

DEMANDAS CRÍTICAS DE AUTOCUIDADO DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ESTE¹

*CRITICAL SELF-CARE DEMANDS FOR STUDENTS
OF NURSING AT THE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES
OF THE UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ESTE*

*Bárbara Nicole Fariña Valenzuela²
Arnaldo Martínez Mercado
Fátima Iara Ramírez Espínola
Ruth Dahiana Medina Zelaya
Liz Fabiola Cuenca Romero
Dina Raquel Paniagua Cristaldo
Lara Leticia Quiñonez Silvero
Romina Elizabeth Arévalos Ramírez*

Enviado: 3/2/2021

Aceptado: 24/5/2021

Resumen: Este artículo analiza las demandas de autocuidado de estudiantes de la carrera de Enfermería de la Facultad de

¹ Investigación realizada por miembros del Núcleo de Sociología de la Salud, Centro de Investigaciones Médicas, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Este y por integrantes de la Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Este.

² Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Este - Paraguay. Contacto: barbaravalen.98@gmail.com

Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Este. Con un enfoque etnográfico, se aplicaron entrevistas semiestructuradas a 28 estudiantes (22 mujeres y 6 hombres), de un universo de $N = 100$. Las entrevistas fueron grabadas con permiso. Se observan demandas críticas en 5 de los 8 requisitos universales. La estructura del capital económico condiciona efectos en cadena que impiden la satisfacción de los requisitos universales y limita la agencia de autocuidado. Las demandas críticas derivarán en déficits de autocuidado, potenciales o actuales. Los sistemas de apoyo educativo solo serán eficientes con la implementación de políticas públicas de soporte del autocuidado de estudiantes.

Palabras clave: autocuidado; demandas de autocuidado; déficit de autocuidado; sociología de la salud; capital económico.

Abstract: This article analyzes the self-care demands of the nursing students at the School of Health Sciences of the Universidad Nacional del Este, in Paraguay. With an ethnographic approach, semi-structured interviews were conducted with 28 students (22 women and 6 men), from a universe of $N = 100$. The interviews were recorded with permission from the interviewees. Critical demands are observed in 5 of the 8 universal self-care requisites. The structure of economic capital produces a domino-effect that inhibits the satisfaction of universal self-care requisites and limits self-care agency. Critical demands will lead to current or potential self-care deficits. Educational support systems will only be efficient with the implementation of public policies to improve the self-care of students.

Keywords: Self-care; self-care demands; self-care deficit; sociology of health; economic capital.

Introducción

“La dificultad particular de hacer sociología se debe muy a menudo al hecho de que las personas tienen miedo de lo que puedan encontrar.” (Bourdieu, 2011: p. 23).

“Se puede pensar con un pensador contra ese pensador.” (Bourdieu, 1996: p. 57).

Este es un trabajo de sociología de la salud nacido en el ámbito de la enfermería, ese campo interdisciplinar de confluencia de numerosas disciplinas de las ciencias humanas. Aborda un recorte específico de la realidad del Paraguay, con categorías analíticas de la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado –TEDA– (Orem, 1993), en un primer plano, como teoría sustantiva; y con nociones la Teoría de los campos-habitus (TC-H) de Pierre Bourdieu (1996, 2007, 2008, 2011, 2013), en el trasfondo, como teoría general³.

Parafraseando a Bourdieu, aquí se piensa “con Orem y contra Orem”. Se discute con ella, tratando de huir, en la enfermería, de “esa metodología científica que no es sino una representación ideológica de la manera legítima de hacer la ciencia que no corresponde a nada real en la práctica científica” (Bourdieu, 1996: p. 49). Se analiza el autocuidado de estudiantes de enfermería, sin perder de vista que el mismo también es producto de las condiciones de fuerza del espacio social de proveniencia de los jóvenes universitarios.

Para la perspectiva bourdiana, un sociólogo es todo científico que está interesado en investigar fenómenos sociales, ya sean políticos,

³ Acerca de la distinción que aquí se realiza entre teoría sustantiva y teoría general, véase Sautu et al. (2010: p. 29).

educativos, económicos, culturales, de salud, tecnológicos, artísticos, etc., en su dimensión social. Incluso químicos, médicos, artistas o matemáticos interesados en la historia de su disciplina o las maneras de cómo se practican (que son siempre sociales), también pueden ser considerados como sociólogos. (Cerón-Martínez, 2020: p. 76).

Desarrollo tardío, como campo disciplinar autónomo, de la enfermería

Comparada con otras disciplinas científicas, la enfermería emerge muy tardíamente. La primera de las leyes de la física clásica, la de la caída de los cuerpos en el vacío, es formulada por Galileo Galilei en 1604 (Koyré, 2009: p. 73), con lo que no solamente se funda la Física sino, también, se crea su método (Isnardi, 2003: p. 7) y, con ello, la ciencia moderna. Con Newton, culmina la “metamorfosis de la filosofía natural clásica y de la Edad Media en la ciencia moderna” (Pérez Tamayo, 2012: p. 264). La llamada Revolución Científica suele ser situada en los 200 años que transcurren entre el nacimiento de Galileo, en 1564, y la muerte de Newton, en 1727 (Pérez Tamayo, 2012: p. 264). Recién dos siglos después de la culminación de esta fase histórica, Florence Nightingale sentará las bases de la enfermería, en 1860 (Rubio Domínguez, 2012: p. 16).

Consecuentemente, a mediados del siglo XX, en comparación con otras ciencias ya desarrolladas, la enfermería estaba en los inicios de su constitución como disciplina científica (Pacheco Arce, 2012: p. 9). Recién hacia 1985, sus referentes afirmarían que “la teoría había dejado de ser un lujo” para la disciplina (Meléis, 1985, citado por Pacheco Arce, 2012: p. 9).

Las mentes pensantes de la enfermería, en esa segunda mitad del S. XX, perciben, pues, que hay que teorizar para fortalecer el campo disciplinar. “Sin teoría no puede haber análisis, razonamiento lógico ni esclarecimiento de los valores éticos relacionados con el actuar profesional, mucho menos definición de los objetivos de la educación, la investigación y la práctica profesional” (Amaro Cano, 2004: p. 1).

La emergencia de la TEDA

Dorothea Orem es la pionera en la organización de un cuerpo de conocimientos propios de la enfermería.

Tomé consciencia de la ausencia de un cuerpo estructurado de conocimientos disciplinares en enfermería, hace muchos años, cuando comencé a ver lo que estaba ocurriendo en biología y otros campos (...) Pensé, “bueno, la enfermería, ciertamente, no está organizada” [como cuerpo de conocimientos científicos] (...) Las enfermeras no han pensado en la enfermería como una disciplina de conocimiento (Orem, en un entrevista reproducida por Fawcett, 2001: p. 35).

Como Orem relata: toma consciencia de la falta de organización de los conocimientos; de la necesidad de una definición del dominio y de los límites de la disciplina como ciencia. Se da cuenta de la ausencia de conceptos propios que impiden identificar los problemas específicos del campo disciplinar y la posibilidad de la organización del conocimiento acumulado a partir de las investigaciones de problemas propios del campo. En la década del '50, comienza a desarrollar la TEDA, cuando los currículos de formación de la carrera todavía

estaban basados en modelos conceptuales de la medicina, la psicología y la sociología (Fawcett, 2001: p. 34).

La enfermería era una práctica social, de reconocido valor: “es uno de los servicios de salud de la civilización occidental” (Orem, 1993: p. 79) que venía acumulando conocimientos, pero cuyos practicantes, por determinantes socioculturales, no habían podido construir un campo disciplinar relativamente autónomo. De hecho, la verdad científica es producto de condiciones sociales de producción, “en un estado determinado de la estructura y el funcionamiento del campo social (...) con sus relaciones de fuerza, sus monopolios, sus luchas y sus estrategias, sus intereses y sus ganancias” (Bourdieu, 2008: pp. 11-12).

Caracterización de la TEDA

Así, la enfermería, parafraseando a Bourdieu (2013: p. 238), se aproxima a la “nobleza de las ciencias”. Con Orem, esta disciplina encuentra la “disposición” para una toma de “posición” que permita a sus referentes ocupar “posiciones” en el campo científico.

Orem propone una “macroteoría” (...); “una exhaustiva y detallada teoría general” (Sánchez Rueda, 1999: p. 69), constituida por tres teorías de menor alcance: la Teoría del Autocuidado (TA), la Teoría del Déficit de Autocuidado (TDA), y la Teoría de los Sistemas de Enfermería (TSE) (Orem, 1993). Las dos primeras son imprescindibles para la última, que las supone. La primera de estas teorías de menor alcance “es básica para la comprensión de las demás” (Orem, 1993: p 75); la segunda constituye “el elemento crítico de la TEDA” (Orem, 1993: p. 78) y, como tal, justifica la necesidad de la enfermería. La tercera es la “unificadora” (Pereda Acosta, 2011: p. 164). “El concepto teórico de sistema de enfermería, carece de

significado en ausencia de los conceptos incluidos en [las categorías analíticas de] déficit de autocuidado y autocuidado” (Orem, 1993: p. 73).

Esta teoría general toma como punto de partida una constatación antropológica: a lo largo de sus vidas, los seres humanos se ven necesitados de un tipo de acción para su supervivencia. En esta proposición aparecen dos conceptos esenciales: *necesidades*, y *acción* (conducta, comportamiento), para satisfacerlas. A partir de estas dos nociones se articulará la teoría en la que se ve la clara influencia de, al menos, dos tradiciones teóricas: la teoría de las necesidades, de Abraham Maslow y la teoría de sistemas, de Ludwig von Bertalanffy (Pereda Acosta, 2011: p. 165).

Las necesidades, miradas en su amplia variedad, reciben la denominación de *demandas de autocuidado*. Estas, como las palabras lo indican, constituyen *carencias*, de una “suma de actividades (...) requeridas por los individuos, en un lugar y en un momento determinados y durante un cierto tiempo” para automantenerse y autorregularse, para seguir viviendo (Orem, 1993: p. 72). La demanda se distingue de la mera *necesidad* (noción psicológica) porque ante la necesidad hay una “acción demandada” (Orem, 1993: p. 72); noción de la enfermería; la demanda, pide, exige, requiere, acciones que las personas deberían llevar a cabo para satisfacer requisitos (Orem, 1993: p. 72).

La *acción demandada* o *comportamiento de respuesta* a estas necesidades, siempre que satisfaga un *requisito universal*, es el *autocuidado*. Se define como “una conducta aprendida que las personas dirigen hacia sí mismas y hacia el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo, en beneficio de la vida, salud y bienestar” (Orem, 1993: p. 71). “El autocuidado [es] (...) el cuidado personal que los seres humanos necesitan diariamente” (Orem, 1993: p. 68).

El autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son 'destrezas' aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece. (Tobón Correa, 2003: p. 3).

Para proveerse de autocuidado, cada persona aprende y desarrolla una *agencia de autocuidado*. Esta es “la compleja capacidad de los adultos y adolescentes en proceso de maduración” [para discernir, decidir y actuar con respecto a] “los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento o desarrollo” (Orem, 1993: p. 72). El ser humano adulto, en circunstancias normales, es visto como un sistema que se autorregula en su entorno, siempre que la agencia esté *desarrollada, operativa y sea adecuada*.

Una persona con déficit de autocuidado puede pasar a depender de la agencia (actuación) de personas de su entorno, que le proveen *cuidados dependientes*, en la medida de sus posibilidades. Estas personas del entorno social desarrollan, por ende, lo que la teoría llama una *agencia de cuidados dependientes*. Esta agencia es entendida como la capacidad de las personas para cuidar de otras, cuando las propias capacidades de autocuidado de éstas últimas han sido rebasadas por las demandas de su autocuidado (Cutcliffe et al., 2011: p. 160).

Pero, a su vez, esta agencia supletoria puede no ser suficiente para superar el déficit de autocuidado. A veces, “el mantenimiento del autocuidado continuo necesita recurrir a

técnicas especiales, y a la aplicación del conocimiento científico para la provisión de los cuidados o su diseño” (Cutcliffe et al., 2011: p. 160). La enfermería encuentra su justificación y su razón de ser en la necesidad de la suplencia del autocuidado, cuando el individuo, sea por su estadio de desarrollo o por otro factor, no puede proveerse a sí mismo de cuidados, o porque los proveídos por su entorno social, bajo la forma de cuidados dependientes, no pueden satisfacer plenamente las demandas. Surge entonces una *agencia de cuidados especializados*, o *agencia de cuidados terapéuticos* (Vega Angarita & González Escobar, 2007: p. 30), esto es, la *agencia de enfermería* (Sánchez Rueda, 1999: p. 310). El déficit de autocuidado, da lugar a la enfermería.

La agencia de enfermería es:

Una compleja propiedad o atributo de las personas educadas y entrenadas como enfermeras que, cuando la ejercitan, las capacita para conocer y ayudar a otros a conocer sus demandas de autocuidado terapéutico, para cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros o ayudarles a cubrirlas por sí mismos, y para ayudar a otros a regular el ejercicio o desarrollo de su agencia de autocuidado o su agencia de cuidado dependiente. (Orem, 1993: p. 72).

El autocuidado, como se ha dicho, es un comportamiento continuo de autorregulación homeostásica, de mantenimiento de la vida y la salud. Pero ese estado de equilibrio, producto de la autorregulación homeostásica, supone, para Orem, la satisfacción de objetivos que son denominados *requisitos de autocuidado*. Estos, por un lado, pueden ser vistos como categorías que agrupan necesidades específicas. Por otro, son los objetivos que cada persona debe satisfacer para cumplir

con su autocuidado. La autora distingue tres categorías de requisitos: los requisitos universales, los requisitos de desarrollo y los requisitos de desviación de la salud (Orem, 1993; Sánchez Rueda, 1999).

Los requisitos universales de autocuidado (RU) son generalizaciones acerca de las necesidades básicas que se constituyen en objetivos que las personas deben satisfacer con el autocuidado (Sánchez Rueda, 1999: p. 310). Orem los clasifica en ocho grupos: el mantenimiento de un aporte suficiente de aire, el mantenimiento de un aporte suficiente de agua, el mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos, el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo, el mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social; el suministro de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excreción; la prevención de peligros para la vida, el bienestar y el funcionamiento dentro de los grupos sociales y, por último, la promoción del funcionamiento y desarrollo dentro los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano (Sánchez Rueda, 1999: p. 310).

190

Además, Orem (1993: p. 384) agrupa los 8 RU, según las entidades concretas con las que tratan y los factores que los afectan, en 5 grandes clases: a) Aquellos que tratan de *entidades que van desde el entorno hacia el interior del individuo* (alimentos, agua y aire); b) Aquel que trata de *entidades que van desde el individuo hacia su entorno*; c) Aquel que supone *la evitación o la eliminación de un factor externo* (de peligro); d) Aquellos que tratan del *establecimiento y el mantenimiento de equilibrio*, y e) Aquel que trata de la *vida de las normas humanas en una [pretendida] normalidad*.

Los requisitos de desarrollo son aquellos objetivos que toda persona debe satisfacer para garantizar el desarrollo vital y el crecimiento normal. Abarcan: a) El soporte y la promoción de los procesos vitales, incluyendo el embarazo, el nacimiento, la

neonatalidad, la lactancia, la infancia, la adolescencia y la edad adulta, y b) La proporción de “cuidados en privación educacional, desadaptación social, pérdida de familia, amigos, posesiones, y seguridad; cambio de ambiente, problemas de estatus, mala salud o condiciones de vida, enfermedad terminal” (Riehl Sisca, citado por Vega Angarita & González Escobar, 2007: p. 32) .

Los requisitos de desviación de la salud son objetivos que deben ser logrados por personas enfermas, lesionadas, con defectos o discapacidades (Vega Angarita & González Escobar, 2007: 28). Agrupan las necesidades de una persona como sigue: Asistencia médica segura cuando esté expuesta a una patología, atención a los resultados del estado patológico, utilización de terapia médica para prevenir o tratar la patología, atención a los efectos molestos de la terapia médica, modificación de la autoimagen para aceptar los cuidados, según sean necesarios, y aprender a vivir con la patología (Riehl Sisca, citado por Vega Angarita & González Escobar, 2007: p. 32).

191

La satisfacción de los requisitos universales de autocuidado y la de los de desarrollo dan como resultado la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Por esta razón, en estudios posteriores, las demandas agrupadas en estas categorías han recibido la denominación de “demandas de autocuidado para la prevención primaria” (Lledy y Pepper, citado por Vega Angarita & González Escobar, 2007, p. 31).

Mientras la TA plantea como fundamento la noción de autocuidado, la TDA se concentra en el déficit del autocuidado. Por su parte, la TSE propone tres sistemas para responder a los déficits. Estos sistemas son: a) Sistema totalmente compensatorio: aquel en el que el profesional asume todos los cuidados del paciente; b) Sistema parcialmente compensatorio: aquel en el que las actividades de autocuidado

se reparten entre el paciente y el profesional, y c) Sistema de apoyo educativo: aquel en el que el paciente ejecuta las actividades de autocuidado, pero bajo la guía y supervisión del profesional de enfermería (Sánchez Rueda, 1999: p. 310).

Los factores básicos condicionantes de las demandas de autocuidado terapéutico

La TEDA, como muchas otras teorías, ha evolucionado a lo largo del tiempo. Desde un aparente individualismo metodológico, asociado con la noción de “acción”, que implica el concepto de demanda, ha ido incorporando determinantes sociales para el autocuidado. Desde una postura más asociada con una visión biomédica de la enfermería, ha ido reconociendo las fuerzas de los campos sociales que condicionan los fenómenos de la salud. Orem da cuenta de la evolución de su pensamiento con el aporte del “Nursing Conference Group”. Así, en el transcurso de los años que se dan entre 1958, cuando enuncia los primeros factores que podrían condicionar las demandas, y la ampliación de la lista de factores que introduce alrededor de 1970, hay cambios sustanciales de factores no reconocidos inicialmente (Orem, 1993: p. 158).

Tabla Nº 1: Evolución de los factores condicionantes de las demandas de autocuidado

Factores condicionantes de las demandas enunciados en 1958	Factores condicionantes de las demandas agregados en 1970
<ol style="list-style-type: none">1. Edad.2. Sexo.3. Estadio de desarrollo.4. Estado de salud.5. Orientación sociocultural.6. Factores del sistema de cuidado de salud; por ejemplo, diagnóstico médico y modalidades de tratamiento.7. Factores del sistema familiar.8. Patrón de vida, incluyendo las actividades en las que [la persona] se ocupa regularmente.	<ol style="list-style-type: none">9. Factores ambientales.10. Disponibilidad y adecuación de recursos.

Fuente: Orem, 1993: p. 158

Una lectura bourdesiana de estos factores muestra cómo las demandas, y por ende la satisfacción de los RU, dependen de los capitales (como se diría en la TC-H): capital social, capital cultural y capital económico. En la evolución del pensamiento de Orem, puede verse el reconocimiento tardío del capital económico.

Legitimación de la enfermería: fragilidad y contingencia del autocuidado

Un análisis de toda la teoría que esta síntesis ha procurado esbozar muestra la absoluta necesidad de la enfermería, con todos sus sistemas, de manera permanente para todo ser humano y para la sociedad. Una lectura detenida de la teoría conduce a la conclusión de que el autocuidado siempre será frágil y contingente y la enfermería deberá ser omnipresente. ¿Por qué?

- Porque el autocuidado es un proceso aprendido (Orem, 1993: p. 71) y, por tanto, sujeto a las determinaciones del propio proceso de aprendizaje, como por ejemplo el contexto sociocultural en donde se realiza.
- Porque el autocuidado es “sensible al conocimiento de las personas” (Orem, 1993: p. 77) y depende de la actualidad y científicidad de los conocimientos disponibles.
- Porque las demandas de autocuidado tienen factores básicos condicionantes (Orem, 1993: p. 158).
- Porque la agencia de autocuidado supone dos dimensiones: una personal (que sí depende del individuo) y otra ambiental, que escapa a su control (Orem, 1993: p. 195).
- Porque la agencia de autocuidado, para ser efectiva, debe reunir las propiedades de desarrollo, operatividad y adecuación (Orem, 1993: p. 188), y estas tres condiciones no siempre pueden cumplirse, por una serie de limitantes (Orem, 1993: pp. 190-193).

- Porque la operatividad y la adecuación de la agencia de autocuidado están determinadas por factores, como los recursos disponibles en un medio, por cada persona. Hay “condiciones y factores en el entorno de un individuo [que] afectan el desarrollo y el ejercicio de la agencia de autocuidado” (Orem, 1993: p. 167).
- Porque el autocuidado se manifiesta con dos orientaciones: externa e interna. En su orientación externa es observable, porque se trata de acciones que se expresan con los elementos del entorno, pero en su orientación interna no lo es, o solo lo es indirectamente porque se lo puede conocer solamente mediante la información subjetiva de las personas, que a la vez pueden conocer o no las razones de sus acciones (Orem, 1993: p. 77).

Estos enunciados hacen ver el autocuidado como un fenómeno dependiente de fuerzas externas e internas, es decir, de la especial estructuración de capitales (cultural y económico) de las personas y de las disposiciones incorporadas como consecuencia de las estructuras externas.

De esta manera, el déficit de autocuidado estará siempre al acecho. Por lo que puede ser “actual” o “potencial”, es decir, puede estar programándose (Orem, 1993: p. 80).

Ideas articuladoras de este estudio

Este trabajo cualitativo propone una mirada de la sociología de la salud, en un ámbito bien delimitado, sobre la base de líneas argumentales, como las que siguen:

- a) La certidumbre de la fragilidad y contingencia del autocuidado, que se deriva de los mismos enunciados de la TEDA.
- b) La distinción de déficit actuales o potenciales que la misma Orem (1993: pp. 80-81), casi como advertencia, reitera en su obra.
- c) La afirmación de Orem de que “una de las funciones de la TEDA es permitir inferencias sobre las articulaciones de la enfermería con (...) los patrones de vida diaria de los individuos y las familias en las comunidades” (Orem, 1993: p. 83).
- d) La concepción de que también el autocuidado es un fenómeno social producto de las relaciones de fuerza, no evidentes, pero incorporadas en los agentes sociales según la estructura y composición de sus capitales (social, cultural y económico).
- e) La percepción de que Orem fue corrigiendo y adecuando su teoría, desde un *individualismo metodológico* hasta un reconocimiento de lo que, más tarde, denominó “factores básicos condicionantes de las demandas”, “factores ambientales” (Orem, 1993: p. 397), “condiciones y factores del entorno” (Orem, 1993: p. 167), que son subsumibles en las fuerzas que operan en el espacio social bourdesiano.
- f) La opción por una mirada más contextuada, más holística y humana que permita una visión menos empobrecida, menos simplista y medicalista, de los procesos de salud y enfermedad, en la enfermería.
- g) La proposición programática de que el *autocuidado*, puede ser estudiado como un componente disposicional incorporado en los agentes por efecto de las

propiedades del espacio social relacional de adscripción de los mismos.

- h) La necesidad de explorar los patrones de vida (Orem, 1993), las prácticas sociales (Bourdieu, 2007), en relación con las demandas de autocuidado, desde la perspectiva de los mismos actores, no en la búsqueda de un conocimiento “fenomenológico” sino en la búsqueda de uno adquirido, sí, desde las representaciones de los participantes, pero sin agotarse en ellas, y “contra la evidencia del sentido común”, como lo estipula aquella “tercera forma de conocimiento” (“praxeológica”)⁴ que propone Bourdieu (2012: p. 185).

El universo de interés

197

En la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Este se forman profesionales de dos carreras: Medicina y Enfermería.

La primera tiene amplia demanda, a pesar de sus 6 años de duración, luego de sortear un curso probatorio previo de ingreso, muy selectivo, de un año de duración, que hasta el período lectivo 2020 suponía el pago de aranceles mensuales. Normalmente menos del 25% de los postulantes pueden ser admitidos, por la limitación de plazas disponibles. A esta carrera acceden hijos de médicos, abogados y profesionales calificados, en su mayoría.

La segunda, de cuatro años de duración, tiene escasa demanda que rara vez llena siquiera las plazas disponibles, lo que prácticamente impide la selección. Esta carrera tiene un

⁴ Que nada tiene que ver con la praxeología de la “Escuela Austriaca”, sino que es opuesta a ella.

curso de admisión corto, de 3 meses, con aranceles más bajos que los de Medicina. Todos los que se postulan, habitualmente, ingresan.

En esta Facultad se observa lo que Bourdieu denomina “la elección de los elegidos” (Bourdieu & Passeron, 2009). Las carreras, con sus peculiaridades, que significan barreras, encauzan a quienes pueden acceder a ellas.

Los estudiantes de la carrera de Enfermería provienen de estratos socioeconómicos más desfavorecidos de la sociedad. Son, en su mayoría, hijos de familias campesinas, de agricultores, asalariados rurales, operarios, empleados. En raros casos, uno de los padres es graduado universitario. No hay hijos de médicos, abogados, comerciantes acaudalados, industriales, ingenieros, académicos de prestigio. Los que se gradúan, en un alto porcentaje, son los primeros graduados universitarios de sus respectivas familias. Hay casos de estudiantes que por no haber podido sortear los costos o las pruebas del curso probatorio de Medicina se conforman con estudiar Enfermería.

198

El universo de interés lo constituyen los estudiantes de la carrera de Enfermería. ¿Cómo son las demandas de autocuidado de los estudiantes de este colectivo humano?

Objetivo general

El objetivo general del trabajo fue analizar las demandas críticas de autocuidado de estudiantes de la carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Este (FACISA-UNE) a partir de la exploración de patrones de la vida cotidiana.

Materiales y métodos

Se condujo un estudio cualitativo, con uno de los tipos de etnografía que Restrepo (2016: p. 31) categoriza como “técnica de investigación”. Se exploraron los patrones de la vida diaria de los participantes para analizar las demandas vinculadas con los requisitos universales. La entrevista se enfocó en la descripción detallada de días típicos en la vida de un estudiante de enfermería, desde la hora de levantarse hasta la hora de retornar a la cama, explorando la rutina cotidiana.

El universo de interés fue el de los estudiantes de la carrera de Enfermería de la FACISA-UNE, con un tamaño de N= 100. Se aplicó un muestreo teórico (Rodríguez Gómez et al., 1996; Taylor & Bogdan, 2013) con el criterio de la mayor variabilidad posible. La muestra estuvo constituida por 28 estudiantes, 22 mujeres y 6 hombres. La edad promedio fue de 22 años; la mínima de 18 y la máxima de 27.

199

Se constituyeron 3 equipos de trabajo con una entrevistadora y una transcriptora de las entrevistas. Se condujeron entrevistas semiestructuradas (sobre la base de una guía), enfocadas en la rutina diaria de los estudiantes, para explorar las demandas asociadas con los requisitos universales de la TEDA. Éstas fueron grabadas con permiso de los respondientes. En cada caso, la entrevista se inició con una breve presentación y explicación sobre el propósito de la misma. Se buscó generar un clima de confianza entre entrevistador y entrevistado. Luego se procedió a la desgrabación y se transcribieron las preguntas y respuestas en archivos de texto. Las entrevistas fueron realizadas entre agosto y octubre del 2019 en salas privadas dispuestas en la misma facultad.

Para la selección de los informantes se procedió al reclutamiento por etapas. Cada equipo se ocupó de 5

entrevistas, en una primera etapa. Una vez cumplida esta fase, se fue ampliando el número de informantes, por cada equipo, hasta cumplir la gama de perspectivas y verificar la saturación de la información (Cf. Taylor & Bogdan, 2013: p. 118).

En cada documento primario se identificaron “citas”, es decir, fragmentos de la comunicación que sugirieran demandas, vinculadas con los RU. Las citas fueron codificadas en sucesivas rondas de análisis.

Se aplicaron dos tipos de códigos: los generados “a priori” fueron los referidos a los requisitos universales de autocuidado. Estas categorías permitieron identificar, en las citas, las demandas y acciones de respuesta vinculadas con los requisitos universales. A partir de estos “fragmentos” de las entrevistas se fueron generando otros códigos para las categorías emergentes. Se elaboró un libro de códigos, de descripción de las categorías “a priori” y las emergentes. La misma noción de “demandas críticas” es una categoría emergente de este estudio.

200

Se registraron, como citas, términos y expresiones asociadas con los requisitos universales. Luego, por inducción, estos términos fueron agrupándose en categorías de mayor abstracción hasta constituir las categorías identificadas como las que este estudio conceptualiza como “demandas críticas” por cada RU, tarea que constituyó uno de los focos de este trabajo.

Como muchos otros trabajos de tipo cualitativo, este estudio aplicó la noción de *saturación* (Vieytes, 2009: p. 73). Con este criterio se decidió el punto a partir del cual nuevas entrevistas ya no aportaban información nueva.

Las *demandas críticas* fueron caracterizadas como aquellas necesidades percibidas y con acciones realizadas (por parte de los sujetos) con la intención de satisfacerlas, pero en las cuales

la agencia (acción de respuesta) aunque esté “desarrollada”, u “operativa”, *no* es la “adecuada”. Por tanto, alude a un objetivo (requisito) no satisfecho. Consecuentemente, una demanda crítica es una demanda latente, porque algún factor, condición o circunstancia “de algún modo limita el modo y el grado en que [un requisito] pudiera satisfacerse” (Orem, 1993: p. 383).

Aunque no usó la noción de “demanda crítica”, Orem (1993) muestra consciencia de esta distinción en el libro que sirve de base a este estudio. Así, al discurrir acerca de los “obstáculos y otros factores que afectan la satisfacción de los requisitos de autocuidado” menciona una “gama de condiciones que podrían afectar (...) los requisitos universales de autocuidado y su *satisfacción real*” (Orem, 1993: p. 383, cursivas agregadas). En otras palabras, la autora reconoce que muchas veces “las demandas llaman a la acción”, pero la agencia no llega a satisfacer *realmente* el requisito, en cuanto objetivo que debe alcanzarse para garantizar el autocuidado.

201

Un ejemplo típico de esta afirmación sería la persona que cada vez que experimente sed tome bebidas carbonatadas. Intenta responder a la demanda, pero no satisface el requisito. Igualmente, una persona puede responder a la demanda de un aporte suficiente de alimento, pero comer en exceso determinados tipos de alimentos, de modo que el desbalance no permite satisfacer correctamente el requisito. En estos casos, en términos de la TEDA, la agencia está *desarrollada*, es *operativa*, pero no es la *adecuada*. Se trataría, entonces de una *demanda crítica*, que ya requeriría un abordaje, desde el sistema de apoyo educativo, cuanto menos, si el análisis se agotara en los límites de la teoría sustantiva.

Asumiendo que en la investigación cualitativa las formas de organización y presentación de las ideas (gráficos, cuadros o diagramas), no constituyen meramente productos de la investigación sino estrategias de indagación (Sandelowski &

Barroso, 2007: p. 235), para analizar probables vinculaciones entre factores limitantes y demandas críticas, se elaboraron diagramas y mapas semánticos.

Las nociones de la TEDA, finalmente, fueron también enmarcadas en el más amplio contexto de las categorías analíticas de la TC-H, para una visión más contextualizada del autocuidado como fenómeno incorporado a partir de estructuras externas.

Se buscó garantizar la calidad del proceso a través de:

- a) La organización de los investigadores en tres subgrupos, con guías de entrevista sobre temas clave (Taylor & Bogdan, 2013: p. 119) para la realización de las entrevistas, codificación y análisis de los datos.
- b) La supervisión de investigadores de mayor experiencia, que revisaron, criticaron, aportaron guía y juicio experto a lo largo del proceso.
- c) Un cotejo intersubjetivo entre los miembros del equipo investigador, por rondas sucesivas. Se mantuvieron reuniones semanales de análisis y discusión de las categorías y las interpretaciones.
- d) Controles cruzados específicos como:
 - Siguiendo a Taylor & Bogdan (2013: p. 127), se confrontaron las narraciones de los participantes con la propia experiencia de los investigadores, que formaban parte del mismo universo.
 - Con los relatos, se construyeron “sujetos tipo”. Se preguntó a los estudiantes del universo de estudio si “esta descripción” correspondía a un

estudiante de enfermería y con qué grado de fidelidad.

- La información compilada y organizada fue puesta a consideración de informantes del mismo universo para verificar su integridad.

En todo el proceso se aplicaron normas éticas universales, como el consentimiento informado, la voluntariedad, la confidencialidad y la posibilidad de abandonar el estudio en cualquier momento.

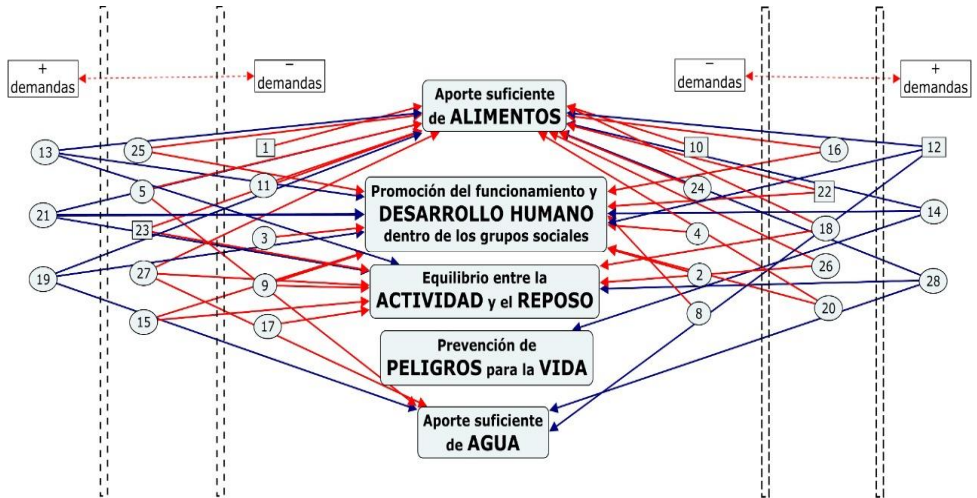
Resultados

Las demandas críticas

Los 5 requisitos universales para los que se ha observado una mayor recurrencia de demandas críticas se ven en el diagrama del **Gráfico N° 1**.

Los hombres han sido representados con rectángulos; las mujeres con círculos. Las flechas especifican hacia qué RU se dieron las demandas críticas. Líneas verticales separan a los sujetos según la frecuencia de demandas críticas. Los sujetos representados como más distantes de los Requisitos Universales presentan mayor cantidad de demandas críticas.

Gráfico N° 1: Requisitos, con la recurrencia de demandas críticas.



Fuente: Elaboración propia sobre la base de lo investigado.

A continuación, las demandas críticas generalizadas se presentan agrupadas según las grandes clases, de acuerdo con las entidades con las que tratan (Orem 1993: p. 384).

Primer grupo: Las demandas críticas referidas a las *entidades que van desde el entorno al individuo* se muestran listadas debajo del correspondiente RU al que afectan.

Demandas críticas asociadas con el “Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos”

- *Insuficiencia de la cantidad de aporte de alimentos:* Las personas manifiestan no comer la cantidad necesaria de comidas al día.

- *Irregularidad de la periodicidad en el aporte de alimentos:* Las personas manifiestan no comer a hora o saltar algunas de las comidas.
- *Desbalance de la variedad de nutrientes necesarios para el organismo:* Las personas refieren bajo consumo de frutas, verduras, fibras, en comparación con otros grupos de nutrientes.
- *Ingesta de alimentos disfuncionales:* Las personas refieren, recurrentemente, alta ingesta de comida chatarra, gaseosas.
- *Ausencia de control de la calidad de los alimentos ingeridos:* Las personas refieren que comen en cantinas, copetines y en puestos callejeros, sin ninguna posibilidad de controlar la calidad de la comida.

Demanda crítica asociada con el “Mantenimiento de un aporte suficiente de agua”

- *Insuficiencia de la ingesta de agua:* Las personas refieren tomar poca agua, porque, por razones socioculturales, hay alta ingesta de mate y tereré.

Segundo grupo: Las demandas críticas referidas a la *vida dentro de las normas humanas en el marco de la normalidad* se muestran listadas debajo del correspondiente RU al que afectan.

Demandas críticas asociadas con la “Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales”

- *Desórdenes vinculados con probables trastornos psicológicos:* Las personas manifiestan de manera recurrente experiencias de “tensión” “estrés” “ansiedad”, “angustia”, “depresión”, “temor”, “apatía”, “desgano” “falta de motivación”, etc.
- *Problemas de ajustes o integración en los grupos sociales:* Las personas manifiestan una voluntad de evitación y de aislamiento de los grupos sociales (familia, amigos, etc.).
- *Ideación suicida:* Las personas manifiestan intentos anteriores de suicidio o pensamientos recurrentes acerca del mismo.

206

Tercer grupo: Las demandas críticas referidas a la *evitación o eliminación de un factor ambiental* se muestran, listadas debajo del correspondiente RU al que afectan.

Demandas críticas asociadas con la “Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar”

- *Peligros relacionados con el tránsito:* Las personas manifiestan exposición al peligro y la imposibilidad de evitarlos, porque el medio de transporte es la motocicleta (un medio asociado a altos índices de accidente en el país), o el transporte público, con altos índices de inseguridad.

- *Consumo de sustancias potencialmente nocivas:* Las personas refieren consumo de alcohol, consumo de estimulantes y automedicación.

Cuarto grupo: Las demandas críticas referidas al *establecimiento y el mantenimiento de equilibrio* se muestran listadas debajo del correspondiente RU al que afectan.

Demandas críticas asociadas con el “Equilibrio entre la actividad y el reposo”

- *Sobrecarga de actividades laborales y académicas:* Las personas refieren que trabajan y estudian al mismo tiempo. Refieren que la carga laboral más el tiempo de desarrollo de las experiencias de aprendizaje de la carrera dejan poco tiempo para un descanso reparador.
- *Trastornos del sueño:* Las personas manifiestan insomnio, o somnolencia en determinadas horas.

Relaciones entre factores condicionantes y demandas críticas de autocuidado

Como es lógico, los desequilibrios en un requisito pueden afectar otros. La TEDA reconoce la vinculación sistémica entre requisitos. Así mismo, como se ha mencionado, *la disponibilidad y la adecuación de los recursos* es un factor básico condicionante de las *demandas* (Orem, 1993: p. 158). De igual manera, los *recursos disponibles* son condicionantes de la agencia de autocuidado (Orem, 1993: p. 79). La “falta de recursos disponibles [es un factor limitante] de los cursos de acción para el logro de resultados” [de autocuidado] (Orem,

1993: p. 192). La especial estructuración de los campos sociales de proveniencia de los jóvenes estructura la agencia de autocuidado de los mismos.

El análisis de las relaciones del factor denominado “recursos disponibles” en la TEDA, con las demandas críticas se observan en la “voz” de los participantes.

Indisponibilidad e inadecuación de recursos (estructura del capital económico)

“Algunas veces ya no puedo” [muchas veces ya no le alcanza el dinero; a veces, la mamá no le da suficiente dinero].

“Yo ahora no tengo nada, cero, cero, cero” [se refiere a la carencia de dinero].

“Y a veces papá y eso no tienen, y no quiero pedirles” [se refiere al dinero].

“Si no hago nada, no cobro nada” [se refiere a su trabajo de vendedor y a las limitaciones que esto provoca en su vida y sus estudios].

“Se me están presentando unas dificultades” [porque no puede conseguir dinero].

“Y no tengo [otro] trabajo por eso nomás aguanto, porque estar sin dinero también no da gusto” [por eso no deja un trabajo que lo agota].

La carencia de recursos limita la capacidad de un aporte suficiente de alimentos

“Realmente no como ensaladas, sólo empanada” [porque carece de suficientes recursos].

“Muchas veces no como nada luego” [porque no hay suficientes recursos].

“Empanada, siempre empanada (comida chatarra)” [porque no hay suficientes recursos].

“Realmente la mayoría de las veces no desayuno luego” [por economía y por la falta de tiempo, desatiende su alimentación].

La carencia de recursos obliga a trabajar. Esto limita el tiempo, es decir, el equilibrio entre la actividad y el reposo

“Los sábados, trabajo, no tengo tiempo; y los sábados yo hacía muchas cosas y ahora ya no”.

[Trabaja] “...al cuidado de una anciana, en un ambiente muy hostil” [y estudia al mismo tiempo].

“Tengo dolor de cabeza, me duele el cuerpo, me duele la espalda, me duele todo en realidad” [se refiere al estrés del trabajo].

El desequilibrio entre la actividad y el reposo condiciona la capacidad de un aporte suficiente de alimentos

“No me dio más tiempo de desayunar en casa”.

“Cuando no tengo tiempo, cualquier cosa nomás ya como”.

“Algunas veces ya estoy apurado y todavía no está la comida, y entonces cualquier cosa nomás ya como”.

“No tengo mucho tiempo como para almorzar bien”.

“Ya no tengo tiempo” [por eso no almuerza, a veces].

“Porque hay veces que no tengo luego tiempo, parece” [por eso no se alimenta suficientemente].

“Muchas veces, vengo sin desayunar y sin comer nada de nada [y así] me voy otra vez a mi casa” [luego de las clases].

“Realmente, la mayoría de las veces no desayuno luego”.

“Cuando llegamos ya tarde, no meriendo más”.

La carencia de recursos impide la evitación o eliminación de factores ambientales que condicionan el autocuidado

“Primero, en moto” [sale de su casa en moto, hasta la parada de bus].

“Porque vivo lejos” [Se traslada en moto, porque vive lejos].

“Y vuelvo otra vez en moto”.

“Me caí de la moto con mi mamá”.

“En mi moto, vengo todos los días”.

“Y en ese, igual si llueve, sin problema, vengo” [se refiere a venir en moto].

“En moto, venimos” [con su papá].

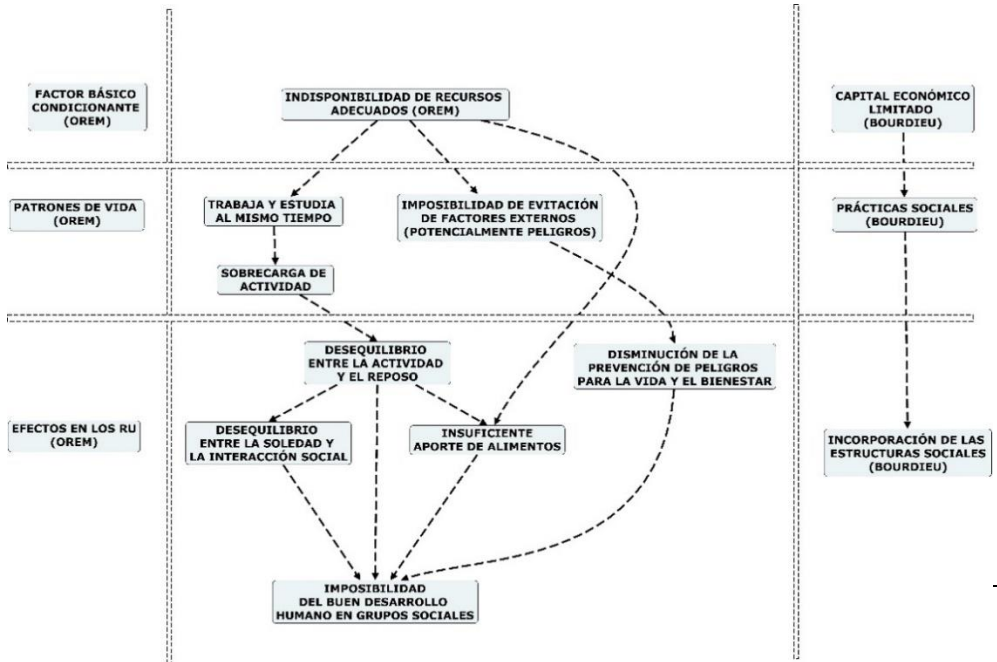
“Me traumé, y ahora tengo miedo” [después de un accidente con la moto].

211

Relación entre factores condicionantes, demandas críticas y desequilibrios en los RU

La carencia de recursos disponibles y adecuados (capital económico) produce efectos en cadena que impiden la satisfacción de los RU. Los relatos de la rutina cotidiana refieren demandas críticas en la totalidad de los participantes; permiten inferir desequilibrios en más de uno de los requisitos universales y conjeturar déficits de autocuidado, potenciales o actuales.

Gráfico N° 2: Diagrama de relaciones de causa efecto.



Fuente: Elaboración propia sobre la base de lo investigado

Discusión

El análisis de los patrones de la vida cotidiana de los estudiantes con las categorías analíticas de la TEDA, y las de la TC-H desborda el paradigma biomédico de la enfermería tradicional. Por eso, pretender entender (y quizá atender) esta problemática desde el mero sistema de apoyo educativo sería reduccionista y descargaría todo el peso de la responsabilidad solamente en los estudiantes como si estos existieran *ex nihilo* en un espacio vacío de fuerzas sociales. Los datos producidos muestran la necesidad de una perspectiva más amplia.

Los estudiantes de la carrera de Enfermería provienen predominantemente de estratos socioeconómicos menos favorecidos. Sus posibilidades de autocuidado reflejan los espacios sociales de adscripción, modelan las prácticas de su vida cotidiana y se hacen cuerpo: se “incorporan”.

Los relatos de los patrones de la vida cotidiana muestran cómo el capital económico no solo estructura las posibilidades de adquisición de un capital cultural institucionalizado (¡cómo cuesta ser estudiante!), sino también cómo se “incorpora” en los sujetos, al condicionar las disposiciones de su agencia y, consecuentemente, la satisfacción de los requisitos universales de autocuidado. El capital económico se hace cuerpo, y “el cuerpo *habitual* configura una libertad condicionada” (Merleau-Ponty, citado por Dukuen, 2019: p. 5).

No obstante, el abordaje cualitativo, nunca es axiológicamente neutral. Los investigadores no solo miran los fenómenos, sino que se involucran con ellos, a la luz de sus valores. Por eso, estudios como el presente son entendidos como instancias de producción de saberes para la transformación del mundo en bien de las personas. Son develamientos de la realidad que llaman a la acción, en concordancia con los imperativos éticos que imponen el principio de beneficencia como condición de la investigación científica.

En tal sentido, y convocando a la Academia al cumplimiento de sus roles, este trabajo aporta una línea de base de los programas de acción de la Unidad de Bienestar Estudiantil de la facultad en que se realizó el estudio y probablemente para otras instituciones de educación superior. Las autoridades deben hacer un esfuerzo en la generación de políticas públicas de discriminación positiva que mitiguen los efectos de los factores condicionantes. Por ejemplo:

- Programas de comedor universitario, con comida de calidad para los estudiantes.
- Programas de promoción y monitoreo de la salud mental de los estudiantes.
- Programas de residencia de estudiantes sin costo o a muy bajo costo.
- Programas de fortalecimiento de becas razonablemente dotadas para estudiantes.
- Proyectos de profunda reorganización del tiempo académico en atención a la salud de los estudiantes, considerando su realidad social.

La Academia sería muy pobre si la investigación solo tratara de describir y explicar el mundo. Su desafío es transformarlo.

Referencias

214

- Amaro Cano, M. C. 2004. "Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería", Revista Cubana de Enfermería, Vol. 20, No. 3, pp. 1–7.
<http://files.sld.cu/reuma/files/2012/04/artritis-reumatoide-pdf.pdf>
- Bourdieu, P. 1996. Cosas dichas, Gedisa.
- _____. 2007. El sentido práctico, Siglo XXI.
- _____. 2008. Los usos sociales de la ciencia, Nueva visión.
- _____. 2011. Cuestiones de Sociología, Akal.
- _____. 2012. Bosquejo de una teoría de la práctica, Prometeo.
- _____. 2013. Nobleza de estado, Siglo veintiuno.
- Bourdieu, Pierre y Passeron, Jean-Claude. 2009. Los herederos: los estudiantes y la cultura, Siglo XXI.
- Cerón-Martínez, A. U. 2020. "La construcción del objeto de estudio: lecciones epistemológicas a partir de la obra de Pierre Bourdieu", Cinta de Moebio, No. 67, pp. 75–84.

<https://doi.org/10.4067/s0717-554x2020000100075>

- Cutcliffe, J.; McKenna, H.; y Hyrkas, K. 2011. Modelos de enfermería: Aplicación a la práctica, El Manual Moderno.
- Dukuen, J. 2019. "El sentido inverso: sobre algunas lecturas fenomenológicas de la praxeología de Pierre Bourdieu", en 1º Congreso Internacional de Ciencias Humanas - Humanidades entre pasado y futuro. Escuela de Humanidades, Universidad Nacional de San Martín, Gral. San Martín.
<https://www.aacademica.org/1.congreso.internacional.de.ciencias.humanas/1186.pdf>
- Fawcett, J. 2001. "The Nurse Theorists: 21st-Century Updates—Dorothea E. Orem", en *Nursing Science Quarterly*, Vol. 14 No. 1, pp. 34–38.
<https://doi.org/10.1177/08943180122108021>
- Isnardi, T. 2003. Galileo: diálogos acerca de dos nuevas ciencias, Losada.
- Koyré, A. 2009. Estudios galileanos, Siglo XXI.
- Orem, D. 1993. Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica, Ediciones Científicas y Técnicas.
- Pacheco Arce, A.L. 2012. "Modelos de cuidados en Enfermería" en Téllez Ortiz, Sara Esther y García Flores, Mardtha (Eds.) Modelos de cuidados en Enfermería NANDA, NIC y NOC, Mc-Graw Hill, pp.1-11
- Pereda Acosta, M. 2011. "Explorando la teoría general de enfermería de Orem", *Enf Neurol (Mex)*, Vol. 10 No. 3, pp. 163–167.
- Pérez Tamayo, R. 2012. La revolución científica, Fondo de Cultura Económica.
- Restrepo, E. 2016. Etnografía: alcances técnicas y éticas, Envisión
- Rodríguez Gómez, G.; Gil Flores, J.; y García Giménez, E. 1996. Metodología de la investigación cualitativa, Aljibe.
- Rubio Domínguez, S. 2012. "La práctica profesional en México", en Téllez Ortiz, Sara Esther y García Flores, Martha (Eds.) Modelos de cuidados en Enfermería NANDA, NIC y NOC, Mc-Graw Hill, pp.13-28
- Sánchez Rueda, G. 1999. "Dorothea E. Orem: aproximación a su teoría", *Rev ROL Enf*, Vol. 22, Nº 4, pp. 309–311,

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10514758>

- Sandelowski, M.; y Barroso, J. 2007. Handbook for Synthesizing Qualitative Research, Springer.
- Sautu, R.; Boniolo, P.; Dalle, P.; y Elbert, R. 2010. Manual de metodología: construcción del marco teórico, formulación de objetivos y elección de la metodología, Prometeo libros.
- Taylor, S.; y Bogdan, R. 2013. Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados, Paidós.
- Tobón Correa, O. 2003. "El autocuidado: una habilidad para vivir", Hacia promoc. salud, pp. 37–49.
- Vega Angarita, O.; y González Escobar, D.S. 2007. "Teoría del déficit de autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales", Revista Ciencia y Cuidado, Vol. 4, No. 4, pp. 28–35, <https://doi.org/10.22463/17949831.919>
- Vieytes, R. 2009. "Campos de aplicación y decisiones de diseño en la investigación cualitativa", en A. Merlino (Ed.) Investigación cualitativa en ciencias sociales: temas, problemas, y aplicaciones, pp. 42–84, Cengage Learning.