUESTIÓN**

Aunque las diferencias entre la teoría y la práctica constituyen un problema tan generalizado que afecta a diferentes disciplinas y en contextos nacionales y culturales dispares, lo cierto es que este conflicto teórico-práctico parece afectar especialmente a profesionales inmersos en entornos clínicos y educativos. El hecho histórico de que en muchos países, como el caso de España durante el último tercio del siglo XX, la enfermería se integrase en la Universidad tuvo consecuencias que aumentaron la dicotomía entre el apartado teórico de la enseñanza que se transmitía en las aulas y la “inmersión” de los alumnos en las clínicas para aplicar sus conocimientos y desarrollar las habilidades y competencias en la práctica (Siles, 1999).

La brecha abierta entre la teoría y la práctica, que en enfermería ha influido tanto en alumnos como en docentes y tutores, ha sido objeto de estudio desde diferentes perspectivas: la reflexión sobre el acantilado entre la teoría y la práctica (Cook, 1991; McCaugherty, 1991), pero también desde la necesidad de explicitar el rol de los docentes de enfermería que se enfrentan a este conflicto mediante la toma de conciencia del carácter dual de una realidad tan dialéctica como compleja (Fernández y Siles, 1992) . Landers (2000) parte del reconocimiento de la complejidad de la naturaleza de la práctica profesional de la enfermería actual y de la toma de conciencia de los educadores enfermeros para buscar nuevas estrategias favorecedoras del aprendizaje en el contexto clínico. Por otro lado, a poco que se observe la naturaleza de los problemas teórico-

prácticos, parece evidente la existencia de cierto paralelismo entre la necesidad de desarrollar la reflexión en la acción tanto en el aula, por parte de los profesores, como en el servicio sanitario, por parte de las enfermeras-os. Pérez Gómez (1988) se centra en la necesidad de desarrollar lo que denomina “pensamiento práctico” del profesor y que está íntimamente relacionado con la potenciación de la “práctica reflexiva” (Perrenewoud, 2004). En esta misma línea, Tolley (1995) aboga por la necesidad de fundamentar las teorías en la práctica como único medio para que dichas teorías puedan ser eficazmente implementadas. Schon (1998), quien puede considerarse como un clásico del pensamiento en la acción, aborda el tema del pensamiento de los profesionales durante sus actuaciones como fuente o herramienta del pensamiento reflexivo.

Una de las convicciones que fue ganando adeptos entre el profesorado como recurso para mejorar las prácticas clínicas la constituyó la necesidad de potenciar el pensamiento crítico para que los alumnos reflexionaran en la acción durante sus prácticas y fueran capaces de integrar sus conocimientos y habilidades manteniendo una actitud adecuada. Muchos trabajos se han centrado en el pensamiento crítico como factor optimizador de las prácticas clínicas: algunos autores se basan en la complejidad de dichas prácticas para justificar la necesidad de desarrollar el pensamiento crítico en los alumnos de enfermería. Para ello han aportado sus propias interpretaciones de lo que es el pensamiento crítico (Fowler, 1998). En esta línea de clarificación conceptual, Uys y Meyer (2005) utilizaron un sencillo cuestionario para comprobar lo que los alumnos entendían acerca de conceptos tan aparentemente asumidos y conocidos como el “pensamiento crítico” y si los métodos empleados por sus tutores contribuían a desarrollar dicho pensamiento durante sus prácticas clínicas. El resultado mostraba, por un lado, que los alumnos tenían ideas muy poco claras sobre lo que era el pensamiento crítico y, por otro, dejaba en evidencia la ineficacia de los métodos y técnicas de “acompañamiento tutorial” para desarrollar el pensamiento crítico. Algunos autores sostienen que el conflicto entre la teoría y la práctica sólo puede subsanarse mediante el trabajo colaborativo entre alumnos y profesores, lo cual implica necesariamente un cambio de paradigma. Siles et al (1996, 1997) mediante el desarrollo de un estudio colaborativo con los alumnos para identificar los problemas derivados del divorcio teórico práctico en el transcurso de las prácticas clínicas, empleó un método netamente enfermero, los diagnósticos de Gordons sirvieron para que los propios alumnos perfilaran y etiquetaran las dificultades que se encontraron en dichas prácticas. Se trataba de dar voz a los alumnos en un proceso de cambio en pro de la armonización teórico práctica que acontece en las aulas y los centros sanitarios. En el contexto educativo Crocker (1986) ya vinculaba el papel de los docentes al de agentes de cambio educativo y constataba, mediante la expresión de “paradigma funcional” como la mayor parte de estas transformaciones acontecían de acuerdo a

factores emergentes difícilmente previsibles. Ya en el ámbito sanitario Bardallo y March i Vila (2007) equiparan la figura del tutor al agente transformador del contexto clínico. García León (1988) realiza un estudio en el que propone un modelo de evaluación en el que participen los alumnos. Serrano y Martínez (2008) se centran en los rasgos fundamentales de la figura del tutor para presentar una alternativa de tutorización. Precisamente considerando el alto nivel de complejidad de las prácticas clínicas, el grupo de investigación de Antropología Educativa aplicada a las prácticas clínicas de la Universidad de Alicante estimó oportuno realizar un estudio “polifónico” de dicho contexto en el que cada uno de los colectivos que lo integran (alumnos, docentes integrados en la Universidad pero con responsabilidades en la práctica clínica y tutores dependientes de los centros sanitarios) tuvieran voz en el proceso de interpretación de la problemática educativa recurriendo al diario de prácticas clínicas como herramienta capaz de almacenar sentimientos, hechos, valores, problemas, satisfacciones, miedos, etcétera. De esta forma las implicaciones culturales en la dialéctica teórico práctica escenificada durante las prácticas clínicas fue el tema que centró dos trabajos que se abordaron desde los presupuestos de la antropología de la complejidad y el pensamiento crítico (Siles, et al, 2004a; 2004b); con motivo de las nuevas formas didácticas, de aprendizaje y de mentalidad que conllevaba la convergencia europea del espacio de educación superior, se realizó un estudio para valorar el tiempo y esfuerzo empleado por alumnos de enfermería (1<sup>º</sup> diplomatura de enfermería) en la consecución de objetivos durante sus prácticas clínicas, utilizando el diario de prácticas clínicas como instrumento de reflexión en la acción y desarrollo del pensamiento crítico (Siles, et al, 2007). Asimismo, siguiendo con la ampliación de los diferentes colectivos implicados en las prácticas clínicas, se desarrolló un estudio sobre los tutores de las mismas (considerando como tales los profesores asociados que dividían sus obligaciones laborales y docentes entre la Universidad y la institución sanitaria) en el que se recogía la visión que estos tenían sobre las diferencias entre la teoría y la práctica aprovechando su privilegiada perspectiva para contrastar dicha realidad (dualista: enfermeros asistenciales en el centro sanitario y docentes en las aulas universitarias) (Siles, et al, 2008).

### **3. MARCO TEÓRICO**

Uno de los grandes problemas a la hora de acometer estudios que tienen como escenario contextos clínicos de aplicación teórica, lo constituye la dificultad para enmarcar teóricamente la investigación. Este déficit de fundamentación teórica contribuye, en gran medida, a disociar los aspectos teóricos de los metodológicos, quedando fuera del argumentario la adopción de un tipo u otro de modelos, métodos y técnicas. Existe una gran confusión entre la delimitación

de los conceptos de teoría y modelo, pero además, se suelen considerar los aspectos teóricos y los referidos a los modelos de forma aislada, sin tener en cuenta la raíz de la que parten: el paradigma, el gran sistema de referencias o matriz disciplinar que sirve para consensuar el lenguaje científico e identifica en cada disciplina el tipo de problemas que le corresponde afrontar orientando la adopción de teorías métodos y técnicas (Kuhn, 2004).

Respecto a la complicada relación entre modelos y teoría, resulta evidente la necesidad de reflexionar sobre el asunto con el fin de clarificar sus principales semejanzas y diferencias. La Real Academia de la Lengua Española le asigna diez significados al concepto de modelo, pero siguiendo a Callejo sólo dos son susceptibles de ser empleados en el ámbito científico: modelo como representación en pequeño de algo; modelo como esquema teórico, generalmente en forma matemática, de un sistema o de una realidad compleja, que se elabora para facilitar su comprensión y el estudio de su comportamiento. Armate (2000) señala los fallos de la primera definición, dado que la función de “representación” atribuida al modelo implica la existencia de lo representado en la realidad, cuando esto, a veces no sucede. Desde el constructivismo se afirma que lo que estudian las ciencias no es la realidad en sí misma, sino las interpretaciones “modelizadas” y, por tanto, reduccionistas, de dicha realidad y confiriéndole a los modelos el carácter de constructor de realidades, por lo que, finalmente, el modelo más que representar la realidad, representa nuestra interpretación parcial de la realidad con normas, valores, creencias y nivel de conocimientos específicos que inciden en dicha interpretación.

Para Escudero y González (1986), un modelo es una representación simplificada de la realidad; también puede considerarse como tal a los esquemas mentales que constituyen marcos de referencia para la práctica de las teorías en el contexto de los cuidados tal como sostiene Meleis al describirlos como “cartas de navegación” para seguir la ruta adecuada hacia la práctica (Moreno, 2005); Fawcett señala que la principal característica de los modelos radica en su alto nivel de abstracción con respecto a la realidad representada y que se describen mediante conceptos y proposiciones que se relacionan de forma lógica (Fawcett, 2005).

La principal diferencia entre modelos y teorías estriba en el nivel de concreción de la teoría con respecto al carácter abstracto del modelo. Las teorías también se componen de conceptos, proposiciones, hipótesis, etcétera, pero tienen un carácter concreto y están vinculadas a la actividad investigadora, es decir, a la producción de conocimiento. Las teorías pueden ser, según su función, descriptivas, explicativas, prescriptivas y predictivas; según el nivel de generalización de sus presupuestos: metateorías, grandes teorías, teorías de rango medio y teorías prácticas. Los modelos sirven para reinterpretar las teorías a gran escala, de forma que todas las teorías pueden ser consideradas como modelos, pero

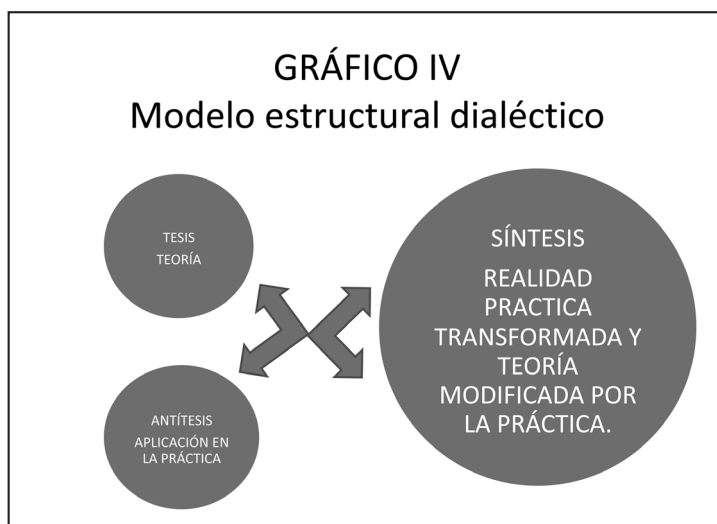


no a la inversa. El modelo sirve también para aglutinar grupos de teorías que comparte principios esenciales y contribuye a su desarrollo mediante la vertebración de los grupos colaborativos que se integran en los mismos.

La valoración por parte de los tutores del rendimiento de los alumnos en un marco tan variado y dinámico como la práctica clínica requiere un planteamiento previo que sea lo suficientemente pertinente como para interpretar las prácticas clínicas como una realidad dialéctica (en proceso continuo de cambio teórico-práctico) tan compleja que resulta casi imposible esperar la aplicación de las teorías en la práctica sin la incidencia de factores emergentes dimanantes de las diferencias entre profesionales, profesores, pacientes, alumnos, instituciones, etc. En definitiva, se trata de constatar la globalidad de la realidad clínica como un principio determinante a la hora de adoptar los presupuestos teóricos y metodológicos con los que se pretende estudiar. La realidad es dialéctica y esto implica que los presupuestos teóricos de partida que se imparten en las aulas (tesis) se transformen en el mismo momento dialéctico de su aplicación (antítesis) dando como resultado una alteración altamente influida por las características y los factores del entorno clínico de aplicación, pero esta variación viene también influida por la idiosincrasia de cada uno de los alumnos que, al aplicar las ideas y los principios, emplean sus propios recursos intelectivos, sensoromotores y actitudinales. Este proceso se da, en lo esencial, también con los profesionales de enfermería quienes, según su interpretación de la enfermería y los recursos que las instituciones ponen a su disposición para implementar nuevos conocimientos, priorizan una forma de llevar a la práctica su trabajo considerando las teorías según sus propias inclinaciones: más tecnólogos, más cercanos a teorías de los cuidados, más escépticos, más o menos limitados por el marco institucional, etcétera.

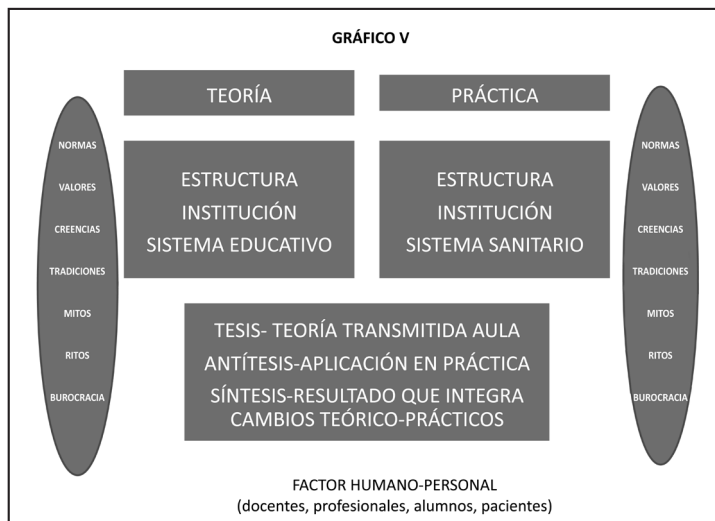
En el marco del modelo estructural dialéctico, tras la aplicación en la práctica de una teoría, ésta nunca sale indemne, íntegra, sin cambios; sino que el resultado constituye la síntesis entre el momento previo a la aplicación teórica y la resistencia que genera el entorno a dicha implementación. La síntesis contiene elementos nuevos que constituyen la realidad práctica tras la aplicación teórica, pero, esa realidad está integrada, a su vez, por componentes que existían antes de dicha aplicación (GRÁFICO IV). Es decir, la práctica que es sustancialmente cambiada por las aplicaciones teóricas, transforma las teorías en un proceso continuo de retroalimentación. La teoría cambia la práctica y ésta retroalimenta las nuevas teorías (Siles, 2005). Esta realidad dialéctica que constituye el escenario de aplicación de la teoría en la práctica, no puede ser estudiada desde un paradigma que no reúna el potencial dialéctico suficiente para valorar, en primera instancia, los diferentes actores sociales en sus respectivas dinámicas, y, a continuación la incidencia de la acción de dichos actores sociales en la transformación de dos realidades dialécticas: el aula y el servicio sanitario. El





paradigma sociocrítico desarrollado por Habermas constituye un soporte de referencia para la integración de marcos teórico prácticos en los que se considera al investigador educador-tutor como un agente de cambio mediante la consideración de la retroalimentación entre teoría y práctica en un continuum dialéctico (Siles y García, 1995). Pero también se considera al educador como un observador y un comunicador (consejero, orientador, potenciador del pensamiento crítico, etc.) Asimismo, en este paradigma se contempla el carácter dialéctico de las prácticas clínicas, dado que es el escenario donde converge la teoría y la práctica, y donde, además, se sustancia el proceso dialéctico (tesis-antítesis-síntesis). Las teorías que mejor se amoldan a la naturaleza del estudio en este paradigma son aquellas que contribuyen a construir un conocimiento científico donde tiene cabida la reflexión en la acción, el pensamiento crítico y la investigación-acción; es decir, la teoría crítica. En consonancia con todo lo anterior, los métodos y técnicas adoptados son aquellos que mejor recogen la complejidad de la realidad sin perder la perspectiva holística de la misma: método etnográfico, observación, observación participante y diario de prácticas clínicas (como resultado de la adaptación al contexto del estudio del diario de campo). Estas teorías se pueden integrar en modelos que reflejan el carácter estructural y dialéctico de la realidad estudiada. El modelo estructural permite estudiar las relaciones entre las características de las estructuras (instituciones) tanto sanitarias como educativas, teniendo siempre en cuenta que las teorías que se generan en el sistema educativo (estructura educativa) y se aplican en el sistema sanitario (estructura sanitaria), así como la síntesis final teórico práctica, están influidas por las culturas de ambas estructuras (educativa y sanitaria)

y, por tanto, de sus respectivas normas, valores, creencias, tradiciones, mitos, ritos y burocracia; y considerando, por encima de todo, el factor humano de los actores sociales intervinientes (tutores, profesionales, alumnos, pacientes, et- cetera). (GRÁFICO V). En definitiva, el análisis de estas estructuras-instituciones permite conocer mejor la naturaleza de los escenarios donde se generan y se aplican las teorías y valorar cómo incide esta característica en la dialéctica teó- rico práctica.



## 4. MATERIAL Y MÉTODO

### 4.1 Participantes. Criterios de inclusión

Los participantes de este estudio son todos los profesores titulares de la diplomatura de Enfermería que pertenecen al Departamento de Enfermería.

Criterios de inclusión y exclusión:

- Impartir docencia en asignaturas que contengan créditos clínicos.
- Desarrollar la docencia clínica en los distintos centros sanitarios que conforman la red de la provincia de Alicante.
- Quedaran excluidos aquellos docentes que, por distintas causas, se hayan visto apartados del proceso de seguimiento de tutorización de las prácticas clínicas durante los últimos tres años.

### Ámbito de estudio

El estudio se realiza en el Departamento de Enfermería situado en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Alicante. Como escenario donde desarrollar la entrevista semiestructurada se optó por los despachos de los profesores en-

trevistados, a excepción de algún caso en el que dicha entrevista se llevó a cabo en el hospital de referencia asignado para su proceso de tutorización.

#### **4.2 Técnicas empleadas en el estudio: Pertinencia y validez**

A pesar de que en trabajos previos del equipo investigador se utilizó como herramienta básica de carácter etnográfico el diario de prácticas clínicas valorando positivamente su elevada pertinencia a este tipo de investigaciones (Siles et al, 2004; 2005; 2007; 2008) las características y peculiaridades de los participantes que componen este estudio han hecho que el equipo de trabajo se haya decantado por la utilización de la entrevista semiestructurada como instrumento idóneo. La realización de un diario de prácticas clínicas o diario de campo por parte de los profesores titulares implica la realización de un documento personal basado en la reflexión de sus propias experiencias y vivencias relacionadas con el proceso experimentado durante las prácticas clínicas, esto supone una actividad adicional a los profesores de los que muy pocos estarían dispuestos a realizar. Por otro lado, la realización de la entrevista por parte del equipo investigador suponía una técnica exenta de trabajo para los docentes entrevistados siendo por tanto más fácil el acceso a su participación en el estudio.

Para la realización de la misma en principio se elaboró un guión que contenía los principales temas a tratar relacionados con el objetivo del estudio, sirviendo de esquema básico para el entrevistador otorgándole a éste la libertad para ordenarlas y formularlas según su criterio a lo largo del encuentro. La principal ventaja de la aplicación de este instrumento radica en la capacidad que le confiere para permitir una interacción continua entre el entrevistador y el entrevistado facilitando en todo momento el seguimiento y la oportunidad de clarificar las respuestas que no quedan demasiado claras por parte del entrevistador (Valles, 2000). Las entrevistas tuvieron una duración aproximada entre 30 y 45 minutos. Las respuestas fueron recogidas mediante grabación magnetofónica digital. Los entrevistadores tomaron algunas notas de campo acerca de la aptitud adoptada por el entrevistado ante determinados temas que iban aconteciendo a lo largo de la entrevista.

Todas las fases de la investigación, han sido revisadas y consensuadas por los miembros que conforman el equipo de investigación, que han estimado en que medida los procedimientos y resultados obtenidos después del proceso de reducción y análisis ideográfico se ajustan a la realidad del objeto de estudio, con la finalidad de proporcionar la fiabilidad interna.

#### **4.3 Fases de implementación del estudio**

A.- Reuniones del equipo investigador:

- Información objetivos del trabajo. (noviembre-2007)

- Tres sesiones de dos horas para informar y adiestrar a los miembros del equipo en la realización de entrevistas. (diciembre 2007- enero 2008)
  - Reunión para la elaboración de instrumento (febrero-2008)
  - Distribución de tareas (marzo- 2008)
- B.- Recogida de datos (abril- mayo 2008)
- C.- Seminario de retroalimentación con los miembros del equipo (mayo-2008)
- D.- Transcripción de textos (junio)
- E.- Análisis y elaboración de memoria (julio- 2008)

#### 4.4 Análisis de los datos

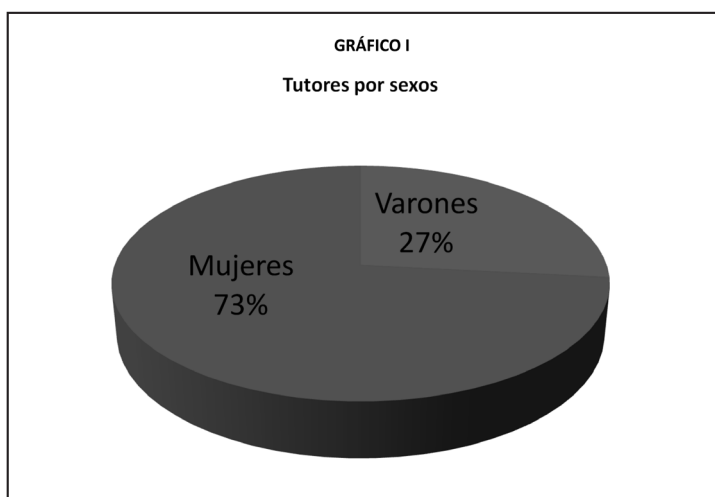
Para el análisis de los contenidos de las entrevistas se ha utilizado el ATLAS-ti como herramienta informática que permite construir alrededor de un conjunto de documentos una estructura hipertextual organizada por conceptos o códigos claves y notas, facilitando de esta manera el poder seleccionar en cada momento fragmentos de texto vinculados, no línea por línea ni párrafo por párrafo, sino por unidades de significado o sección por sección –o lo que Barthes llamaría “lexia” por “lexia”– (Barthes, 1997).

El proceso seguido para alcanzar dicha forma de lectura vertebrada semánticamente ha sido descrito en capítulos anteriores siguiendo la misma linealidad.

### 5. RESULTADOS

#### 5.1 Descripción de los participantes del estudio

El número total de participantes en el estudio fue de 15 profesores titulares de los que sólo 4 son varones y el resto mujeres (GRÁFICO I). La edad media de



este grupo es 54.7 años (34-61 años) y todos ellos excepto uno (que desarrolla su labor en los centros de atención primaria) desempeñan su función en los distintos hospitales que conforman la red de nuestra provincia (Alicante, Elche, Elda, San Juan y Alcoy), tutorizando el proceso de prácticas clínicas a una media de 13 alumnos (10-15).

## 5.2 Análisis del contenido de las entrevistas

El proceso de análisis del contenido de los discursos muestra cinco grandes temas que a su vez se componen de otros subtemas con respecto al proceso experimentado por los profesores que imparten docencia clínica.

1. El primer tema que aparece se encuentra relacionado con una gran controversia con respecto a la conceptualización de la nominación del profesor titular que tutela el proceso de prácticas clínicas, algunos de los entrevistados manifestaron no entender la pregunta ya que ellos no consideraban una denominación idónea la de tutor.

“Es que no entiendo demasiado la pregunta. La pregunta tiene controversia porque yo en mis prácticas clínicas tengo colaboradores en las unidades de hospitalización que son denominados tutores de los estudiantes, entonces no se a lo que usted se refiere, si es a la tutorización o seguimiento y evaluación que hago del estudiante o al seguimiento o tutorización que se hace en las unidades. Yo no tutorizo a los alumnos. Yo soy la responsable del seguimiento, control y evaluación de las prácticas clínicas. Soy un profesor de práctica clínica y tengo un tutor en la unidad que colabora conmigo” E-11 AN.txt - 13:18 (13:19)

“yo no lo denominaría “tutorización” sino impartición de docencia clínica” E-5 MA.txt - 7:15 (12:13).

Se hace por tanto necesario un debate sobre la identidad y las funciones de los diferentes grupos de docentes y/ o profesionales implicados en labores de tutorización, asesoramiento y acompañamiento. Previamente al inicio de este debate, resulta imprescindible realizar una clarificación etimológica sobre los términos más empleados en las funciones tutoriales. Aunque la palabra más extendida en España para estas tareas es la de “tutor”, dado que se emplea en todos los niveles educativos y en buena parte del sector profesional, por lo que su adopción es un hecho tanto en el plano teórico como en el práctico (Zabalza, 1996; Rodríguez, 2004).

“Tutor”, es el término más empleado para definir las diferentes funciones de las personas implicadas en el acompañamiento, consejo, orientación y evaluación de los alumnos durante sus prácticas clínicas. En una clarificación etimológica realizada en un trabajo anterior, ya se aludía al carácter clásico del término: Mentor fue elegido por Odiseo para que se hiciera cargo de la educación y

apoyo de su hijo Telémaco durante su ausencia. La figura del mentor implica una relación de ayuda de alguien de mayor experiencia, formación y al que, por lo general, se le considera sabio. Su labor es más la de potenciar –desde una relación de afecto- el crecimiento personal que la de potenciar las habilidades técnicas características del experto (Siles, et al, 2008). En el campo de la enfermería el mentor ha sido considerado como una herramienta fundamental en el desarrollo profesional de los estudiantes de enfermería durante sus prácticas clínicas (Saarikoski, 2003). Sin embargo, en la actualidad, se emplean otros términos para designar buena parte de las funciones que tiene que desempeñar la persona que tenga a su cargo la formación teórica, práctica, profesional e incluso personal de alguien: counseling y coaching.

El “counseling” se deriva del latín “counselere” consultar y es un término que se emplea para designar aquellas personas que ejercen como consultores; es decir, aquellos que ofrecen sus consejos para el desarrollo profesional de los que los que necesitan sus orientaciones para mejorar su práctica profesional. Potencia el autoaprendizaje y la adquisición de habilidades ante obstáculos emergentes. Esta palabra adquiere su significado actual en el ámbito anglosajón y dentro del contexto educativo, por lo que no tiene influencias del modelo médico, sino que se expandió, fundamentalmente en trabajo social y comunitario, laboral, etc.

El Coaching se deriva del término “coach” entrenar. A partir de la mitad del siglo XIX se emplea este concepto para designar al tutor encargado de la orientación de un alumno en su proceso de aprendizaje. En el siglo XX se empleó para designar el entrenamiento competitivo de los deportistas que debían alcanzar su mejor estado de forma para lograr sus objetivos (Whitmore, 2005). Posteriormente, aumento su campo de acción y se introdujo en el mundo empresarial para designar el tipo de entrenamiento personal y profesional que debían recibir los futuros empresarios. Es un “un proceso dinámico e interactivo que consiste en asistir a otros en el logro de sus metas colaborando en el desarrollo de su propio potencial” (Wolk, 2007). Este proceso está directamente interesado en la mejora del desempeño con el fin de que el alumno ponga en juego todo su potencial en el proceso de optimizar su rendimiento. Para ello se establecen metas y se ponen plazos, dejando la puerta abierta a la superación de los logros previstos mediante la superación creativa de obstáculos emergentes para los que el alumno desarrolla sus propias estrategias de acuerdo con lo aprendido.

Tras esta reflexión terminológica y dejando constancia de la prevalencia del término “tutor”, en el caso del Departamento de enfermería se han identificado cuatro grupos de profesionales de enfermería implicados en las tareas de tutela, orientación, acompañamiento y evaluación de los alumnos durante sus prácticas clínicas:

- Profesional de enfermería que trabaja en la institución sanitaria y que realiza las labores de “acompañamiento” a los alumnos durante los turnos en los que éstos coinciden.
- Profesional de enfermería “supervisor-a” que se encarga de coordinar el personal de enfermería de su servicio con fines de acompañamiento tutorial y de servir de enlace con los profesores asociados y, en su caso, titulares.
- Profesor asociado del departamento que visita de forma periódica la Universidad y trabaja como enfermero en un centro sanitario dependiente del Servicio Valenciano de Salud.
- Profesor titular del departamento que visita los centros sanitarios de forma periódica para realizar su labor tutorial.

A pesar de que en la documentación del centro se especifican las funciones de cada uno de estos grupos, resulta casi imposible distinguirlos mediante una asignación nominal concreta: tutor, mentor, acompañante, orientador, coaching, etc.

2. Siguiendo con el análisis de los discursos resulta relevante resaltar un segundo tema relacionado con el grado de satisfacción respecto al proceso de prácticas clínicas, en este sentido se evidencia que los docentes en su gran mayoría (87%) se encuentran satisfechos con el proceso de tutorización frente al 13% que manifestaron sentir un gran descontento (GRÁFICO II). De los docentes que expresaron sentirse satisfechos vincularon este sentimiento al proceso de acercamiento entre profesores y alumnos y como consecuencia la relación que



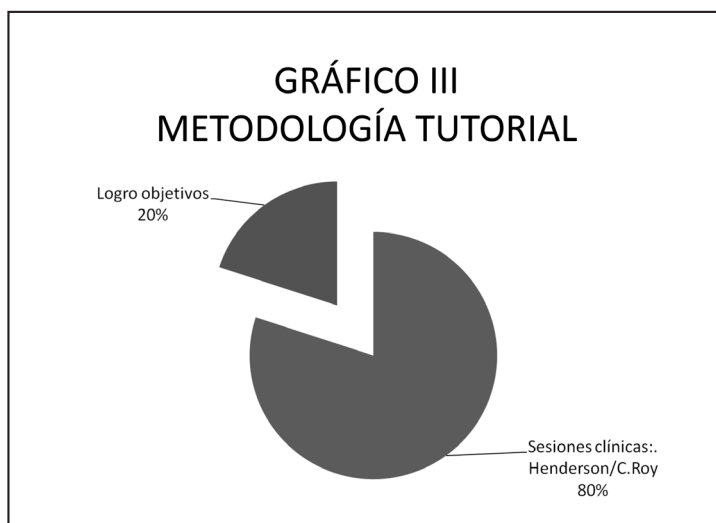
de ello se deriva; el 46,6% a pesar de su satisfacción expresaron cierto malestar y la necesidad de contemplar un proceso más completo donde el profesor-tutor se implique de forma más directa durante el aprendizaje de las prácticas clínicas.

“Estoy parcialmente satisfecha, no estoy totalmente satisfecha” E13-ML.txt - 17:1 (13:13)

“Desde el punto de vista que creo que puedo seguir al alumno en la parte metodológica-teórica, la parte teórica si que puedo estar satisfecha, pero creo que los alumnos carecen de un seguimiento mas directamente practico con el paciente”. E-13ML.txt - 17:2 (14:17).

3. Con respecto a la metodología empleada por los docentes para el seguimiento de los alumnos: el 80% manifestó utilizar el método de sesiones clínicas con la exposición de casos prácticos utilizando diferentes modelos de enfermería para ello (Virginia Henderson, Callista Roy); estas sesiones son llevadas a cabo en aulas de docencia dentro de los propios hospitales una vez a la semana por el 92,2% de los profesores y el resto realizan dos visitas semanales. Las sesiones clínicas se complementan con la tutorización de sesiones individualizadas a través de campus virtual. El resto de los docentes entrevistados (20%) expresó verificar el logro de objetivos propuestos como instrumento metodológico (GRÁFICO III).

“Trabajo en Grupo de Campus Virtual se recogen las actividades realizadas en cada sesión, hay cuestiones informativas, discusión de casos, autoevaluación de objetivos, con discusión de las dificultades para alcanzarlos,...” E-2 RM.txt - 1:4 (21:23)





“Hago sesiones clínicas con casos clínicos. A los alumnos les obligo a elegir un caso y a exponerlo delante de sus compañeros y realizamos una metodología abierta en la que todo el mundo opina y en la que yo soy mas un coordinador que otra cosa” E-13ML.txt - 17:4 (29:32).

4. La evaluación del proceso de tutorización es un tema que preocupa a los profesores que imparten docencia en la clínica: el 100% de los docentes no considera adecuado el instrumento utilizado para la evaluación de los alumnos, a pesar de ser conscientes de las dificultades que entraña este tipo de evaluación manifiestan que la herramienta utilizada debe ser revisada y adaptada ofreciendo criterios de fiabilidad y validez que traten de evitar en la medida de lo posible sesgos subjetivos.

“No...los alumnos constantemente se quejan de que no consideran justa la evaluación, aunque yo no sabría decirte la forma más justa de hacerlo...” E-5 MA.txt - 7:10 (65:66)

“Es una forma que yo respeto es una forma consensuada por la Comisión de prácticas clínicas del Departamento y debe ser revisada constantemente pero soy consciente de que es muy difícil” E-11 AN.txt - 13:11 (84:86)

A pesar de que ninguno de los entrevistados ofrece alternativas al instrumento utilizado si se hacen aportaciones acerca de cómo debería ser el seguimiento y evaluación de los alumnos.

“Actualmente estoy navegando en ello, yo creo que hay alternativas ya hay alternativas dadas, no vamos a ser menos que Cataluña o que el País Vasco o que EEUU no, yo creo que hay cantidad de criterios, por ejemplo está el tema de la multievaluación o de multicriterios, multiobservadores, pero claro eso va a tener que pasar por concienciarnos a todos”. E-8 EV.txt - 10:17 (120:124)

“La importancia de las figuras de profesores vinculados a la Clínica”. E-5 MA.txt - 7:14 (96:96)

“Creo que es mucho mejor funcionar parcialmente durante todo el curso académico entre teoría y práctica, las situaciones se ven de forma mucho mas próxima y es fundamental la presencia del tutor profesional ligado a la cama, que fuese una acción combinada sería una forma de acercar la teoría a la práctica” E-13ML.txt - 17:23 (173:176).

5. Otro tema de especial interés que mencionan los docentes son las implicaciones de distintos aspectos en el aprendizaje clínico, entre ellos cabe mencionar los siguientes: la necesidad de integrar las distintas asignaturas para favorecer un aprendizaje coherente y sin solapamientos, la dicotomía o distan-

ciamiento entre la teoría y la práctica, la necesidad de enseñar la aplicación de unas teorías y modelos de enfermería basados en la concepción holística del ser humano así como el conocimiento y la aplicación de las nuevas tecnologías en el campo de los cuidados.

Asimismo, el 84,2% de los entrevistados manifiesta sentirse expectante frente a los nuevos planes de estudios de acuerdo a la normativa de Bolonia y expresando el deseo de que tendrán una repercusión positiva para el proceso de enseñanza aprendizaje no sólo a nivel de prácticas clínicas sino también en cuanto al enfoque teórico siendo en todo momento conscientes de la importancia del cambio de paradigma docente no sólo para los profesores sino también para el alumnado.

## **6. DISCUSIÓN**

Uno de los principales problemas que sin duda han limitado el alcance de los resultados, lo constituye el factor personal. Cuando se ha requerido la participación de alumnos o enfermeros asistenciales o, incluso, profesores –como es el caso que nos ocupa– siempre ha estado presente este factor, pero, sin duda, es en este último colectivo donde más se ha hecho patente la cuestión personal, tal vez la causa tenga algo que ver con el hecho de que los investigadores y los investigados forman parte del mismo grupo profesional. Sin embargo esta dimensión ha sido poco tratada por los autores que han trabajado la temática de la tutorización en el contexto de las prácticas clínicas. Una de las causas de este vacío puede estribar en que, desde la perspectiva del paradigma neopositivista, uno de los presupuestos de partida que justificaban la investigación era la objetividad y, por tanto, la convivencia de investigadores e investigados en un mismo contexto confiere altas dosis de subjetividad.

En general, en este estudio se confirman la mayoría de las aportaciones de autores que han tratado la temática de los tutores de prácticas clínicas en un marco teórico concreto como la teoría crítica y la reflexión en la acción.

El diario de prácticas clínicas permite, por un lado, el almacenamiento de lo observado de forma organizada potenciando el desarrollo de estrategias para jerarquizar lo que es prioritario observar; por otro, esta herramienta etnográfica posibilita una visión integrada de las diferentes dimensiones que intervienen en el complejo dialéctico de enseñanza aprendizaje, especialmente aquellas que tienen que ver con las diferencias entre la teoría y la práctica. Las causas que llevaron a adoptar la entrevista semiestructurada como instrumento de recogida de datos, refleja la realidad de la mayoría de los profesores titulares: falta de tiempo, dosis excesivas de actividad burocrática, escaso estímulo ante el estudio en cuestión (en general), cierta dosis de escepticismo con respecto a las posibilidades reales de acercar la práctica a la teoría. En esas condiciones y,

a pesar de las limitaciones de la entrevista estructurada, se desechó la idea de emplear la herramienta etnográfica que recoge mejor la filosofía del estudio: el diario de prácticas clínicas.

## 7. CONCLUSIONES

- En este estudio se ha obtenido la visión que los profesores con docencia en la práctica clínica tienen sobre el proceso de tutorización de los alumnos durante dicho periodo de su aprendizaje.
- Asimismo, se han identificado los problemas y dificultades a los que los docentes se enfrentan durante su período de tutorización. Entre éstos, los fundamentales, son los vinculados a la diferencia entre la teoría y la práctica. Un ejemplo de esta situación lo constituye el hecho de que la evaluación destaque sobre el resto de las tareas tutoriales.
- En el transcurso de este estudio se han identificado y analizado conceptos como: tutor, mentor o coaching, que tradicionalmente han sido empleados para designar las personas encargadas de la docencia, acompañamiento o supervisión de las prácticas clínicas.
- Se han identificado cuatro grupos de profesionales de enfermería implicados en procesos de tutorización. A pesar de que en la documentación del centro se especifican las funciones de cada uno de estos grupos, resulta casi imposible distinguirlos mediante una asignación nominal concreta: tutor, mentor, acompañante, orientador, coaching, etc.
- Tras clarificar las coordenadas teóricas, los modelos y métodos más adecuados para la labor tutorial en las prácticas clínicas, se ha optado por el paradigma sociocrítico como matriz disciplinar. Asimismo, el pensamiento en la acción y la teoría crítica parecen los soportes teóricos más adecuados para hacer frente a la dialéctica teórico práctica que se producen en la realidad compleja que se da durante las prácticas clínicas.
- El modelo estructural y dialéctico resulta pertinente para el estudio de las diferencias teórico prácticas que acontecen en el transcurso de las prácticas clínicas.
- El diario de prácticas clínicas puede ser una herramienta que contribuya a una visión global y armonizadora de las diferencias teórico prácticas durante las prácticas clínicas.
- Apenas existe debate sobre el paradigma, marco teórico o modelos que deben servir de matriz a la actividad del proceso tutorial. Esta es una cuestión de gran relevancia, pues si se pretende que los alumnos adopten un enfoque teórico y metodológico de acuerdo con la naturaleza compleja de la práctica, como el pensamiento crítico; este proceso debe ir precedido por un profundo y sincero debate por parte de los docentes.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVAREZ GONZÁLEZ, M. (Dir.) (2006). La acción tutorial: su concepción y su práctica. M.E.C./Instituto Superior de Formación del Profesorado, Madrid.
- ARMATTE, M. (2000) Sociología e historia de la modelización estadística, *Empiria*, 3: 11-34.
- BARDALLO, M.D. y MARCH I VILA, G. (2007). El profesor-tutor: transformador de la práctica profesional. *Rol de Enfermería*, XXX/7-8: 25-30. Callejo, J. (2000): Notas sobre la concepción de modelo por los manuales de Técnicas de Investigación Social, *Empiria*, 3: 195-208.
- COOK, s.h. (1991). Mind The Theory practice gap in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 16:1460-1469.
- CROCKER, C. (1986). El paradigma funcional de los profesores. *Revista de Innovación e Investigación Educativa*. 1:53-64.
- ESCUADERO, J.M. y GONZÁLEZ, M.T. (1984). La renovación pedagógica: algunos modelos teóricos y el papel del profesor. Editorial Escuela Española, Madrid.
- FAWCETT, J. (2005). Middle-range nursing theories are necessary for the advancement of the discipline *Aquichan*, V/1:- 32-43
- FERNÁNDEZ, P. y SILES, J. (1992). Los elementos del sistema de enseñanza-aprendizaje en enfermería. Un doble dualismo: el proceso de enseñanza-aprendizaje y la dialéctica teórico-práctica. *Enfermería Clínica* II/2: 61-63
- FOWLER, L.P. (1998). Improving critical thinking in nursing practice. *Journal of Nurses Staff Dev*. 14(4): 183-187
- GARCÍA LEÓN, F.J. et al (1988). Modelo de evaluación de las prácticas hospitalarias en enfermería con participación activa del alumnado. *Enfermería Científica* 79:19-25.
- GARCÍA VALLEJO, R. (2003). Los alumnos realizan prácticas de enfermería comunitaria ¿Cómo evaluarlas? *Rol de Enfermería*, XXVI/3:69-72
- KUHN T. (2004) La estructura de las revoluciones científicas. México: Fondo de Cultura Económica.
- LANDERS, M.G. (2000). The theory-practice gap in nursing: the role of the nurse teacher. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6):1550-1556.
- McCAUGHERTY, D. (1991). The theory practice gap in nursing education. Its causes and possible solutions. Findings from an action research study. *Journal of Advanced Nursing*, 16: 1056-1061
- MORENO, M<sup>ª</sup> E. (2005). Importancia de los modelos conceptuales y las teorías de enfermería. *Aquichan*, V/1: 44-55
- PÉREZ GÓMEZ, A. (1988). El pensamiento práctico del profesor. *Perspectivas de la función docente*. Narcea, Madrid.
- PERRENOUD, P. (2004). Desarrollar la práctica reflexiva en el oficio de enseñar. *Profesionalización y razón pedagógica*. Grao, Barcelona.

- WOLK, L. (2007). *Coaching en acción: el arte de soplar las brasas*. Gran Aldea Editores, Buenos Aires.
- SAARIKOSKI, M. (2003). Mentor Relationship as a Tool of Professional Development of Student Nurses in Clinical Practice. *The International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 9(1), 1014-1024.
- SAARIKOSKI, M. y LEINO-KILPI, H. (2002). The clinical learning environment and supervision by staff nurse: developing the instrument. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 259-267.
- SCHÖN, D.A. (1998). *El profesional reflexivo. Cómo piensan los profesionales cuándo actúan*. Paidós, Barcelona.
- SERRANO, P. y MARTÍNEZ, M. (2008). La tutorización de prácticas clínicas en pregrado de enfermería. *Metas de enfermería*, XI/3: 28-32.
- SILES, et al (1996). La diferencia entre el aula y el centro sanitario. Una apuesta por la implicación del alumnado en el proceso de armonización teórico-práctico (I). *Alacant Sanitari*, 9:7-
- SILES, et al (1997). La diferencia entre el aula y el centro sanitario. Una apuesta por la implicación del alumnado en el proceso de armonización teórico-práctico (II). *Alacant Sanitari*, 10:17-25.
- SILES, J. (1999). *Historia de la enfermería*. Aguaclara, Alicante.
- SILES, J. y GARCÍA, E. (1995). Las características de los paradigmas y su adecuación a la investigación en enfermería. *Enfermería Científica*, 160/161: 10-15.
- SILES, J; et al (2004b) .Las diferencias culturales implicadas en el proceso de prácticas clínicas en enfermería. Una aportación desde la antropología de la complejidad y el pensamiento crítico (II) En: Bernabeu, G y Sauleda N. (Edits) *Espacios de investigación en la profesionalización docente universitaria*. Marfil, Alcoy: 97-117.
- SILES, J; et al (2004a). Antropología educativa aplicada a las prácticas clínicas en enfermería. Las diferencias culturales implicadas en el proceso de prácticas clínicas de enfermería. Una aportación desde la antropología de la complejidad y el pensamiento crítico (I). En: Martínez, M. Coord. *Redes de colaboración para el aprendizaje*. Marfil, Alcoy: 191-204.
- SILES, J. (2005). La eterna guerra de la identidad enfermera: un enfoque dialéctico y deconstruccionista. *Index de Enfermería (edición digital)*, 50. <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/50revista/5196.php>>
- SILES, et al (2007). Valoración del tiempo y esfuerzo empleado por alumnos de enfermería (1º diplomatura de enfermería) en la consecución de objetivos durante sus prácticas clínicas: una aplicación del diario de prácticas clínicas como instrumento de reflexión en la acción. En: Martínez, Mª A. y Carrasco, V. (Edis.) *La multidimensionalidad de la educación universitaria. Redes de Investigación docente Espacio Europeo de Educación Superior (vol. I)*. Marfil, Alicante: 113-136.

- SILES, J. et al (2008) La función de los tutores en las prácticas clínicas de enfermería. Un estudio etnográfico centrado en la reflexión acción y el pensamiento crítico. En: Merma, G y Pastor, F. (Coords.) Aportaciones curriculares para la interacción en el aprendizaje. Redes de investigación Docente-Espacio Europeo de Educación Superior Vol. I. Marfil, Alicante: 325-340.
- Tolley, K. (1995) Theory from practice for practice: Is this a reality? *Journal of Advanced Nursing*, 21 (1): 185.
- TRIBIÑO, Z. y SANHUEZA, O. (2005) Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería *Aquichan*,V/1: 20-31.
- UYS, B.I. & MEYER, S.M. (2005) Critical thinking of students nurses during clinical accompaniment. *Curationis*, 28(3): 11-19
- VALLES, M. (2000). Técnicas de investigación cualitativa social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Ed. Síntesis. Madrid.
- WHITMORE, J. (2005) Coaching. Paidós, Buenos Aires.
- ZABALZA, M.A. y CID. (1996). El tutor de prácticas: un perfil profesional. IV Simposium Internacional sobre prácticas escolares. Poio, Pontevedra.

## CAPÍTULO VII.

### UN EJEMPLO DE LA UTILIDAD DE LA ANTROPOLOGÍA EDUCATIVA EN LOS PROCESOS DE ADECUACIÓN Y CONVERGENCIA DE LOS SISTEMAS DE CRÉDITOS INTEREUROPEOS: ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE “FUNDAMENTOS HISTÓRICO ANTROPOLÓGICOS DE LOS CUIDADOS”

---

Jose Siles González; M<sup>a</sup> Carmen Solano Ruiz;  
M<sup>a</sup> Mercedes Rizo Baeza, Miguel Angel Fernández Molina;  
Mercedes Núñez del Castillo; Elena Ferrer Hernández;  
Isabel Casabona Martínez; M. José Muñoz Reig;  
Modesta Salazar Agulló

---

#### 1. INTRODUCCIÓN

La idea primigenia de la que se deriva esta iniciativa surge en el contexto del programa de redes de investigación en docencia universitaria creado por el Instituto de Ciencias de la Educación de la Universidad de Alicante, que tiene su origen en el curso académico 2002-2003. Es por tanto que el objetivo general de este estudio se centra en contribuir al proceso de convergencia de créditos europeos (sistema europeo de transferencia de créditos ECTS), mediante la elaboración de guías docentes que se adapten a este propósito. Este propósito se sustenta, a la vez, en los siguientes fines:

- Diseño de sistemas de transparencia de la docencia y el aprendizaje.
- Reorganización del sistema universitario en base a la adecuación del mismo a los modelos educativos centrados en el aprendizaje del alumno.
- Definición del crédito como el tiempo y el esfuerzo invertidos por el alumno en su aprendizaje.

Informe de Praga, 2001: párrafo 8 [citado en *Programa de Convergencia Europea. El crédito europeo.*].

*“–En aras de una mayor flexibilidad en los procesos de aprendizaje y cualificación, es preciso adoptar unas bases comunes para las titulaciones, basadas en un sistema de créditos como el ECTS u otro sistema similar compatible con él, que permita que los créditos sean transferibles y acumulables. Estas medidas, junto con los mecanismos de control de calidad mutuamente reconocidos, facilitarán el acceso de los estudiantes al mundo laboral europeo y harán más compatible, atractiva y competitiva la educación superior europea”. (ANECA, 2003)*

El ECTS es un sistema centrado en el estudiante, que se basa en la carga de trabajo del estudiante necesario para la consecución de los objetivos de un programa. Estos objetivos se especifican preferiblemente en términos de los resultados de aprendizaje y de las competencias que se han de adquirir..*Fuente: Informe Técnico. El crédito europeo y el sistema educativo español. (Pagani, 2002).*

Objetivo específico: Elaboración de una guía docente de “Fundamentos histórico antropológicos” en el contexto de la convergencia de créditos europeos.

Es en este contexto definido tanto por la necesidad de adecuar el sistema de créditos a las nuevas exigencias que demanda la emergente realidad educativa europea, como por las inquietudes de los docentes de la Universidad de Alicante convenientemente catalizados por el Instituto de Ciencias de la Educación de la mencionada Universidad, en el que hay que valorar la iniciativa del equipo de investigación educativa del Departamento de Enfermería que integra el proyecto redes, Dicho grupo, tras analizar las necesidades externas y analizar comparativamente el impacto de las mismas en los actuales planes de estudios de la diplomatura de enfermería, optó por desarrollar su trabajo en aras a la elaboración de una guía docente de una de las asignaturas que deberían ser consideradas como nucleares en la formación de los profesionales de enfermería: “fundamentos históricos y antropológicos de enfermería” correspondiente a la diplomatura de enfermería en su 1º curso (6 créditos).

Metodología empleada en la elaboración de la guía docente:

Se han rentabilizado los datos obtenidos mediante diarios de campo y cuestionarios (empleados en ediciones anteriores del proyecto “redes”), cuya finalidad estribaba en clarificar los tiempos que el alumno empleaba en las distintas actividades y tareas que tenía que desarrollar para cumplir los objetivos del curso. Asimismo, esta información ha sido objeto de debate a través de 7 sesiones de trabajo del grupo de profesores que constituye esta red. En el transcurso de estas sesiones se utilizaron los materiales aportados por otros grupos y el equipo coordinador del proyecto “redes”, lo que denota el carácter interactivo del proceso. Finalmente, para diseñar la guía de “Fundamentos histórico-antropológicos” se aplicaron técnicas de tormenta de ideas y consenso.

## **2. DESARROLLO DEL TEMA**

### **2.1 La naturaleza histórico antropológica enfermería**

#### **2.1.1 Problemas de partida: fase preparadimática versus infantilismo histórico científico**

El principal problema con el que se encuentra actualmente la enfermería radica en su incipiente consolidación científica, en su falta de tradición investi-



gadora y, paralelamente, en sus enormes dificultades para construir de forma coherente una auténtica y sólida red susceptible de identificación mediante un calificativo simultáneo: ciencia enfermera. La construcción de esa red supondría la existencia de un soporte que serviría de base para organizar y apoyar la investigación en enfermería. La ciencia se organiza en torno a un paradigma, una especie de “red” que, en sentido amplio, representa la matriz de la disciplina. Esta matriz disciplinar abarca supuestos, valores, generalizaciones y creencias sobre una disciplina. Un paradigma sirve de guía a los profesionales de un campo científico específico, dado que, por un lado, indica los problemas y cuestiones con los que éste se enfrenta; y, por otro, orienta el proceso de adopción e implementación de teorías, modelos y métodos que permitan afrontar de forma solvente los problemas y cuestiones planteados. Se puede afirmar metafóricamente que un paradigma es como el cristal a través del que los científicos de una disciplina contemplan los problemas y cuestiones de su campo. Se establece, pues, una perspectiva mediante la que se aceptan los componentes básicos que integran el paradigma y son compartidos y utilizados por una comunidad científica. En el campo de la enfermería no se han implantado todavía paradigmas que hayan sido aceptados de forma mayoritaria –y los fundamentos de enfermería constituyen la pieza clave para resolver la cuestión– por lo que se puede afirmar que esta disciplina se encuentra en una fase PREPARADIGMÁTICA.

El mismo Kuhn relata el origen del concepto de paradigma y las causas que le llevaron a situar a las ciencias sociales en un período preparadigmático. Cuando Kuhn fue invitado en el curso 1958-59 al Centro de Estudios Avanzados sobre las Ciencias de la Conducta.

“Me asombré, ante el número y alcance de los desacuerdos sobre la naturaleza de los problemas y métodos científicos aceptados (...) Al tratar de descubrir el origen de esta diferencia llegué a reconocer el papel desempeñado en la investigación científica por lo que desde entonces denominé paradigmas. Considero a éstos como realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica” (Kuhn, 1995).

De forma que, categorizada la enfermería como ciencia preparadigmática, se especifican a continuación los principales factores que avalan esta clasificación de protociencia.

La falta de acuerdo en cuestiones fundamentales (metodológicas, teóricas y objetuales) es un hecho que actualmente se da en la enfermería. “Lo que distingue a la ciencia normal, madura, de la actividad relativamente desorganizada de la preciencia inmadura es la falta de desacuerdo en lo fundamental. Según Kuhn, la preciencia se caracteriza por el total desacuerdo y el constante debate en lo fundamental (...) Habrá casi tantas teorías como trabajadores haya en el campo

y cada teórico se verá obligado a comenzar de nuevo y a justificar su propio enfoque (...)” (Charlmers, 1986).

Resulta evidente que la dificultad para consensuar teorías, métodos y técnicas en el marco científico de la enfermería y, más concretamente, de la teoría de los cuidados, es un hecho en la actualidad. Algunos autores han denominado a esta etapa fase de “Heterogeneidad Doctrinal” achacando a la misma la causa de todos los males de la enfermería (Hernández Conesa, 1997), sin percatarse que más que causa, la mencionada “Heterogeneidad Doctrinal” es una consecuencia del momento embrionario o históricamente preliminar de la ciencia enfermera y que, en todo caso, la pluralidad metodológica, teórica y, en fin, paradigmática, no es en absoluto un hecho negativo, dado que también desde la diversidad pueden avanzar las disciplinas científicas.

Por lo tanto, no se trata de rasgarse las vestiduras, dado que gran parte de las ciencias sociales están en un período preparadigmático: la sociología moderna, la pedagogía, la antropología, la historia, no se nutren a expensas de un sólo paradigma, pues no existen acuerdos básicos ni sobre los supuestos teóricos generales. Coexisten, empero, varios paradigmas en un régimen de competencia que se traduce a una especie de lucha metodológica y de adopción de teorías y modelos.

La gran diferencia con respecto a enfermería, estriba en la trayectoria histórica de estas ciencias sociales y en su nivel de asentamiento plenamente consolidado en los estratos científicos y profesionales. La enfermería, en cambio, es una profesión tan reciente en nuestro país que ni siquiera la sociedad en su conjunto está informada sobre sus características más esenciales.

Las razones de esta “inmadurez” no deben analizarse a la ligera y, por ello, no se debe caer en reduccionismos simplificadores ni en afirmaciones superfluas que traten tan apresurada como infructuosamente la cuestión. Sin embargo, lo que está fuera de toda duda es el infantilismo histórico científico de la disciplina. La concienciación histórica del colectivo profesional está aún en proceso de consolidación y el hecho histórico del ingreso de la enfermería en la Universidad (1977) avala la escasa trayectoria que ha podido desarrollar esta disciplina en tan corto espacio de tiempo.

A estos dos factores habría que añadir otros como la escasa preparación científica de los enfermeros, cierta atonía no exenta de pesimismo ante la necesidad de desarrollar la disciplina.

La disciplina enfermera se encuentra en un momento de investigación efectiva<sup>1</sup> en el que los Fundamentos históricos y antropológicos de Enfermería tienen la enorme responsabilidad de contribuir a la clarificación conceptual y teórica, a la

---

1. Componentes de los fenómenos objeto de estudio, la forma de interacción entre las entidades, qué tipo de técnicas son las más apropiadas, etc. (KUHN, 1995)

adopción y construcción de modelos. a la búsqueda de respuestas a los problemas planteados y a la formulación de nuevos problemas y cuestiones. La materia de Fundamentos de Enfermería tiene la responsabilidad de desarrollar la potencialidad heurística de innovación científica que conlleva el traspaso de la metodología a la lógica. En este sentido la hipertrofia metodológica antepuesta a la lógica constituye una fase histórica característica de cualquier disciplina que tenga el objetivo de seguir construyendo conocimiento sobre su objeto de estudio. En consecuencia, entre los esquemas explicativos de la teoría de los cuidados, ha de contemplarse el proceso de enfermería como nexo de unión, necesario entre teoría y método evitando la utilización de éste último como fin.

Finalmente, señalar que la preocupación por el desarrollo de una disciplina y una práctica basadas en la investigación y con un cuerpo teórico de conocimientos fundamentales no es exclusiva de enfermería, dado que es común a todas las profesiones emergentes que se ocupan del cuidado de la salud: enfermería, fisioterapia y terapia ocupacional. Y este desideratum supone en todos los casos un énfasis por evidenciar las diferencias con otras profesiones, especialmente la medicina (Reid, 1993).

### **2.1.2 El objeto de la disciplina**

La dificultad de las enfermeras-os para definir claramente su profesión y, más concretamente, la relación que ésta tiene con la ciencia (es decir con el cuerpo unificado de conocimientos relativos al campo específico de la Enfermería)<sup>2</sup>, el déficit del vínculo entre la realidad y la abstracción que de ella se hace mediante construcciones conceptuales, constituye un importante problema de disociación entre estructuras categorizadas y sus correspondientes realidades. Seguimos la línea de Carnap (Esteve, 1989), de redefinir el contenido de los conceptos en función del lugar que ocupan en un cierto lenguaje teórico de tal manera que se explicita su red nomológica (entramado de criterios o normas lógicas que rigen los usos terminológicos insertos en un sistema conceptual) como paso previo para que:

Se pueda apreciar la existencia del nexo condicionante entre la mecánica nomológica de cada sistema conceptual y la dinámica científica de la Enfermería.

- Se objetive el factor sociohistórico y antropológico como causa condicionante del entramado de criterios lógicos que incardinan y determinan la interrelación entre las distintas categorizaciones de una teoría, un sistema conceptual, un método o un modelo.
- Si los conceptos constituyen el instrumento principal para elaborar una Teoría de la Enfermería, los cuidados de Enfermería en el ser humano (ais-

---

2. Metodologías empleados para producir dichos conocimientos (FOGEL, 1989: 11).

lada o colectivamente), en cualquiera de sus modalidades y fases, constituyen el objeto de la Enfermería, de cuya práctica se derivan ideas, hipótesis, especulaciones que, en definitiva, se expresan en forma conceptual. Cuanto mayor es el bagaje conceptual de una profesión, más capacidad tiene para desarrollar su práctica por sí misma y arbitrar mecanismos para, en primer lugar, renovar su cuerpo de conocimientos, y, en segunda instancia, a la luz de los nuevos hallazgos y conclusiones derivados de la práctica, ensayar procesos innovadores que optimicen su actuación profesional.

El objeto de cualquier disciplina científica viene determinado por el nivel de conocimientos que sobre el mismo existe. Es preciso, pues, desarrollar epistemológicamente una ciencia para que su objeto pueda quedar bien delimitado.

En consecuencia, resulta plausible –y necesario (sobre todo en sociedades multiculturales)– someter a contrastación sociohistórica el sistema de necesidades partiendo de las “concomitancias culturales de las necesidades básicas” desarrolladas en la teoría científica de la cultura (Malinowski, 1984), y del sistema de necesidades aportado por diversos autores pertenecientes al campo de la Enfermería.

### **2.1.3 Coordinadas científicas: supuestos socioantropológicos y objeto sujeto de conocimiento**

Todo cuerpo de conocimientos que aspire a constituirse en ciencia, precisa de una fundamentación epistemológica. En el campo de la enfermería, tal vez debido a su falta de tradición científica, han escaseado este tipo de estudios. Los problemas epistemológicos con los que se ha encontrado la enfermería son básicamente dos:

- La dilucidación del tipo que conocimiento que se genera.
- Su científicidad.

Las razones que promueven dicha discusión son (Contreras, 1991):

- La disputa positivista de la científicidad de toda aquella disciplina que no se ajuste, en sus formas teóricas y en sus prácticas metodológicas al modelo de las ciencias físico naturales.
- La naturaleza de su carácter práctico, dado que su fin último no consiste en averiguar cómo funcionan tales o cuales prácticas enfermeras, sino identificar las causas por las que funciona o no funciona para, en su caso, realizar las oportunas optimizaciones en la práctica.

La clasificación de la enfermería como ciencia sociosanitaria, fundamentalmente socioantropológica y cultural, nos obliga a explicar algunos de sus caracteres de naturaleza epistemológica. En primer lugar, la consideración socioantropológica y cultural de la enfermería encierra dos sentidos entrelazados:

- Un sentido ontológico mediante el que la enfermería formaría parte de las ciencias sociales y/o humanas porque tratarían del hombre, lo humano, los hábitos, la cultura como mecanismo de satisfacción de necesidades, educación, etc.
- Un sentido específicamente epistemológico, según el cual la enfermería sería, básicamente, parte de las ciencias humanas y/o sociales por utilizar métodos y procedimientos semejantes a los de aquellas ciencias (proceso de enfermería, historia de vida, observación participante, etc.)

EL OBJETO (SUJETO) ANTROPOLÓGICO ENFERMERÍA.

Además de su origen histórico, la enfermería comparte con las ciencias sociales su objeto antropológico de estudio: el ser humano. Subsanan el déficit, cualquiera que sea la necesidad no cubierta, supone su objetivo (el cual implica una intervención que repercute en la realidad modificándola). Además, en última instancia, la finalidad estriba en capacitar al individuo, la familia o la comunidad de su propia satisfacción socioantropológica. Del paradigma adoptado depende que la realidad biopsicosocial del individuo sea considerada e implicada en el proceso de intervención social (dando lugar al interaccionismo que permite el aprovechamiento contextualizador del conocimiento subjetivo “no prefabricado”), o que, por el contrario, dicha intervención constituya exclusivamente un eslabón más de la cadena de montaje estandarizado que constituye el mecanismo de funcionamiento de la “factoría social”. Por otro lado, el enfermero-a es un agente social (agente de cambio) que debe ejercitarse en la reflexión crítica del contexto mediante el análisis de la realidad.

#### **2.1.4 Justificación del sistema de necesidades como fuente de conocimiento de la disciplina**

Si, después de las definiciones, funciones y clasificaciones científicas, a las que nos hemos referido con anterioridad, acabamos interpretando de forma esencial el concepto de ciencia, entendiéndola como el cuerpo unificado de conocimientos relativo a un campo específico, la ciencia de la Enfermería es el conocimiento aplicable a la disciplina de la Enfermería (Fogel, 1989). Sin embargo, existen diferentes disciplinas cuya variación, esencialmente, se fundamenta en su foco de interés. Cuando la ciencia se considera prioritariamente como algo que tiene que ver únicamente con la explicación de los fenómenos (sin intervenir en la realidad), el objetivo principal de la ciencia es captar la verdad sobre el mundo y expresarla en forma nomotética (Moore, 1987). Por ello distinguimos entre ciencias explicativas y/o predictivas y ciencias prácticas y/o prescriptivas.

La ciencia de Enfermería, empero, tiene que rentabilizar el conocimiento con finalidades utilitaristas<sup>3</sup> (desde el punto de vista de las respuestas humanas en el proceso de satisfacción de necesidades). El científico, en cuanto tal, no tiene que hacer recomendaciones sobre lo que hacer con el conocimiento que produce, la cuestión de cómo podemos controlar acontecimientos futuros puede ser tarea de las ciencias naturales, pero no la decisión de ejercer ese control y la forma de llevarlo a cabo<sup>4</sup>. En consecuencia, se puede afirmar que mientras una teoría científica es básicamente descriptiva y explicativa; una teoría de la enfermería debe dedicarse, fundamentalmente, a orientar al individuo, la familia o la comunidad en el camino de la satisfacción de necesidades<sup>5</sup>.

## 2.2 Contextualización de la materia

Los estudios de historia y antropología empezaron a estudiarse en los primeros planes de estudios de enfermería como parte de los conocimientos integrados en una materia denominada “Enfermería Fundamental”, disciplina generatriz que se contempló por vez primera dentro de los planes de estudios al integrarse la Enfermería en la Universidad con el nivel de Diplomatura en 1977.

El aprendizaje de los Conceptos Fundamentales de Enfermería se considera imprescindible en la formación de futuros profesionales, dado que a través de ellos se inicia al alumno en el pensamiento y práctica de la Enfermería, se le orienta en la comprensión de la función de la Enfermería como profesión de servicio y como disciplina científica, contribuyendo, de esta forma, a la responsabilización de su participación en el desarrollo de la Enfermería.

Los Conceptos Fundamentales de Enfermería comprenden el estudio de la evolución diacrónica de los cuidados, el carácter antropológico inherente al proceso de satisfacción de necesidades del ser humano, ya sea de forma individual, familiar o en el contexto comunitario. En consecuencia el estudio las bases históricas y antropológicas de la Enfermería tienen sus aplicaciones prácticas en la realización de los cuidados básicos que han de dispensarse en un contexto histórico, antropológico y cultural dado, por lo que es de suma importancia la realización del aprendizaje en un marco teórico-práctico.

- 
3. Esta finalidad utilitarista de la Enfermería ha influido en el confusionismo tecnocrático con que ha sido calificada en repetidas ocasiones sin profundizar en el significado del concepto “tecnología” y sus implicaciones en el dualismo teoría-práctica.
  4. Quizás Malthus estaba haciendo ciencia cuando predecía que la población tendía a crecer más allá de los recursos naturales; pero cuando utilizaba la teoría como base para elaborar consejos en contra de los matrimonios tempranos o en contra de la Beneficencia, estaba dando recomendaciones prácticas (MOORE, 1987: 17).
  5. Independientemente de que en menor medida –dada la ausencia de compartimentos estancos entre las ciencias– algunas teorías de la Enfermería se puedan dedicar a la explicación de fenómenos en su área.

Las enseñanzas prácticas de los métodos y técnicas histórico antropológicas permiten al alumno la posibilidad de desarrollar las actitudes y destrezas necesarias para el desempeño de su futura labor profesional, profundizando en su conocimiento mediante el contacto con la realidad histórica y cultural. Debido a ello, las horas de dedicación se distribuirán de tal manera que contemplen los dos niveles respetando las secuencias lógicas de los mismos. Para ello la programación tendrá presente las áreas de conocimiento adquiridas con el fin de facilitar la integración de la teoría en la práctica, desarrollándose en una primera fase en los seminarios (módulo teórico práctico), y posteriormente en centros hospitalarios y comunitarios (módulo práctico-clínico).

### **2.2.1 Propósitos básicos de la materia**

En la selección y organización del contenido y experiencias de aprendizaje se ha partido de los siguientes criterios:

El objetivo básico de esta materia consiste en que al finalizar el programa, el alumno habrá adquirido –significativamente– los conocimientos históricos y antropológicos de la Enfermería como profesión y como disciplina, siendo capaz de aplicarlos en los diferentes contextos históricos y antropológicos mediante la adopción de los métodos y técnicas requeridos en cada situación. Por tanto, al finalizar el aprendizaje, el alumno será capaz de:

- Aplicar los conocimientos históricos indispensables para la mejor comprensión de las áreas de Enfermería que se imparten en cursos posteriores.
- Reconocer las funciones profesionales y su evolución histórica.
- Dominar el método adecuado (historias de vida, fenomenología, diario de campo, observación participante) para detectar y analizar las necesidades humanas susceptibles de ser tratadas mediante cuidados de Enfermería.
- Realizar los cuidados básicos de Enfermería respetando el contexto cultural del individuo la familia y la comunidad.
- Entender los conceptos de salud y enfermedad como proceso sometidos a la dinámica histórica e interactiva entre el medio ambiente, la cultura y el hombre e interrelacionarlo con otro proceso de naturaleza igualmente interactiva: la enseñanza aprendizaje.
- Comprender al hombre como una unidad bio-psico-social en su estructura, funcionamiento y desarrollo, que vive en un contexto histórico cultural dado que influye en la jerarquización de las necesidades que deben ser atendidas y potenciadas tanto en estado de salud como de enfermedad.
- Demostrar la capacidad suficiente para integrar de forma adecuada las destrezas actitudinales y sensoromotoras con los conocimientos históricos y antropológicos adquiridos.

- Mostrar las destrezas y habilidades necesarias, tanto intelectuales como físicas, en la ayuda al individuo y familia, según el grado de dependencia y/o limitación que tengan para satisfacer las necesidades fundamentales.

### 2.2.2 Relación con otras materias

La relación con otras materias se establece como conocimiento básico en el que se apoyarán para el desarrollo y profundización de conocimientos más específicos, preferentemente aquellas asignaturas pertenecientes al área de las Ciencias de Enfermería. En consecuencia se hace precisa la sincronización entre estas materias, con la finalidad de que su progresión cronológica se ajuste a criterios de secuencialización lógica que lleve al alumno a una profundización de los conceptos en la medida que aumenten las dificultades del aprendizaje. Es por ello que se estipulan una serie de incompatibilidades entre materias de distintos cursos que, en lo referente a la Enfermería Fundamental se concreta en el cuadro de incompatibilidades (TABLA 1).

TABLA I  
CUADRO DE INCOMPATIBILIDADES

FUNDAMENTOS HISTÓRICOS Y ANTROPOLÓGICOS (FUNDAMENTOS I) 1º CURSO
– TEORÍAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA (FUNDAMENTOS II) 1º CURSO
– NECESIDADES HUMANAS BÁSICAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA (FUNDAMENTOS III) 1º CURSO
– ENFERMERÍA MEDICO QUIRURGICA (II) 2º CURSO
– SALUD PUBLICA I 1º CURSO

Asimismo, el propósito de los Fundamentos históricos y antropológicos de enfermería consiste en introducir al alumno en la disciplina enfermera, proporcionándole una sólida base de conocimientos y habilidades esenciales en la que deben cimentarse el resto de los conocimientos y habilidades que vaya adquiriendo a lo largo de su vida de estudiante de enfermería. Por lo tanto, los fundamentos históricos y antropológicos de enfermería suministrarán al alumno los principios fundamentales para la práctica de la enfermería individual, familiar y comunitaria, enfatizando el enfoque integral en aquellas actividades



y tareas que se deriven de la aplicación de los cuidados de enfermería en un contexto histórico-cultural dado.

Se ha de considerar a los Fundamentos histórico-antropológicos de Enfermería como la materia que contiene la base disciplinar, epistémica, metodológica y semántica de los cuidados de enfermería. Queda así constituida como materia básica de reflexión intelectual cuyo objetivo estriba en contribuir al proceso de desarrollo de estructuras científicas de la disciplina enfermera. En consecuencia, su relación con las demás materias que configuran el plan de estudios de Diplomado en Enfermería, ha de ser una relación de continuidad, tanto en la orientación teórico práctica de dichas materias, como en la utilización de un modelo de enfermería que oriente adecuadamente el currículum.

## **2.3. Estructura del programa**

### **2.3.1 Fundamentos históricos antropológicos de enfermería**

La estructuración utilizada en el desarrollo del programa se detalla en cada módulo, teniendo presente los objetivos intermedios y específicos que se quieren conseguir. Esta vertebración del programa tiene la intención de ofrecer al alumno una visión integrada y global de los diferentes apartados que lo componen. El módulo teórico, compuesto por 3 unidades temáticas: fundamentos históricos, fundamentos antropológicos, y, por último, métodos y técnicas históricas y antropológicas aplicadas a los cuidados de salud y enfermedad. En el módulo teórico-práctico se instruye al alumno en la aplicación de los procedimientos históricos y antropológicos básicos. Supone un paso intermedio entre el aula y las prácticas clínicas y, por lo tanto constituye, en sí mismo, una introducción a las mismas mediante la aplicación simulada de las técnicas y procedimientos que han de desarrollar de forma solvente en el contexto clínico. El módulo práctico-clínico se realiza como paso posterior, una vez que el alumno ha alcanzado un nivel de conocimientos adecuado y se halla capacitado física, psíquica e intelectualmente para completar la integración de sus conocimientos, actitudes y destrezas en la práctica asistencial hospitalaria y comunitaria. Habida cuenta que la Universidad contempla la figura del Profesor Asociado en Prácticas, el módulo Práctico-clínico presentado en este proyecto se beneficiará del resultado del trabajo en equipo del grupo de profesores que conjunta y coordinadamente intervengan en el proceso de enseñanza aprendizaje de la materia de Fundamentos histórico-antropológicos de Enfermería. En este módulo el alumno debe aplicar integradamente los conocimientos y habilidades adquiridos en la asignatura.

En consecuencia, el programa presentado se estructura en tres módulos diferenciados metodológicamente (TABLA 2).

**TABLA II**  
**FUNDAMENTACIÓN HISTÓRICA Y ANTROPOLÓGICA DE LA ENFERMERÍA**

<b>6 CRÉDITOS (180H)</b>
--------------------------

- **3 créditos teóricos ..... 90h**
- **1 crédito teórico-práctico ..... 30h**
- **1 crédito práctico-clínico ..... 30h.**

Desarrollo de los créditos por módulos y unidades didácticas:

<b>Módulo teórico (3 c)</b>
-----------------------------

	Presencial	No Prese.	Tutorías
- <b>Unidad temática 1.....15h.....</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
- <b>Unidad temática 2.....15h.....</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
- <b>Unidad temática 3.....15h.....</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>5</b>

<b>Módulo teórico-práctico (seminarios) (1 c)</b>
---

- **Unidad temática 1.....8 h..... 2 .....**
- **Unidad temática 2.....8 h..... 2 .....**
- **Unidad temática 3.....8 h..... 2 .....**

<b>Módulo práctico-clínico (2 c)</b>
--------------------------------------

- **Unidad temática 1.....10h..... 5 .....**
- **Unidad temática 2.....10h..... 5 .....**
- **Unidad temática 3.....10h..... 5 .....**

### **2.3.2 Temporalización y análisis de la coherencia interna**

El acto didáctico se da en el tiempo, en un tiempo concreto que hay que tener en cuenta en la planificación. Con la temporalización se intenta hacer una previsión, lo más realista posible, del cuándo, es decir, de la distribución temporal de los contenidos temáticos. Teniendo en cuenta, por un lado, la experiencia histórica en cuanto a la aplicación de los planes de estudios que se han ido sucediendo desde la incorporación de la enfermería a la Universidad; y, por otro, la inminente reforma del actual plan de estudios, en este proyecto se hace la siguiente propuesta de temporalización de Fundamentos históricos y antropológicos de enfermería (TABLA 3).

TABLA III  
ANÁLISIS DE COHERENCIA DE LA PROGRAMACIÓN DE LA MATERIA

<b>Objetivos generales</b>	<b>Competencias específicas</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Plan trabajo alumnos</b>	<b>Criterios evaluación</b>
Objetivos módulo teórico I	Competencias específicas módulo teórico I	Contenidos módulo teórico I	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clases presenciales: 15h</li> <li>- Estudio/ búsquedas de material: 10h</li> <li>- Tutorías: 5h</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PRAC</li> <li>- PRAL</li> </ul>
Objetivos módulo teórico II	Competencias específicas módulo teórico II	Contenidos módulo teórico II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clases presenciales: 15h</li> <li>- Estudio/ búsquedas de material: 10 h</li> <li>- Turorías: 5h.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PRAC</li> <li>- PRAL</li> </ul>
Objetivos módulo teórico III	Competencias específicas módulo teórico III	Contenidos módulo teórico III	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clases presenciales: 15h</li> <li>- Estudio/ búsquedas de material: 10 h</li> <li>- Turorías: 5h.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PRAC</li> <li>- PRAL</li> </ul>
Objetivos módulo teórico práctico	Competencias específicas módulo teórico práctico	Contenidos módulo teórico-práctico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enseñanza presencial: seminarios: 24h (4 seminarios de 6h)</li> <li>- Enseñanza no presencial: 6h</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajos de grupo e individuales.</li> <li>- Evaluación de proceso: participación y actitud.</li> </ul>
Objetivos módulo práctico-clínico	Competencias específicas módulo práctico-clínico	Contenidos módulo práctico-clínico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajo en contexto clínico: 30h</li> <li>- Elaboración diario de campo: 15h</li> <li>- Tutorías: 15h</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informe de aptitud en aplicación procedimientos enfermería.</li> <li>- Informe actitud en aplicación procedimientos de enfermería.</li> <li>- Presentación del diario de campo.</li> </ul>

### **2.3.3 Programa de fundamentos históricos y antropológicos de enfermería**

A) Módulo Teórico. Las unidades temáticas insertadas en este módulo estructuran tres grandes bloques o unidades temáticas

B) Metodología didáctica global

En la *unidad temática I Fundamentos Históricos de la Enfermería*. Se realiza un análisis de la evolución de la disciplina con el fin de que el alumno tenga una visión de los cuidados de Enfermería en distintas culturas y épocas y rentabilice las diferencias y semejanzas entre las diferentes formas de proceder en la satisfacción de necesidades humanas desde la perspectiva histórico-antropológica de la Enfermería.

*La unidad temática II: Fundamentos Antropológicos.*

La primera parte (grupo didáctico I) está dedicada, en primer lugar a dilucidar epistemológicamente la relación existente entre dos disciplinas: la antropología y la enfermería; en segundo lugar, al sistema y los modelos de Enfermería antropológica, transcultural y de competencia cultural. Se pretende que el alumno conozca y comprenda significativamente (aplicándolo a su contexto) la importancia del establecimiento de un marco antropológico de los cuidados, la rentabilidad de trabajar con modelos transculturales y de competencia cultural y la exigencia de la investigación de las semejanzas y diferencias culturales en el marco de los cuidados.

*La unidad temática III Aplicación de métodos y técnicas histórico antropológicas en el contexto clínico.* Facilitará al alumno los conocimientos teóricos y las correspondientes habilidades prácticas y técnicas de recogida de datos, precisas para proceder a cuidar a los seres humanos en función de sus necesidades básicas (desde el prisma de la Enfermería) con la competencia cultural suficiente como para que estas queden satisfechas dentro del límite que marca el respeto a las características culturales de los individuos, las familias y las comunidades. En consecuencia el alumno aprenderá procesos de recogida de datos que priorizan el respeto cultural de las personas que constituyen la principal “fuente” de datos (análisis de textos, historias de vida, observación participante, diario de campo, estudio de casos). Asimismo el alumno será capaz de identificar las características culturales de los cuidados de enfermería en los medios de comunicación y en el arte, especialmente en el cine. En consecuencia será capaz de rentabilizar el potencial pedagógico y de fuente de datos tanto de los mas media como de las diferentes manifestaciones artísticas cuya temática guarde algún tipo de relación con los cuidados de salud. (TABLA 4)

TABLA IV  
MÓDULO TEÓRICO

<p>PRIMERA UNIDAD TEMÁTICA: FUNDAMENTOS HISTÓRICOS (El objetivo de este módulo consiste en situar la disciplina en sus coordenadas históricas)</p>
<p>SEGUNDA UNIDAD TEMÁTICA:  FUNDAMENTOS ANTROPOLÓGICOS (El objetivo de este módulo radica en ofrecer las bases teóricas necesarias para la comprensión de la realidad antropológica y cultural que caracteriza toda situación dentro del amplio y variado intervalo salud-enfermedad.</p>
<p>TERCERA UNIDAD TEMÁTICA:  APLICACIÓN DE MÉTODOS Y TÉCNICAS HISTÓRICO ANTROPOLÓGICAS EN EL CONTEXTO CLÍNICO. (En este módulo se pretende que el alumno conozca y sea capaz de aplicar los métodos y técnicas histórico antropológicos en el contexto de los problemas de salud implicados en el proceso de satisfacción de necesidades humanas )</p>

#### 2.3.4 Metodología didáctica global

- Clases expositivas (módulo teórico): en su realización se utilizarán los oportunos medios audiovisuales, se fomentará la participación de los alumnos mediante preguntas abiertas que permitan comprobar el progreso del aprendizaje, el seguimiento de la clase y que, a su vez, propicien la discusión. Se utilizarán las técnicas didácticas descritas en el apartado metodológico de este proyecto.
- Tutorizaciones (durante los módulos teóricos y de prácticas clínicas): con indicación del horario, día y lugar.
- Seminarios-taller (módulo teórico práctico): Este apartado constará de los siguientes seminarios:
  - Seminario-taller de análisis de textos histórico-antropológicos.
  - Seminario-taller de historias de vida.
  - Seminario-taller de observación participante y trabajos de campo.
  - Seminario de enfermería cultura y medios de comunicación métodos de enfermería.
  - Seminario taller de integración de conocimientos y destrezas en el contexto de las prácticas clínicas.

Estos seminarios tienen como finalidad profundizar en los aspectos teórico-prácticos del programa. Se concretan en la programación de sesiones de trabajo en común, donde se plantean preguntas y respuestas por parte del tutor a los alumnos y viceversa a un total de 10-20 alumnos. El alumno deberá realizar un esfuerzo en la elaboración de los trabajos, dado que se le exige un rol tan activo como el del profesor (no se trata de clases expositivas) configurando un proceso de colaboración e interactividad profesor-alumnos.

- El Seminario de prácticas clínicas. Tiene por objetivo básico supervisar la presentación de trabajos de campo y la aplicación de los métodos y técnicas históricas antropológicas que se elaboran durante el período de prácticas clínicas (casos clínicos, historias de vida, etc.), y la valoración de la integración actitudinal, cognitiva y psicomotora en el rendimiento del alumno durante sus prácticas clínicas.

### 2.3.5 Plan de trabajo del alumno (Horas por crédito)

El trabajo de los alumnos se ha estructurado en tres módulos, uno teórico, otro práctico y, por último, el módulo de las prácticas clínicas. En las tres fases se consideran los tiempos que tienen que emplear los alumnos en realizar sus trabajos prácticos y también el empleado en el aprendizaje de los contenidos teóricos y, en su caso, habilidades procedimentales. En el primer módulo (teórico), se integran tres unidades temáticas, combinándose para su implementación la modalidad presencial y no presencial –Incluyendo las tutorías–. (En la tabla V se especifica los créditos asignados por módulos)

#### Módulo teórico

Unidad temática I, II y III

Enseñanza presencial

Lección magistral /Trabajo de aula ..... 45h

Enseñanza no presencial

–Estudio, búsquedas material, campus virtual, etc. .... 30h

–Tutorías ..... 15h

El módulo práctico está asentado, básicamente, en el trabajo en grupo desarrollado por los alumnos en seminarios.

#### Módulo teórico-práctico

Trabajo en aula

6 seminarios teórico prácticos de 4 h cada uno ..... 24h

Enseñanza no presencial ..... 6h

En el tercer módulo o práctico clínico, los alumnos implementan sus conocimientos, habilidades técnicas y actitudes en el marco de los servicios hospitalarios o los centros de atención primaria de la provincia de Alicante

<u>Módulo práctico clínico</u>	
Trabajo en contexto Clínico.....	30h
Estudio, elaboración trabajo de campo .....	15h
Tutorías.....	15h

TABLA V  
ASIGNACIÓN DE CRÉDITOS POR MÓDULO

MÓDULO TEÓRICO	MÓDULO TEÓRICO PRÁCTICO	MÓDULO PRÁCTICO CLÍNICO
SABER	SABER HACER	<b>ESCENARIO EN EL QUE SE APLICAN CONOCIMIENTOS, HABILIDADES Y ACTITUDES DE FORMA INTEGRADA Y SISTÉMICA EN UN CONTEXTO CULTURAL Y ANTROPOLÓGICO</b>
3	1	2
OBJETIVOS TEÓRICOS	OBJETIVOS TEÓRICO-PRÁCTICOS	OBJETIVOS DE PRÁCTICAS CLÍNICAS
CONTENIDOS Tº	CONTENIDOS Tº/Pº	CONTENIDOS Pº/CLÍNICAS
RECURSOS DIDÁCTICOS Tº	RECURSOS DIDÁCTICOS Tº/Pº	RECURSOS DIDÁCTICOS Pº/CLÍNICAS
EVALUACIÓN Tº	BIBLIOGRAFÍA Tº/Pº	EVALUACIÓN Pº/CLÍNICAS
BIBLIOGRAFÍA Tº	BIBLIOGRAFÍA Tº/Pº	BIBLIOGRAFÍA Pº/CLÍNICAS

### **2.3.6 Evaluación global de la asignatura**

#### **A) Evaluación de los módulos teórico-prácticos**

El principio general que orienta la actividad evaluadora es el aportado por el sistema CIPP, por lo que tiene gran importancia evaluar no sólo a los alumnos sino a todos y cada uno de los elementos que integran el programa (objetivos, actividades, contexto educativo, estrategias adoptadas de entrada, la propia dinámica del proceso, etc.).

Además, la evaluación de la asignatura será el resultado de los rendimientos de los alumnos en los diferentes ámbitos: cognitivo (mediante la comprensión significativa de los contenidos del programa); afectivo-volitivo (demostrando una actitud socialmente rentable en las actividades); psicomotor (demostrando sus habilidades, destrezas y pericia en la ejecución de los procedimientos básicos de Enfermería). Los conocimientos, actitudes y destrezas serán evaluados a través de los resultados obtenidos en diferentes pruebas:

- Pruebas de Respuesta Abierta y Larga (PRAL).
- Pruebas de Respuesta Abierta y Corta (PRAC).
- Trabajos de grupo e individuales.
- Pruebas de respuesta de elección múltiple.
- Participación activa en seminarios.
- Demostración de destrezas y habilidades en sala de simulación.
- Informe de prácticas.
- Informe de actitudes y relaciones interpersonales.

La evaluación del alumno se estructura y adapta a los módulos, unidades temáticas y grupos didácticos, de forma que la valoración del alumno resulte integral en tanto y en cuanto se ponderen en su justa medida las vertientes teóricas, teórico-prácticas y clínicas de la materia.

#### **B) Evaluación del módulo práctico-clínico**

La evaluación del alumno en el módulo práctico-clínico se realizará conjuntamente por el equipo de profesores y profesionales que han estado a cargo del alumno en cada una de las unidades del hospital. Para la evaluación final se tendrán en cuenta:

- Informe e aptitud en la aplicación de técnicas y procedimientos durante las prácticas clínicas.
- Informe de actitudes y relaciones interpersonales.
- Valoración de su rendimiento en los seminarios de prácticas clínicas.
- Valoración de las técnicas y métodos histórico antropológicos (historias de vida, diario de campo, estudios de caso, etc.) realizados durante el período de prácticas.



En cada uno de estos informes se contemplan los aspectos cognitivos-actitudinales y sensoromotores de los alumnos, de manera que se evalúa tanto la capacidad de trato del alumno al paciente (en un clima de respeto), como la capacidad de integrarse en el equipo de profesionales de la salud, y la dinámica de integración de sus conocimientos teóricos en la realización de los procedimientos mediante el nivel adecuado de habilidad.

### **2.3.7 Orientaciones sobre la jerarquización de los resultados del proceso evaluativo**

Llegado el momento de jerarquizar el rendimiento de los alumnos:

- A el 10% mejor
- B el 25% siguiente
- C el 30% siguiente
- D el 25% siguiente
- E el 10% siguiente

FX y F estudiantes que no aprueban

(Programa de Convergencia Europea. El crédito europeo. ANECA 2003)

Evaluación del proceso docente mediante encuestas abiertas en colaboración con el Instituto de Ciencias de la Educación de la Universidad.

## **3. CONCLUSIONES**

- Las redes de investigación en docencia universitaria constituyen una herramienta muy útil en materia de adaptación al proceso de convergencia de créditos europeos.
- La dinámica metodológica intergrupala adoptada durante el proceso de elaboración de este trabajo potencia el enriquecimiento recíproco de los diversos componentes de redes, propiciando el trabajo colaborativo.
- La tormenta de ideas y las técnicas de consenso han contribuido de forma determinante a la elaboración de la guía docente de “Fundamentos histórico antropológicos”.
- La vertebración y composición de todos y cada uno de los elementos didácticos que integran la guía docente obedece a la necesidad de “hacer visible” el trabajo y los tiempos de los alumnos en el proceso de consecución de sus objetivos.

## **4. BIBLIOGRAFÍA**

- ALCINA, J. (1998) Arte y antropología. Alcina, Madrid.
- AMEZCUA, M. (2000) Antropología de los cuidados. Enfermedad y padecimiento. Significados del enfermar en la práctica de los cuidados. Cultura de los Cuidados, IV, 7/8: 60-67.

- ANECA (2003) Programa de Convergencia Europea. El crédito europeo. Madrid.
- AYALA, A; GONZALEZ HERNANDEZ, A; SAEZ, J. (1996) Antropología de la educación. Diego Marín, Murcia.
- BARRIO, D. (1998) Elementos antropología pedagógica. Rialp, Madrid.
- BARTHES, R. (1986) Lo obvio y lo obtuso. Paidós, Barcelona.
- BENNER, P. (1992) The role of narrative experience and community in ethical comportment. *Advances In Nursing Science* 14/2: 1-21.
- BISHOP, A.H. et al. (1997) A phenomenological interpretation of holistic nursing. *J Holist Nurs*,15/2: 103-111.
- BLANCH, A. (1996) El hombre imaginario. Una antropología literaria. Promoción popular cristiana, Madrid.
- BLUMER H. (1982) El interaccionismo simbólico. Hora, Barcelona.
- CARDONA, G.R. (1994) Antropología de la escritura. Gedisa, Barcelona.
- CIBANAL, L, Arce, MC. (1997) ¿Qué aporta la fenomenología a la relación enfermera-paciente? *Cultura de los Cuidados*, 1: 25-30.
- COLLIÈRE, M. (1989) Utilización de la antropología para abordar las situaciones de cuidados. *Rol*, 179-180: 17-25.
- DU GAS, B. W. (1986) Tratado de Enfermería Interamericana, México.
- ELLIS, J.R; NOWLIS, E.A; BENTZ, P.M. (1983) Módulos de procedimientos básicos en Enfermería. Manual Moderno, México.
- ESTEVE, M. (Et al) (1988) Protocolos de Enfermería. Doyma, Barcelona.
- FRANZINA, E. (1992) Autobiografías y diarios de emigración: experiencia y memoria en los escritos de emigrantes e inmigrantes en América entre los siglos XIX-XX. *Revista de Historia Social*. 14: 121-141.
- GARCÍA CASTAÑO, J y PULIDO, R. (1999) Antropología de la educación. Eudema, Madrid.
- GEERTZ, C. (1973). *The Interpretion of Cultures*. Basic Books, New York.
- GEERTZ, C. (1989) El antropólogo como autor. Paidós, Barcelona.
- GEERTZ, C. (1994) Conocimiento local: ensayos sobre la interpretación de las culturas. Paidós, Barcelona.
- GONZALEZ HERNÁNDEZ, A. (1989) Tres enfoques para un problema: análisis comparativo de un debate disciplinar. Nau-Libres, Valencia.
- GONZÁLEZ J y WAGENAAR, R. (2003). *Tuning Educational Structures in Europe. Informe final. Proyecto Piloto-Fase 1*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- HABERMAS J. (1993) La lógica de las ciencias sociales. Tecnos, Madrid.
- HABERMAS, J. (1982) Conocimiento e interés. Taurus, Madrid.
- HABERMAS, J. (1984) Ciencia y técnica como ideología. Tecnos, Madrid.
- HAMILTON, H.K. & ROSE, M.B. (1986) Procedimientos en Enfermería. Interamericana, México.
- HEIDDEGER, M. (1987) El ser y el tiempo. Fondo de Cultura Económica, Madrid.

- HEIDDEGER, M. (1995) Arte y poesía. Fondo de Cultura Económica, Madrid.
- HENDERSON, V. & NITE, G. (1988) Enfermería: teoría y práctica. Interamericana, México.
- HOSPITAL SEVERO OCHOA (1990) Manual de técnicas y procedimientos de Enfermería. Interamericana/McGraw-Hill, Madrid.
- HUSSERL, E. (1992) Invitación a la fenomenología. Paidós, Barcelona.
- HUSSERL, E. (1990) La crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental una introducción a la filosofía fenomenológica. Crítica, Barcelona.
- JÜNGER, E. (1995) Sobre el dolor. Tusquets, Barcelona.
- KOZIER, B. & ERB, G. (1993) Fundamentos de Enfermería. Conceptos, procesos y práctica. Interamericana/ McGraw-Hill, Madrid.
- KOZIER, B. (1998) Manual clínico de fundamentos de enfermería. Interamericana, Madrid.
- LEININGER, M. (1995) Transcultural nursing: conceptstheories and practices. McGraw-Hill, Columbus.
- LEININGER, M. (1999) Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. Editorial. Cultura de los Cuidados, III, 6: 5-8.
- LUDOJOSKI, R. L. (1981) Antropología. Educación del hombre Editorial Guadalupe, Buenos Aires.
- MAIZ, L. (1989) Yo, percepción y mundo en Merleau- Ponty. Universidad Complutense, Madrid.
- MALINOWSKI, B. (1984) Una teoría científica de la cultura. Sarpe, Madrid.
- MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL. BOSTON (1985) Manual de procedimientos de Enfermería. Salvat, Barcelona.
- MECD. (2003). La integración del sistema universitario español en el espacio europeo de enseñanza superior. Documento marco.
- MÈLICH, J.C. (1989) Fenomenología y existencialismo. Vicens Vives, Barcelona.
- MÈLICH, J.C. (1996) Antropología simbólica y acción educativa. Paidós, Barcelona.
- MORIN, E. (2000) Antropología de la libertad. Gazeta de Antropología, 16: 16-01.
- NETTINGS, S. (1999) Enfermería práctica. Interamericana, Madrid.
- OCDE. 2002. *Definition and Selection of Competences* –DESECO. Strategy Paper.
- OREM, D.E. (1983) Normas prácticas de Enfermería. Pirámide, Madrid.
- PAGANI, R. (2002.) Informe Técnico. El crédito europeo y el sistema educativo español. (ver <http://www.eees.ua.es/>) PERRY A. G. & POTTER, P.A. (1991) Técnicas y procedimientos básicos de Enfermería Interamericana/ MacGraw-Hill, Madrid.

- POSTMAN, N. (1991) *Divertirse hasta morir. El discurso público en la era del Show Business. La tempestad*, Badalona.
- Real Decreto 1125/2003, de 5 de setiembre de 2003.
- RIDER, E. (1983) *Módulos de procedimientos básicos de Enfermería. Manual Moderno*, México.
- RODRIGUEZ, J. y SOTO, M<sup>a</sup> A. (1996) *Fundamentos de enfermería en atención primaria y especializada. Síntesis*, Madrid.
- SACKS, O. (1997) *Un antropólogo en Marte*. Anagrama, Barcelona.
- SALINAS, P. (1981) *El defensor*. Taurus, Madrid: 402-415.
- SAN MARTÍN, H.; PASTOR, V. (1988) *Salud comunitaria: teoría y práctica*. Díaz Santos, Madrid.
- SAN MARTÍN, J. (1994) *La antropología: ciencia humana, ciencia crítica*. Montesisnos, Barcelona.
- SERVICIO VALENCIANO DE SALUD (1992) *Manual de Procedimientos de Enfermería Servicio Valenciano de Salud*, Valencia.
- SILES et al (1997) *Por una rentabilización pedagógica en la obra de Benedetti: etnología narrativa y situaciones de vida-salud*. *Cultura de los Cuidados*, 1: 17-24.
- SILES J, et al. (1996) *La diferencia entre el aula y el centro educativo: una apuesta por la implicación del alumnado en el proceso de armonización teórico-práctico (I)*. *Publicación Científica de Enfermería* 9: 7-11.
- SILES J, GARCÍA, E. (1995) *Las características de los paradigmas y su adecuación a la investigación en enfermería*. *Enfermería Científica*, 160/161: 10-15.
- SILES J. (1997) *Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina*. *Enfermería Clínica*, 7/4: 188-194.
- SILES, J. (et al) (1993) *Las alteraciones en la vida cotidiana de los enfermos terminales a través del análisis de textos: un modelo simulado para las prácticas con el proceso de enfermería*. *Enfermería Científica*, 131: 4-9.
- SILES, J, et al. (1997) *La diferencia entre el aula y el centro educativo: una apuesta por la implicación del alumnado en el proceso de armonización teórico-práctico (I)*. *Publicación Científica de Enfermería*; 10: 17-25.
- SILES, J. (2001) *Antropología narrativa de los cuidados. Por una rentabilización*
- SILES, J. (et al) (2001) *Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea: la antropología de los cuidados y la enfermería transcultural*. *Cultura de los Cuidados* V, 10: 72-87).
- SONTAG, S. (1985) *La enfermedad y sus metáforas*. Muchnik Editores, Barcelona.
- SONTAG, S. (1998) *El sida y sus metáforas*. Muchnik Editores. Barcelona.
- SPECTOR, R y MUÑOZ, M<sup>a</sup> J. (2003) *Las culturas de la salud*. Prentice Hall, Madrid.

- SPECTOR, R. (2000a) Cultural diversity in health and illness. Prentice-Hall, Upper Sadle Brook.
- SPECTOR, R. (2000b) La enfermería transcultural: pasado, presente y futuro. Cultura de los Cuidados IV-7/8: 116-127.
- (2002) The Tuning Educational Structures in Europe Project.
- TYLOR, E.B. (1987) Antropología: introducción al estudio del hombre y la civilización. Alta Fulla, Barcelona.
- VELASCO, H; GARCÍA CASTAÑO, F; DÍAZ, A. (1999) Lecturas de antropología para educadores. Trotta, Madrid.
- WIECK, L/ KING, E. M; DYER, M. (1988) Técnicas de Enfermería. Manual ilustrado 3ª ed. Interamericana/McGraw-Hill, Madrid.
- WRIGHT, G.H. (1987) Explicación y comprensión. Alianza Universidad, Madrid.
- ZORN, F. (1991) Bajo el signo de marte. Anagrama, Barcelona.





