

CURRÍCULO OCULTO EN CIRUGÍA. QUÉ MÁS APRENDEN CUANDO ENSEÑAMOS

Manuel R. Montesinos* MAAC FACS

DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA. HOSPITAL DE CLÍNICAS "JOSÉ DE SAN MARTÍN"
UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

RESUMEN

Antecedentes: Se llama currículo oculto a todos los conocimientos no formalmente explicitados que se aprenden durante cualquier experiencia educativa.

Objetivo: Determinar la existencia y características de algunos conocimientos no explicitados durante la enseñanza de la materia Cirugía en la Carrera de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

Lugar de aplicación: Hospital universitario.

Diseño: Prospectivo observacional.

Población: 26 estudiantes, 16 mujeres y 10 varones, de la materia Cirugía de alguna de las rotaciones de 2010.

Método: Entrevistas individuales, voluntarias y anónimas.

Resultados: Los estudiantes refirieron haber tenido pocas oportunidades para estar en contacto con pacientes; aunque la relación entre médicos y pacientes fue considerada buena, ellos sintieron que a menudo las consultas fueron rápidas y poco informativas; el largo período en la sala de espera podría considerarse una forma de maltrato; la relación de los docentes hacia los alumnos fue aceptable, pero la impuntualidad de los primeros reveló una falta de consideración hacia sus horarios. La práctica con pacientes no estuvo organizada ni evaluada. Finalmente, refirieron haber aprendido algunas actitudes valiosas pero señalaron comportamientos desfavorables hacia pacientes y alumnos.

Conclusiones: El currículo oculto incluye varios comportamientos durante el proceso de educación médica que deben ser tenidos en cuenta ya que pueden influir en el resultado final.

Palabras clave: currículo - educación médica

ABSTRACT

Background: It is called hidden curriculum to all the not formally stated knowledge that is learned as a consequence of any teaching experience.

Objective: To determine the existence and characteristics of some of the not formally stated knowledge during the teaching of surgery at the Medicine career of the University of Buenos Aires.

Setting: University hospital.

Design: Prospective observational.

Population: 26 students, 16 female and 10 male, of the subject Surgery of the courses of 2010.

Method: Individual, voluntary, anonymous interviews.

Results: The students referred that they had very few opportunities to be in contact with patients; even though the relationship between physicians and patients was considered good, students felt that very often the appointments were quick and not informative enough; the long period in the waiting room could be considered as a way of mistreatment; the relationship of the teachers towards the students was considered acceptable, but unpunctuality of the formers was perceived as a lack of consideration for the schedule of the latter. The practice with patients was neither organized nor evaluated. Finally, they referred that they had learned some valuable attitudes but also pointed out unfavourable behaviours towards patients and themselves.

Conclusions: The hidden curriculum includes several behaviours that occur along the learning process of medical education and must be taken into consideration by the educator as they may influence the final outcome.

Key words: curricula - medical education
Rev. Argent. Cirug., 2012; 103 (1-2-3): 9-15

INTRODUCCIÓN

La palabra currículum o curriculum tiene más de un significado. Según su etimología, se entiende por curriculum una "carrera" o "curso", pero existe sobre su definición una gran diversidad de opiniones, lo que revela que ninguna puede comprenderlo adecuadamente, o que la definición va a depender del punto de vista ideológico de quien la formula.

Así, Gimeno Sacristán afirma que el concepto currículum puede abarcar "*desde la restrictiva alusión a un programa estructurado de contenidos disciplinares, hasta la laxa consideración del conjunto de toda experiencia que tienen el niño bajo la tutela de la escuela*"⁶.

Según Zabalza, es posible hablar de un currículum formal (previsiones) y un currículum real (realizaciones)¹⁷.

Desde un punto de vista más amplio, y siguiendo a Argumedo, es posible afirmar que "*el currículum es un texto social, por lo tanto histórico, que propone el modo de organizar un conjunto de prácticas con la finalidad de educar*"¹.

Ralph Tyler propuso un enfoque integral del currículum a través de "*un método racional para encarar, analizar e interpretar el currículum y el sistema de enseñanza de cualquier institución*"¹⁶. Ese método se basa en el estudio de cuatro preguntas básicas: ¿qué fines desea alcanzar la institución?, ¿qué tipos de experiencias pueden ayudar, con mayor probabilidad, a alcanzar esos fines?, ¿cómo organizar, en forma eficaz, esas experiencias?, ¿cómo comprobar que los fines fueron alcanzados?

A partir de este esquema propuso un sistema de planeamiento integrado para el diseño del currículum a través de los siguientes pasos:

1. Estudio de las fuentes que orientan la acción pedagógica: el sujeto de la educación, la vida exterior a la escuela y el contenido de las asignaturas.
2. Selección de objetivos.
3. Selección de experiencias.
4. Organización de experiencias.
5. Evaluación.

Esto constituyó un método para concretar el contenido del currículum a partir de una serie de pasos fijos.

Philip Jackson, en su libro *La vida en las aulas*, definió como currículum oculto al conjunto de influencias formativas que una institución educativa ejerce sistemáticamente sobre los alumnos, pero que no están explicitadas ni formalmente reconocidas⁹). A diferencia de lo que ocurre con el currículum formal o explícito, el

aprendizaje que surge del currículum oculto se lleva a cabo en forma involuntaria, sin que se haga claro ni la intención ni el mecanismo o el procedimiento cognitivo de apropiación de significados⁸.

Durante mucho tiempo el programa de la materia Cirugía de la carrera de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (U.B.A.) consistió en una lista de contenidos educativos teóricos, por lo que los aprendizajes prácticos de actitudes y conductas, al no estar formulados explícitamente, integraban parte del currículum oculto.

Recién este año el programa de la materia incluye explícitamente la enseñanza de competencias (conocimientos aplicados, habilidades clínicas, destrezas manuales, habilidades de la comunicación y profesionalismo), estrategias (educación en servicio, sistema tutorial, seminarios de integración, clases dialogadas participativas y dramatización), actividades y, evaluación formativa y sumativa.

Sin embargo, su escasa difusión y las dificultades en implementar cambios hacen que aún no se hayan realizado modificaciones en la práctica educativa.

El objetivo del presente informe es describir algunas de las influencias no formalmente explicitadas (currículum oculto) durante un curso de la materia Cirugía en la carrera de Medicina de la U.B.A., en un Hospital Universitario, y establecer las características de dichas influencias, ya sean favorables como desfavorables.

MATERIAL Y MÉTODOS

A fin de llevar a cabo un trabajo de campo exploratorio sobre el tema, se empleó una indagación cualitativa. De los métodos cualitativos, el que más se presta para la situación planteada es el de la teoría fundamentada. Luego de la recolección e interpretación de los datos se podría elaborar una explicación fundada en ellos.

Los participantes fueron estudiantes que terminaron de cursar la asignatura, a fin de asegurar que hayan tenido la experiencia completa de la cursada.

Se utilizó como estrategia de recolección de datos una entrevista interactiva semiestructurada. Esto permitió conocer la opinión libre sobre diferentes tópicos, ya que la materia incluye varias rotaciones y equipos docentes, y tomando en cuenta que ya se tenía información sobre cuáles son los puntos más conflictivos.

Las entrevistas fueron voluntarias y anónimas, a fin de asegurar que tuvieran más libertad de expresar sus opiniones. Se prosiguió hasta haber alcanzado la saturación de datos¹⁰.

Fueron realizadas entrevistas con 26 alumnos que habían cursado la materia Cirugía en alguno de los dos últimos turnos de 2010.

Las preguntas incluidas en la entrevista estuvieron dirigidas a explorar el aprendizaje de actitudes médicas, hasta entonces no explicadas en el programa de la materia, y fueron organizadas en el siguiente cuestionario:

1. Datos demográficos: edad, sexo, trabajo, experiencia en guardias, año de la carrera, primera cursada o recursante.
2. ¿Qué actitudes sobre la relación médico-paciente incorporó en la cursada?
3. ¿Cómo valora el trato de los docentes-médicos hacia los pacientes?
4. ¿Cómo valora el trato de los docentes-médicos hacia los estudiantes?
5. ¿Conocía los objetivos de aprendizaje, y los contenidos para ver en consultorios externos?
6. ¿Cuáles fueron los principales obstáculos en el aprendizaje de competencias prácticas en consultorios externos?
7. ¿Cómo se sintió durante el desarrollo de los trabajos prácticos en consultorios externos?
8. ¿Sintió que ha sido correctamente evaluado su aprendizaje en consultorios externos?
9. ¿Siente que las actitudes incorporadas permitirán mejorar su formación médica?

RESULTADOS

Se trató de 16 mujeres y 10 varones, entre 25 y 29 años; ninguno trabajaba ni tenía experiencia en guardias en forma regular; todos se encontraban cursando el sexto año de la carrera y era su primera cursada.

A la pregunta ¿qué actitudes sobre la relación médico-paciente incorporó en la cursada?, contestaron: fueron pocas las oportunidades en que pudieron presenciar actividades con pacientes. Las veces en que esto ocurrió, observaron al paciente como un objeto de estudio o de ejemplo de patología, y alguna vez percibieron una interacción satisfactoria entre el médico y el enfermo. Destacaron la explicación y fundamento de las operaciones propuestas, aunque en algunos casos las entrevistas fueron rápidas y no dieron espacio a explicaciones suficientes.

A la pregunta ¿cómo valoró el trato de los

docentes-médicos hacia los pacientes?, afirmaron que el trato hacia los pacientes fue en general correcto, aunque algunos alumnos señalaron que los prolongados tiempos de espera configuran una forma de maltrato. También que en algunos casos la falta de explicaciones a los enfermos sobre sus enfermedades y la importancia de los estudios solicitados fue una manera de subestimar su capacidad de comprender.

A la pregunta ¿cómo considera que fue el trato de los docentes-médicos hacia los estudiantes?, contestaron: fue aceptable, con grados variables de interés en la actividad de los estudiantes, algunos más predispuestos a mostrar características de los pacientes (signos, hallazgos semiológicos) y prácticas, y otros más indiferentes y distantes. Señalaron un trato respetuoso, pero percibieron también poco entusiasmo en varios docentes, presumiblemente porque las explicaciones y respuestas a las preguntas de los alumnos demoraban el tiempo de las consultas. Algunos tuvieron la impresión que la actividad docente no era prioritaria ni importante, sino sólo un agregado que debía ser tolerado. Remarcaron como desfavorable el incumplimiento de los horarios por parte de los docentes-médicos.

A la pregunta ¿conocía los objetivos de aprendizaje y los temas para ver en consultorios externos? contestaron: conocían los objetivos generales de la materia, entendiéndolo por tales los contenidos teóricos del programa, pero no en forma específica los objetivos de la actividad en consultorios externos. Asumían que era parte del aprendizaje de actividades prácticas que debían cumplir también en otras materias del ciclo clínico.

A la pregunta ¿cuáles fueron los principales obstáculos en el aprendizaje de competencias prácticas en consultorios externos? señalaron que los principales obstáculos residieron en que el alto número de alumnos por consultorio interfirió en la intimidad de la relación médico-paciente e impidió que, por ejemplo, todos pudieran revisar a un paciente o efectuar alguna maniobra sencilla. Además fueron obstáculos la falta de cumplimiento de los horarios, la escasez de pacientes, y la superposición con clases teóricas, por lo que debieron ausentarse temprano del consultorio.

A la pregunta ¿cómo se sintió durante el desarrollo de los trabajos prácticos en consultorios externos? contestaron: en general se sin-

tieron cómodos, ya que es la forma habitual de comportamiento en otras materias del ciclo clínico; en oportunidades se sintieron aburridos porque les pareció que el tiempo no fue bien aprovechado por demora de los médicos, por haber pocos enfermos, o por asistir a casos muy complejos para su nivel de comprensión.

Frente a la pregunta ¿sintió que ha sido correctamente evaluado su aprendizaje en consultorios externos? coincidieron todos en que no existió ninguna forma de evaluación de sus actividades en consultorios externos.

A la pregunta ¿siente que las actitudes incorporadas permitirán mejorar su formación médica? contestaron: estuvieron de acuerdo en que algunas actitudes presenciadas fueron valiosas, pero que por su escasez no representan un cambio en su formación. También destacaron que las actitudes de algunos docentes-médicos de poca consideración hacia los pacientes y estudiantes sirvieron para saber lo que no desearían hacer en el curso de su ejercicio profesional.

DISCUSIÓN

En base a lo expuesto es posible enunciar las siguientes conclusiones.

Durante la exposición de los alumnos al proceso de atención médica en la cursada de Cirugía existieron experiencias educativas, no formalmente explicitadas en el plan de estudios, con un importante componente de valores y actitudes.

En razón de que la práctica médica no se da en un entorno ideal, no todas estas experiencias fueron favorables o deseables, pero pertenecen a la actividad profesional real.

Algunas de ellas consistieron en actitudes de dedicación irregular a la asistencia de algunos pacientes en tiempo y calidad, y de poco apego a la docencia.

Las limitaciones del presente estudio consisten en centrarse en una sola materia de la carrera de Medicina, de la Universidad de Buenos Aires. Si bien es una materia con una carga horaria de 10 semanas, corresponde a una extensión muy limitada del Ciclo Clínico. Además, sus conclusiones no se pueden extrapolar con éxito a otras unidades académicas en las que se imparte la asignatura. Por último, por tratarse de un estudio transeccional, propio del limitado período de la observación, puede

variar en otros momentos, según cambien otras influencias circunstanciales.

Sin embargo, algunas observaciones son similares a los problemas ya detectados por los alumnos en el aprendizaje de la asignatura en el mismo hospital en 2000, oportunamente publicados, y persisten según las sucesivas encuestas de evaluación docente que desde entonces se siguen realizando². También coincide parcialmente con los resultados de otra investigación docente realizada en el Hospital Ramos Mejía⁵. Esto lleva a pensar que la situación no se ha modificado hasta la actualidad y que podría ser común a otros centros.

El contenido del currículo oculto, también llamado "no escrito", genera diferentes resultados:

- a) Resultados no previstos, y considerados negativos por los docentes.
- b) Resultados buscados pero no explicitados.
- c) Resultados ambiguos y genéricos.

El aprendizaje de actitudes de la relación médico paciente podría estar incluido en lo definido como resultados buscados pero no explicitados.

El currículo oculto ha sido considerado como un conjunto de expresiones de poder (castigo y recompensa) que ocurren en un proceso educativo, e incluye condicionamientos económicos, políticos, sociales, culturales, ideológicos. Es por ello que se afirma que el currículo oculto surge de la socialización del currículo formal¹³.

El conocimiento del currículo oculto es, por lo tanto, importante para el docente, quien debe conocer todos los aspectos que pueden influir en el proceso de enseñanza / aprendizaje.

El currículo oculto tiene algunas características que lo diferencian del currículo formal o prescripto.

1. Es subrepticio, ya que su influencia no está claramente establecida en un programa. A través de la observación diaria, de la repetición automática de comportamientos, del cumplimiento de las normas, de la utilización de los lenguajes, de la asunción de las costumbres, se acaba asimilando una forma de ser y de estar en la cultura generada por la institución.
2. Es omnipresente, pues actúa en todos los momentos y en todos los lugares.
3. Es omnímodo, ya que reviste múltiples formas de influencia.
4. Es reiterativo.
5. Es invaluable, o sea, que no es posible ponderar los efectos que genera¹⁴.

En especial el aprendizaje de valores, con sus características afectivas y actitudinales, se relaciona con el currículo oculto. La transmisión de valores tiene más que ver con lo que se actúa que con lo que se dice⁴. Y algunos valores y pautas de comportamiento son incorporados a través de esta modalidad.

En el caso de una materia en el ciclo clínico de la carrera de Medicina, que se desarrolla en una institución médica, existen múltiples oportunidades de interacción con la realidad asistencial, que se traducen en aprendizajes. Estos pueden ser más o menos desorganizados, aleatorios, y dependientes en gran medida de la voluntad del alumno por aprender, y del médico por incluir en su actividad actitudes docentes.

La enseñanza de la atención médica es una tarea compleja, ya que debe desarrollarse simultáneamente con una actividad asistencial correcta.

El paciente, debe ser adecuadamente atendido y respetado, el alumno debe incorporar destrezas y actitudes con una supervisión adecuada, y el docente debe poder atender y enseñar sin que medien situaciones de incomodidad ni que se vea retrasado su horario.

Es necesario recordar que un docente ante sus alumnos no sólo imparte clase de su materia, sino también de otros tópicos: sensibilidad, respeto, lenguaje, compostura, atención al desfavorecido. Debe haber una coincidencia entre el rol prescrito y el rol desempeñado⁵.

Podría ocurrir que el docente, por querer resaltar y explicar a los alumnos un aspecto de una determinada patología, en su rol de médico exponga al enfermo a información inapropiada o inquietante (pronósticos, situaciones de riesgo, probabilidad de complicaciones).

Por el contrario, si por estar demasiado concentrado en su rol de médico asistencial actuara sobre el paciente sin brindar explicaciones a los alumnos, incurriría en un defecto docente, ya que ellos no comprenderían adecuadamente su conducta (por qué indicó un antibiótico, o una tomografía, o un procedimiento quirúrgico).

En realidad, no debería existir el conflicto de roles, ya que lo que se debe mostrar a los alumnos es el correcto ejercicio de la medicina. Lleva esto implícito una explicación clara y precisa hacia el enfermo.

Además, es tanto o más importante que el contenido científico para este tipo particular de enseñanza, exhibir actitudes positivas hacia el paciente y su familia, que puedan ser incorpo-

radas por los estudiantes y que no se encuentran en los textos.

Algunos ejemplos podrían ser: saber escuchar, preguntar con tacto pero con la suficiente insistencia como para obtener datos necesarios con precisión, contener la angustia, brindar explicaciones completas, asegurar la comprensión de lo explicado, mostrar actitud de cordialidad y de tolerancia ante preguntas o planteos.

Desde la sociología, distintas teorías son aplicables a este tipo de enseñanza de actitudes.

Por ejemplo, según el interaccionismo simbólico de George Mead, los estudiantes construyen el "sí-mismo" a partir de la interacción del docente y con los pacientes, y esto contribuye a definir el perfil de médico en el cual se convertirán en el futuro¹¹.

Por otra parte, los médicos en ejercicio de la profesión integran, según Robert Merton, el grupo de referencia para sus alumnos. Estos últimos saben que en un plazo no muy largo se graduarán e ingresarán en dicho grupo, que será entonces el grupo de pertenencia¹². Por lo tanto, buscan aprender a comportarse y desempeñarse como médicos. Dependerá de la influencia de los distintos docentes a lo largo de su carrera el grupo de referencia que elijan, o sea qué tipo de médico querrán ser. Esto influirá también sobre qué especialidad elegirán.

También, según Erving Goffman, fundador de la microsociología, en el médico asistencial es fundamental lo que define como "frente", o sea *"aquella parte del desempeño del individuo que funciona regularmente de una manera general y fija con el objeto de definir la situación para los que observan el desempeño. Frente es, entonces, el equipo expresivo estándar empleado por el individuo en forma intencional o no, durante su desempeño"*¹⁷.

El "frente personal" incluye los elementos distintivos de la profesión, y estos deben ser respetados para transmitir adecuadamente los modelos de identificación deseados.

Es importante que el docente-médico sea consciente de la influencia que ejerce sobre los alumnos ya que su conducta contribuye a modelar, consciente o inconscientemente, el comportamiento de los futuros médicos. El docente-médico debe ser muy cuidadoso en su actitud y lenguaje hacia los enfermos, en primer lugar por ser su deber como médico, y en segundo lugar, por ser el modelo que imitarán los estudiantes en el futuro.

La escasa dedicación de algunos médicos-

docentes revela un estado de frustración docente, similar al descrito por Díaz Barriga⁴. Todo médico sabe que en su aprendizaje han participado en distinta manera otros médicos, y por lo tanto es una forma de obligación moral devolver esas enseñanzas transmitiéndolas a los estudiantes.

Sin embargo, existe una combinación de factores que contribuyen a la insatisfacción: a) remuneración baja o inexistente (son frecuentes los cargos docentes "honorarios"), b) el mayor tiempo por consulta que implica la actividad docente simultánea, y c) la convicción de que a los fines de promociones o concursos se valora poco la actividad docente. Si bien es importante una respuesta institucional para la jerarquización y calificación de los docentes en medicina, es también cierto que la motivación intrínseca es individual y no todos la poseen. Sería deseable no exigir tareas docentes a quienes no tengan real voluntad de hacerlas.

Además, en el ambiente de carencias que eventualmente se observan en un hospital de financiamiento estatal, pueden surgir también aprendizajes negativos.

Desvalorización del paciente, por su tiempo (haciéndolo esperar), por su entendimiento (limitando las explicaciones), por su sufrimiento (postergando su atención por motivos burocráticos).

Desvalorización de otros colegas, ya sea por ser de mayor edad, por ser muy jóvenes, por ser de otras especialidades, por género.

Desvalorización del conocimiento científico, al actuar según criterios obsoletos o personales, y no basados en evidencia científica actualizada.

Desvalorización por los propios alumnos, al no respetar los horarios, limitar las explicaciones, etc.

A pesar de las dificultades que propone la investigación de las características del currículo oculto, en razón de lo difuso de sus contenidos, se podrían llevar a cabo futuros estudios de diferentes formas.

a) Sobre los alumnos, se podría incluir la evaluación de alguna actividad práctica, ya sea como condición para aprobar la regularidad, o junto con el examen final, a fin de establecer la incorporación de actitudes.

b) También, podrían hacerse encuestas anónimas antes y después de la cursada para ponderar la influencia de la actividad docente en los alumnos.

c) A fin de obtener más información, se

podrían entrevistar algunos alumnos, seleccionados al azar, para que la muestra sea más representativa.

d) Por último, la presencia disimulada de un observador durante el proceso de enseñanza / aprendizaje, permitiría recuperar información algo más imparcial y objetiva.

Conocido y aceptado el currículo oculto en la educación, se plantea el tema sobre qué conducta asumir, como lo expone Tadeo da Silva¹⁵. Una de las propuestas sería desactivarlo al tomar conciencia de su existencia, evitando su influencia sobre los estudiantes.

Pero otra alternativa sería hacerlo trabajar a favor del proyecto pedagógico. *"Si existe algo tan poderoso en el hecho de enseñar de una forma no declarada, entonces tenemos un instrumento valioso que, en nuestras manos puede ser aprovechado. Es posible alegar que sería éticamente condenable educar en esta forma subrepticia, ya que constituiría una especie de manipulación. Sin embargo, no es necesario que los objetivos a ser alcanzados sean secretos en términos de aprendizaje, sino apenas que seamos capaces de sustituir aquellos que son indeseables por otros deseables"*¹⁵.

Sin duda, ésta sería la opción más enriquecedora. Requiere la toma de conciencia por parte del equipo docente-asistencial, de la importancia de la influencia de sus conductas diarias sobre los estudiantes, ya que se enseña con lo que se actúa cotidianamente.

El cambio de aquellas conductas que inducen aprendizajes no deseados redundará no sólo en mejorar el perfil del futuro egresado, sino también en la calidad del proceso de atención médica, y por lo tanto, en beneficio de los futuros pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Argumedo M.: *De entornos, planes de estudio y currículum*. Pensamiento Universitario, Año 8 N° 6 (1999): 31.
2. Arribalzaga EB, Montesinos MR, Arozamena Martínez CJ, Curutchet HP, Gutiérrez VP. *Realidad de la enseñanza de la cirugía general en un Hospital Universitario*. Rev Argent Cirug 2005; 89 (5-6): 225-235.
3. Deutsch M, Krauss RM. *Teorías en psicología social*. Buenos Aires, Paidós, 1974.
4. Díaz Barriga A.: *La educación en valores: Avatares del currículum formal, oculto y temas transversales*. Revista Electrónica de Investigación

- Educativa, 2006.
5. Fajre ML, Lamy R, Gutiérrez L, Demarchi G. *El docente de cirugía en la Universidad de Buenos Aires. La visión de los alumnos*. Rev Argent Cirug 2005; 89 (5-6): 203-215.
 6. Gimeno Sacristán J.: *El curriculum. Una reflexión sobre la práctica*, Madrid, Morata, 1988.
 7. Goffman E. Estigma. *La identidad deteriorada*. Amorrortu. Buenos Aires, 2003.
 8. Gvirtz S, Palamidessi M.: *El ABC de la tarea docente: curriculum y enseñanza*, Buenos Aires, Aique, 2008.
 9. Jackson P.: *La vida en las aulas*. Madrid, Morata, 1991.
 10. Mayan M. *Una introducción a los métodos cualitativos: módulo entrenamiento para estudiantes y profesionales*, Qual Institute Press, 2001.
Disponible en formato PDF en www.ualberta.ca/~iiqm-/pdfs/introduccion.pdf
 11. Mead GH. *Espíritu, persona y sociedad*. Buenos Aires, Paidós, 1968
 12. Merton RK. *Teoría y estructuras sociales*. México, FCE, 1964.
 13. Perrenoud P.: "Cap. 8: *El curriculum real y el trabajo escolar*", en: *La construcción del éxito y el fracaso escolar*. Madrid, Morata, 1990.
 14. Santos Guerra MA: *Aprendizaje y nuevas perspectivas didácticas en el aula*. Rosario. Homo sapiens, 2006.
 15. Tadeo da Silva T.: *Escuela, conocimiento y curriculum*. Buenos Aires, Miño y Dávila, 1995.
 16. Tyler R.: *Principios básicos del currículo*. Buenos Aires, Troquel, 1973, pág. 7.
 17. Zabalza M: *Diseño y desarrollo curricular*. Madrid, Narcea, 1987.