

Universidad Miguel Hernández de Elche

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD



Autoeficacia percibida y perfil del alumno de Podología que realiza
la actividad formativa voluntaria “Camino de Santiago” de la
Universidad Miguel Hernández

TESIS DOCTORAL

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

PRESENTADA POR

Javier Marco Lledó

DIRIGIDA POR

Salvador P. Sánchez Pérez

Sant Joan d'Alacant, 2017



D. Juan Carlos Marzo Campos, director del Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández de Elche.

INFORMA

Que la Tesis Doctoral titulada “AUTOEFICACIA PERCIBIDA Y PERFIL DEL ALUMNO DE PODOLOGÍA QUE REALIZA LA ACTIVIDAD FORMATIVA VOLUNTARIA ‘CAMINO DE SANTIAGO’ DE LA UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ” ha sido realizada por D. JAVIER MARCO LLEDÓ, bajo la dirección y supervisión de D. SALVADOR PEDRO SÁNCHEZ PÉREZ, profesor del Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández de Elche, y que el Departamento ha dado su conformidad para que sea presentada ante la Comisión de Doctorado.

Para que así conste a los efectos oportunos, emite este informe en

Elche, a 21 de julio de 2017

Fdo. Dr. Juan Carlos Marzo Campos

Director del Departamento de Psicología de la Salud



D. Salvador P. Sánchez Pérez, profesor del Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández de Elche.

INFORMA

Que la presente memoria, titulada “Autoeficacia percibida y perfil del alumno de Podología que realiza la actividad formativa voluntaria ‘Camino de Santiago’ de la Universidad Miguel Hernández”, ha sido realizada bajo mi dirección, en el Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández de Elche, por D. JAVIER MARCO LLEDÓ. Constituye su tesis para optar al grado de Doctor y cumple los requisitos para su defensa.

Para que conste, en cumplimiento de la legislación vigente, autoriza la presentación de la referida tesis doctoral ante la Comisión de Doctorado de la Universidad Miguel Hernández de Elche.

San Juan de Alicante, 21 de julio de 2017

SALVADOR P. SÁNCHEZ



A mis padres, Manuel y María †

A mi esposa Rosa y a mis hijos Claudia, Carlos y Berta

Agradecimientos

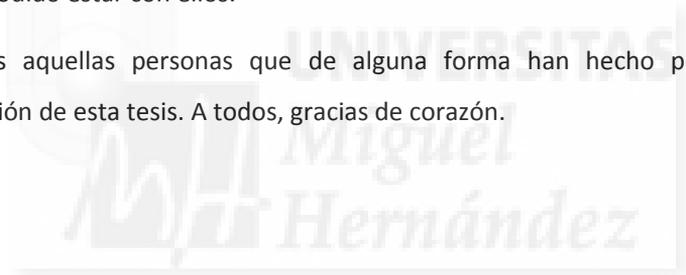
A mi director de tesis, el doctor Salvador Sánchez por su amistad y por la paciencia mostrada.

A Jonatan, por la ayuda inestimable no solo material sino anímica y evitar el abandono en los momentos más difíciles y por las horas y el ánimo infundido para llevar a término este trabajo.

A José Vicente Segura, ya que sin su colaboración este trabajo no hubiera visto la luz con una $p < .000$.

A mi familia en general, y a Rosa mi esposa, por el aguante mostrado para que la tesis llegara a su fin, y a mis hijos Claudia, Carlos y Berta por el tiempo que no he podido estar con ellos.

A todas aquellas personas que de alguna forma han hecho posible la realización de esta tesis. A todos, gracias de corazón.



ÍNDICE

1. Autoeficacia	24
1.1. Fuentes de la autoeficacia.....	24
1.2. Autoeficacia y rendimiento académico.....	27
1.3 Medida de la Autoeficacia.....	30
2. Competencias.....	31
2.1. Concepto de Competencia	31
2.2. Competencias y diseño curricular	32
2.3. Tipos de competencias.....	33
2.4. Evaluación de las competencias.....	34
3. Actividades extracurriculares.....	37
5. El Camino de Santiago.....	46
5.1. Breve reseña histórica.....	46
5.2. Camino de Santiago y salud	49
5.3. Problemas del pie en el Peregrino	52
5.4. Actividad formativa “El Camino de Santiago” en la provincia de León.....	53
6. El Camino de Santiago como actividad en el grado de podología	55
6.1. Creación de la actividad	55
6 .2. Objetivos de la actividad	56
6.3. Competencias a trabajar en la actividad del Camino de Santiago	56
6.4. Número, selección y distribución de los alumnos participantes en la Actividad.....	57
6.5. Contexto geográfico donde se desarrolla la actividad:.....	58
6.6. Poblaciones donde se desarrolla la actividad práctica	59
6.7. Convenios de colaboración suscritos por la UMH.....	60
6.8. Cronología de la actividad	61

6.9. Recursos Económicos, Materiales y Humanos en el Camino de Santiago ...	62
7. Otras Actividades Extracurriculares de la UMH	62
II JUSTIFICACIÓN	67
III HIPÓTESIS.....	71
IV OBJETIVOS.....	75
V MATERIAL Y MÉTODO	79
1. Diseño del estudio.....	79
2. Población de estudio.....	79
3. Criterios de inclusión y exclusión	80
3.1. Criterios de inclusión:.....	80
3.2. Criterios de exclusión:	80
4. Descripción de las Variables del Estudio.....	81
5. Técnica de muestreo	82
6. Tamaño y descripción de la muestra	83
7. Creación del instrumento de medida	84
7.1. Etapa 1: Creación de las preguntas del Cuestionario.....	84
7.2. Etapa 2: Validación de Contenido	85
7.2.1. Juicio de Expertos.....	85
7.2.2. Selección de los Expertos	85
7.2.3. Valoración de Contenido por los Expertos.....	86
7.3. Etapa 3: Diseño del Cuestionario Final.....	89
8. Propiedades métricas del cuestionario.....	90
9. Procedimiento.....	92
VI RESULTADOS.....	97
1. Análisis estadístico	97
VII DISCUSIÓN	117

VIII CONCLUSIONES.....	131
XI BIBLIOGRAFÍA.....	137
X ANEXOS	151
ANEXO 1	153
ANEXO 2	162
ANEXO 3	166
ANEXO 4	168



Índice de Tablas

Tabla 1. Distribución de la carga lectiva global por año académico en la Diplomatura de Podología

Tabla 2. Materias y créditos asignados en el grado de Podología

Tabla 3. Actividades de la Titulación del Grado en Podología. Primer Curso

Tabla 4. Actividades de la Titulación del Grado en Podología. Segundo Curso.

Tabla 5. Actividades de la Titulación del Grado en Podología. Tercer Segundo.

Tabla 6. Actividades de la Titulación del Grado en Podología. Cuarto Curso.

Tabla 7. Distribución de los alumnos en los diferentes albergues.

Tabla 8. Variables del estudio. Nombre y valores posibles que puede tomar.

Tabla 9. Características de los expertos consultados.

Tabla 10. Valoración de los ítems por parte de los expertos.

Tabla 11. Varianza total explicada.

Tabla 12. Matriz de factores rotados.

Tabla 13. Fiabilidad de los Factores (alfa de Cronbach).

Tabla 14. Tipología de los Grupos Encuestados.

Tabla 15. Descripción Estadística de la Muestra.

Tabla 16. Otros estudios de carácter sanitario.

Tabla 17. Otras actividades realizadas por los alumnos de 3º y 4º curso.

Tabla 18. Valoración de la actividad 'Camino de Santiago'.

Tabla 19. Valores medios de la Autoeficacia total por grupos.

Tabla 20. Puntuación media de cada uno de los ítems de autoeficacia analizados por grupos.

Tabla 21. Alumnos de 4º curso vs Género.

- Tabla 22. Alumnos de '3º curso' y '4º camino no' vs Género.
- Tabla 23. Camino de Santiago vs Senda del Poeta.
- Tabla 24. Camino Santiago vs Carrera Solidaria.
- Tabla 25. Camino de Santiago vs Expediente.
- Tabla 26. Camino de Santiago vs Edad.
- Tabla 27. Diferencias entre los ítems de autoeficacia entre grupos de 4º curso.
- Tabla 27. Diferencias entre los ítems de autoeficacia entre grupos de 4º curso.
- Tabla 28. Diferencias significativas de los ítems entre los alumnos de 4º curso que han realizado el Camino y no lo han realizado
- Tabla 29. Diferencias no significativas de los ítems entre los alumnos de '4º camino sí' y '4º camino no'.
- Tabla 30. Diferencias entre los ítems de autoeficacia entre los grupos '4º camino no' y 3º curso
- Tabla 31. Diferencias significativas de los ítems entre los alumnos de '4º camino no' y los alumnos de 3º curso.
- Tabla 32. Diferencias no significativas de los ítems entre los alumnos de 4º curso que no han realizado el Camino de Santiago y los alumnos de 3º curso.
- Tabla 33. Autoeficacia total entre todos los grupos de estudio.

Índice de Figuras

Figura 1. Puntuaciones medias de los Ítems por grupos encuestados

Figura 2. Diferencias de autoeficacia entre los diferentes grupos.

Figura 3. Distribución de los diferentes grupos según el factor relación clínico y el factor tratamiento podológico



Abreviaturas

CdS: Camino de Santiago

CS: Carrera Solidaria

SdP: Senda del Poeta

UMH: Universidad Miguel Hernández





Introducción

I. INTRODUCCIÓN

La única valoración efectiva del grado de habilidades, conocimientos y competencias que un estudiante de ciencias de la salud ha adquirido es la que realiza a través de sus actuaciones en el campo profesional. Mientras tanto y durante los estudios, se les intenta acercar de forma dirigida tanto en su formación como en la evaluación de esa formación hacia sus competencias profesionales.

En este trabajo realizaremos un acercamiento a la evaluación a través de cómo percibe el alumno de Podología su grado de formación. La percepción de la evaluación la realizaremos a través de la aplicación de la teoría de Bandura denominada *autoeficacia* y la formación la realizaremos a través de una actividad complementaria formativa voluntaria denominada “Camino de Santiago”.

Las actividades complementarias están contempladas en el plan de estudios de Podología (España, 2010) en su artículo 8. Estas actividades complementarias pueden ser reconocidas por créditos del plan de estudios dentro de la Materia Optatividad del Centro que está incluida en el Módulo de Competencias Transversales y Profesionales en todos los estudios de Grado de la Universidad Miguel Hernández de Elche.

A lo largo de este capítulo definiremos autoeficacia, competencia por su relación con la anterior, relataremos la actividad formativa voluntaria “Camino de Santiago” en la que se adquieren las competencias y definiremos el marco contextual donde se circunscriben para terminar definiendo la hipótesis y objetivos de este trabajo.

1. Autoeficacia

Las personas se enfrentan constantemente a situaciones difíciles en el ejercicio habitual de sus actividades, como la toma de decisiones o la resolución de problemas y nuevos desafíos, teniendo que resolver dichas situaciones a corto o medio plazo, como puede ser, por ejemplo, en el caso de salud, la necesidad de realizar diagnósticos y aplicar tratamientos a los pacientes. De aquí la necesidad de considerar la autoeficacia como una medida acerca de la capacidad que tienen las personas para superar estos retos (Canto, 2011).

La autoeficacia hace referencia a las capacidades que un individuo percibe que tiene para aprender o llevar a cabo determinadas tareas (Bandura, 1997). En otras palabras, se refiere a la confianza que tienen las personas en sí mismas de que tienen la suficiente capacidad para conseguir lo que se proponen hacer (Canto, 2011).

Según la teoría de Bandura, entendemos por autoeficacia *“Los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado”* (Bandura, 1987).

1.1. Fuentes de la autoeficacia

La autoeficacia es resultado de la interacción de cuatro factores importantes (Bandura 1986) y que de forma resumida son:

a) Experiencias anteriores:

Se fundamenta en los logros o fracasos obtenidos en experiencias anteriores. Para Bandura es la fuente más poderosa de información sobre la propia eficacia (Canto, 2011; Bandura, 1997). Las experiencias anteriores de un individuo, son interpretadas y analizadas por éste e incrementan o disminuyen la autoeficacia según sus experiencias hayan sido positivas o negativas

respectivamente. Repetir las mismas tareas con éxito, aumenta la autoeficacia, y al contrario, los fracasos repetidos en determinadas tareas disminuyen de forma negativa la autoeficacia. (Canto, 2011; Bandura, 1997; Olaz, 2003).

b) Experiencia Vicaria:

Hace referencia a la información obtenida a partir de las tareas realizadas por otras personas que se encuentran en situaciones parecidas (Bandura, 1997; Navarro 2007). Viendo ejecutar a otras personas ciertas actividades o tareas con éxito, el sujeto puede llegar a creer que posee las capacidades para realizar lo mismo con éxito.

Para Bandura, esta fuente de autoeficacia tiene menos peso que las experiencias propias o experiencia anteriores (Bandura, 1997). La experiencia vicaria puede representar un factor predictivo siempre que las comparaciones se realicen con personas y situaciones de características similares (Bandura, 1997).

c) Persuasión social:

Se entiende por persuasión social o verbal lo que otros nos dicen acerca de nuestro desempeño (Bandura, 1997). La persuasión social por sí misma tiene un poder limitado para desarrollar la autoeficacia (Navarro 2007), sin embargo, estudios como los de Pajares (Pajares, 1997) muestran que esta fuente de autoeficacia puede actuar tanto disminuyendo como fortaleciendo la autoeficacia.

d) Reacciones fisiológicas:

Por último, los estados emocionales que se presentan ante situaciones que requieren un desempeño físico o un manejo adecuado del estrés, también contribuyen a facilitar la propia eficacia, aunque niveles excesivamente altos tanto de estrés como de ansiedad pueden crear efectos negativos debido a la sensación de fracaso que se puede producir (Bandura, 1997). Los estudiantes

calibran su autoeficacia observando su estado emocional cuando están realizando alguna actividad y observan a su vez a los demás (Canto, 1998).

Diversos autores sostienen que las personas que tienen un alto nivel de autoeficacia consiguen más éxitos que aquellas con baja eficacia personal (García-Fernández, Inglés, Torregrosa, Ruiz-Esteban, Díaz-Herrero, 2015; Macías, 2010). La aplicación de esta teoría en el ámbito educativo pone de manifiesto que los estudiantes con mayores expectativas de autoeficacia poseen mayor motivación académica (Navarro, 2003) y afrontarán las demandas académicas que le genera la universidad de manera muy eficaz (Macías, 2010) por lo tanto, la mejora de dichas expectativas incrementa la motivación y el rendimiento en el aprendizaje (Navarro, 2003) y a su vez, la percepción de autoeficacia en el ámbito académico influye en la motivación y puede predecir el rendimiento de los estudiantes (Navarro, 2003).

Las creencias que tienen las personas acerca de sí mismas son la clave para el control y desarrollo personal, ya que las habilidades y conocimientos que posee un individuo, por sí solos, no son buenos predictores de los logros finales, influyendo las creencias que tienen los individuos sobre sus capacidades en su manera de actuar (Canto, 2011).

Aunque esta influencia está demostrada (Bandura, 1997), requiere por otro lado que el individuo adquiera previamente una serie de conocimientos y habilidades para ponerlas en marcha. No basta, por lo tanto, una autoeficacia elevada, sino que se deben de adquirir conocimientos acordes con las tareas a realizar, y debe de existir un cierto equilibrio entre ambos (Navarro, 2007).

Para adquirir autoeficacia, la persona debe de involucrarse en la realización de determinadas tareas, debe de juzgar los resultados obtenidos y a partir de éstos desarrollar sus creencias acerca de su capacidad para poder realizarlas de nuevo en un futuro (Canto, 2011). Se puede decir que la autoeficacia es parte importante para el rendimiento académico. Cuanto mayor sea la

percepción de autoeficacia en una persona, mayor será el esfuerzo y el grado de persistencia en la realización de una tarea en concreto. Una autoeficacia baja puede llevar a las personas a creer que las cosas son más difíciles y complicadas de realizar de lo que realmente son (Navarro, 2007).

Las estrategias genéricas de autorregulación desarrolladas en un área específica de una actividad se pueden utilizar en otros dominios, de forma que la variación de la autoeficacia en un área determinada puede producir la variación en otro dominio (Bandura, 2001). Una percepción de seguridad en la propia habilidad cuando se domina una actividad puede operar de forma generalizada ante diferentes desafíos.

1.2. Autoeficacia y rendimiento académico

Muchos han sido los ámbitos en los que se ha empleado la autoeficacia como medida del manejo de ciertas situaciones. El concepto de autoeficacia ha sido aplicado a conductas tan diversas en distintos dominios del campo de la salud como son el manejo de enfermedades crónicas, uso de drogas, actividad sexual, pérdida de peso, manejo del dolor crónico, dolor musculoesquelético, etc. (Olivari y Urra, 2007).

También ha mostrado su importancia en áreas tales como el comportamiento saludable, en el ámbito del deporte, intención de realizar conductas deportivas (García y Russell, 2006; Sniehotta, Scholz, y Schwarzer 2005; Aedo y Ávila, 2009).

En el campo de la psicología, la autoeficacia se ha relacionado en la gestión de las organizaciones en el mundo laboral (de Quijano y Cid, 2000), está siendo estudiada en el ámbito infantil y juvenil de forma intensa y en relación con el funcionamiento académico y la motivación (Bong, 2001; Gándara y Carrasco, 2002), y en relación al nivel y respuesta de estrés, y en proceso de valoración

y afrontamiento del mismo (Cabanach, Valle, Rodríguez, Piñeiro, y González, 2010).

En el campo de la terapia ocupacional existen estudios sobre la autoeficacia y el rendimiento académico (Aluicio y Revellino, 2011). En el campo de la enfermería la autoeficacia en los profesionales de cuidados intensivos y urgencias (Rísquez, Meca y Fernández 2010).

Uno de los objetivos en los que se ha centrado la investigación educativa ha sido las creencias de autoeficacia en el área de la motivación académica y en concreto en la motivación y el rendimiento académico. Las creencias de autoeficacia influyen decisivamente en la conducta en general de los individuos y especialmente en el ámbito académico, actúan sobre la motivación (Pajares, 1997), demostrando unas relaciones positivas entre la Escala de Autoeficacia y el éxito profesional, educativo e incluso militar (Sherer, Maddux, Mercandante, Prentice-Dunn, Jacobs, & Rogers, 1982).

La autoeficacia es imprescindible para dominar diversas actividades académicas ya que los estudiantes que confían en sus capacidades se sienten más motivados para alcanzar sus objetivos (Ruiz, 2015). Varios estudios demuestran que la autoeficacia académica predice el éxito académico (García-Fernández et al. 2010; Ruíz, 2015; Blanco, Contreras, Aguirre, Guedea y Delgado, 2012). Estas creencias de eficacia son mejores predictores de la conducta futura que las habilidades, los logros anteriores, o el conocimiento que el sujeto posea de la actividad a realizar, ya que la autoeficacia va a determinar qué hace el sujeto con el conocimiento o las habilidades que posee. Las respuestas a las preguntas de autoeficacia revelan si la persona posee una alta o una baja confianza para realizar exitosamente la tarea propuesta (Olaz, 2003). A medida que los estudiantes adquieren experiencia a lo largo de su carrera, la percepción de éstos varía y se va modificando con cada experiencia nueva.

Aunque algunos autores consideran la autoeficacia en un sentido más amplio, generalmente, se emplea el término en un sentido muy concreto (Suárez, García, y Moreno, 2000; Luszczynska, Scholz & Schwarzer, 2005), ya que hacemos referencia a la eficacia percibida en una situación específica, por ejemplo, aprobar un examen o dominar una técnica quirúrgica o aplicar un tratamiento específico.

En el ámbito de la educación existe un interés cada vez mayor por entender los mecanismos que favorecen o dificultan el aprendizaje del estudiante (Ornelas, Blanco, Gastélum, y Muñoz 2013). Es en el área de la psicología educativa donde la autoeficacia recibe una especial atención para conseguir una mejora de la enseñanza (Ornelas et al. 2013). Los estudios de Brown, han demostrado que la autoeficacia es más predictiva en el rendimiento académico que cualquier otra variable cognitiva, lo cual predice el éxito posterior y es un importante factor como seguidor de competencias y rendimiento académico (Olaz, 2003; Ornelas et al. 2013; Brown, Tramayne, Hoxha, Telander, Fan, & Lent, 2008).

Las personas, durante su etapa de aprendizaje, adquieren habilidades y competencias que formarán parte de su capacidad para reaccionar ante determinadas situaciones que se producirán en su vida laboral o profesional. Manejar determinadas situaciones como pueden ser el trato con el paciente. Ofrecer consejos preventivos o aplicar los tratamientos adecuados a los pacientes que lo necesiten garantizará el correcto cumplimiento profesional.

Por tanto, dentro de los objetivos universitarios debería de adquirir más importancia la inclusión en los planes de estudio de actividades extracurriculares de carácter práctico relacionadas con las acciones que el estudiante deberá desarrollar en su profesión (Olaz, 2003).

1.3 Medida de la Autoeficacia

La autoeficacia está referida habitualmente a un dominio o una actividad específica (Pajares, 1997; Olivari y Urra, 2007). Los instrumentos más empleados para medir la autoeficacia son las escalas de autoinforme.

Dentro de éstas, podemos distinguir dos tipos: aquellas que miden la autoeficacia de forma específica referida a un dominio o tarea concreta y aquellas escalas que miden la autoeficacia en sentido general y que suelen medir una amplia gama de estresores, como la escala de Jerusalem y Schwarzer (1992) adaptada al español por Baessler y Schwarzer (1996).

La autoeficacia juega un papel muy importante en la autoevaluación de las capacidades personales relacionadas con las competencias académicas, constituyendo un buen predictor del desempeño profesional (Gallo, 2012) y hace referencia al conjunto de creencias sobre los propios recursos para manejar situaciones de un área específica (Gallo, 2012).

Existen escalas de autoeficacia casi para cualquier ámbito académico que busquemos valorar. Así, tenemos la Escala de Autoeficacia Académica para Estudiantes Universitarios (Wood & Locke, 1987), el Inventarios de Expectativas y de Autoeficacia Académica (Barraza, 2010) que podrían ser de utilidad como predictor del rendimiento académico. Para nuestro trabajo y como comentaremos más adelante ha sido necesario elaborar una escala de autoeficacia que mida actividades formativas extracurriculares peculiares que no son regladas y que son voluntarias.

2. Competencias

Durante las últimas décadas, el concepto de competencia se ha empleado en el desarrollo de la educación y la formación profesional (Mulder, Weigel, & Collings, 2008). Como evolución del modelo basado en objetivos, la formación basada en competencias es uno de los principales objetivos de las universidades en la actualidad y es un elemento fundamental dentro del modelo educativo innovador propuesto por el Espacio Europeo de Enseñanza Superior (EEES) (Maura & Tirados, 2008).

Las competencias desde el punto de vista académico son el resultado de un proceso de aprendizaje cuyo objetivo es garantizar a los estudiantes la integración de conocimientos, habilidades y actitudes que exigen los perfiles profesionales (Mulder et al, 2008; Nova, 2011; Cano, 2008).

Los diseños por competencias intentan que las personas desarrollen aquellas capacidades que les permitan aprender y adecuarse a situaciones nuevas dentro de su ámbito laboral y profesional (Cano, 2008) y proponen la movilización y combinación de los conocimientos adquiridos durante el aprendizaje, ante las situaciones y contextos cambiantes a lo largo de la vida (Cano, 2008).

2.1. Concepto de Competencia

El término 'competencia' está presente en la actualidad en cualquier foro de educación o trabajo a pesar de las diferencias idiomáticas y las distintas connotaciones que pueda tener en cualquier idioma (Clares, & Samanes, 2009), tiene un carácter multidimensional y depende del contexto de los usuarios y del lugar donde se aplique (Maura et al, 2008).

El concepto de competencia se ha utilizado desde el mundo laboral hasta el mundo académico (Nova, 2011). Si tomamos como referencia el punto de vista académico podemos definir las competencias como la integración de

conocimientos, habilidades y actitudes que nos capacitan para actuar de manera efectiva y eficiente (Collis, 2007). También podemos definirla como la capacidad de usar los conocimientos y habilidades en diferentes contextos (Cano, 2008).

2.2. Competencias y diseño curricular

El Espacio Europeo de Enseñanza Superior (EEES) dirigido a lograr competitividad, empleabilidad y movilidad para los profesionales en Europa, ha significado un cambio para la universidad española tanto en el ámbito del diseño curricular como en el institucional y organizativo (Mulder et al, 2008; Bernal, 2006). Se ha evolucionado de un aprendizaje pasivo (clases magistrales, sesiones formativas, tutorías, etc.) a un aprendizaje activo en el que el alumno es el protagonista y su implicación en el proyecto educativo es considerablemente mayor. Pero este cambio conlleva por parte del alumno, una actitud de responsabilidad personal, un aumento de la autonomía y un grado de colaboración por parte de éste, algo inusual hasta no hace mucho tiempo. Esto implica planificar las asignaturas y las actividades tanto curriculares como extracurriculares de una forma distinta (Bernal, 2006).

Partiendo del perfil del graduado que deseamos, los diseños curriculares se deberán de diseñar a su medida (Cano, 2008). Para ello, hay que ser cuidadoso en el diseño de las competencias que se han de adquirir. Se puede partir del Libro Blanco elaborado para un Título en concreto, pero también se hacen necesarios otros documentos, como las competencias transversales por las que cada universidad haya apostado, o la utilización de estudios y análisis que se hayan realizado para ayudar a configurar el perfil del egresado. Es conveniente seleccionar las competencias, tanto específicas como transversales, que tengan la mayor relevancia posible (Cano, 2008).

Teniendo en cuenta que todas las asignaturas no trabajan todas las competencias, deben de ser las universidades las que ofrezcan oportunidades para desarrollar aquellas que por su naturaleza no puedan llevarse a cabo en el propio entorno universitario (Cano, 2008). Esta nueva planificación y diseño de las competencias nos obliga a revisar nuestras propias competencias y a evaluarlas de forma objetiva para poder mejorarlas (Cano, 2008).

A la hora de evaluar estas nuevas competencias, hay que tener en consideración que la evaluación no puede limitarse a unas simples valoraciones de contenidos con pruebas escritas e incluso informes de tipo general (Cano, 2008) y que, además, se requieren instrumentos adecuados y variados para conseguir ese objetivo y en caso de que no existan habrá que crearlos. En cualquier caso, los instrumentos deben de proporcionar la información sobre la progresión y el desarrollo de la competencia y si es necesario, sugerir mejoras (Cano, 2008).

2.3. Tipos de competencias

La sociedad actual exige no solo competencias propias o específicas de una profesión en concreto, sino también, unas competencias denominadas genéricas o transversales independientes de una materia y que generalmente se relacionan con una mejor organización del propio aprendizaje y que son comunes a otras profesiones como pueden ser la capacidad de gestionar de forma autónoma, conocimiento de idiomas, trabajo en equipo etc.

Las universidades en la actualidad tienen el reto y la obligación de diseñar currículos que formen a sus estudiantes en el desarrollo tanto de competencias específicas como transversales. El proyecto Tuning (Ramírez y Medina, 2008; Sanz y Pedreño, 2011), dirigido a identificar las competencias a desarrollar en el ámbito universitario, clasifica las competencias en 2 tipos:

1. Competencias Transversales: también denominadas Genéricas y que son comunes a otras áreas temáticas, es decir, hacen referencia a cualidades que son útiles en muchas situaciones y no exclusivas de una titulación en concreto, por lo que pueden ser desarrolladas en otros programas de estudio. A su vez éstas se clasifican en:

- a) Instrumentales: Suponen una combinación de habilidades manuales y capacidades cognitivas. Incluyen destrezas en manipular ideas y el entorno en el que se desenvuelven las personas (Sánchez y Ruíz, 2004).
- b) Interpersonales: Se refieren a la capacidad o destreza en expresar los propios sentimientos y emociones del modo más adecuado, lo que posibilita la colaboración en objetivos comunes e interacción social (Sánchez y Ruíz, 2004).
- c) Sistémicas: Requieren haber adquirido previamente las competencias instrumentales e interpersonales. Incluyen la habilidad para planificar cambios para introducir mejoras en los sistemas, entendidos de una forma general o global (Sánchez y Ruíz, 2004).

2. Competencias Específicas: que podríamos definir como aquellas que son propias o específicas de cada área temática. Hacen referencia a datos y conocimientos propios de la disciplina y se subdividen a su vez en:

- a) Competencias Disciplinarias (saber)
- b) Competencias Profesionales (saber hacer, habilidades) y
- c) Competencias Actitudinales

2.4. Evaluación de las competencias

El EEES ha llevado aparejado profundos y diversos cambios en los procesos formativos de los estudiantes en términos de competencias, afectando también dichos cambios a la forma de evaluar. Pero evaluar no es solo asignar una calificación que refleje el nivel de conocimientos adquiridos, sino también

lo que puede mejorarse para el curso siguiente y dependiendo del enfoque que queramos darle, podemos emplear procedimientos y herramientas distintas para recoger evidencias sobre las actividades que pretendemos medir (del Canto, Gallego, López, Mora, Reyes, et al, 2015).

La evaluación de las competencias es uno de los elementos clave del currículo y debe de ir encaminada a poner de manifiesto el logro de las competencias adquiridas por el estudiante y que han sido establecidas previamente (Sanz et al, 2011). Una evaluación adecuada de los conocimientos que se adquieren durante el aprendizaje requiere no solo las notas reflejadas mediante un examen, sino una reflexión por parte de los alumnos sobre lo aprendido (Cano, 2008; Sanz et al, 2011).

Existen diversos modos de recoger evidencias sobre las actividades que pretendemos evaluar, dependiendo del tipo de 'saber' que pretendemos medir (conocimientos, procedimientos, actitudes, etc.) (del Canto et al, 2015), pero con independencia del modo elegido, una de las dificultades que se presenta a la hora de la evaluación es valorar el trabajo que realiza el alumno fuera de clase (del Canto et al, 2015).

Si partimos de que no existe ningún método o instrumento de evaluación que por sí solo proporcione toda la información para juzgar la competencia de un profesional (del Canto et al, 2015), podemos preguntarnos si aquellas tareas o actividades realizadas fuera del horario reglado, contemplan o trabajan competencias que se deben de adquirir en el grado, y en caso afirmativo cómo podemos evaluarlas.

La evaluación debe de utilizarse para adquirir competencias y no solo para seleccionar a quien ya las tiene, por lo tanto, nos obliga a utilizar diversos instrumentos e implicar a diferentes partes (Cano, 2008; Tejada, 2011). Una de las finalidades que persigue la evaluación, es la mejora de las tareas evaluadas por lo que deberá de ser el medio que aporte la información suficiente para

permitir observar de una forma directa los progresos realizados por los estudiantes (Mateo, 2007).

A la hora de implantar la evaluación, las universidades deberían de tener presente algunas medidas como son: definir procedimientos para la construcción de instrumentos sencillos que indiquen la calidad de la actividad desarrollada y demostrar que dicha actividad ha sido realizada con éxito, estableciendo la finalidad (Collis, 2007; Tejada, 2011).

La evaluación de las competencias es una de las tareas más importantes dentro de los procesos de formación (Tejada, 2011) y debe de apoyarse en criterios de calidad mediante la autoevaluación, la valoración y seguimiento de las metas a alcanzar (Rivilla, Garrido, y Romero, 2012).



3. Actividades extracurriculares

El Real Decreto 1393/2007 de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, promueve la diversificación curricular y da libertad para que las universidades aprovechen su capacidad de innovación, sus fortalezas y oportunidades dentro del EEES (España, 2007), poniendo especial énfasis en la realización de prácticas externas por parte de los estudiantes universitarios como exigencia del EEES. El Real Decreto 1791/2010 reconoce en su artículo 8 el derecho de los estudiantes de Grado a “disponer de la posibilidad de realización de prácticas curriculares o extracurriculares que podrán realizarse en entidades externas ... garantizando que sirvan a la finalidad formativa de las mismas” (España, 2010).

Es posteriormente el Real Decreto 592/2014, el que desarrolla de forma explícita aspectos tales como objetivos de las prácticas, duración de las mismas, contenidos de los convenios de cooperación, requisitos para su realización y destinatarios de las mismas. Entre otras, el mencionado Decreto establece que las prácticas podrán realizarse en la propia Universidad o en entidades colaboradoras, tanto nacionales como internacionales. Tendrán como finalidad, el desarrollo de competencias técnicas, metodológicas, personales y participativas (España, 2014).

Las modalidades podrán ser curriculares si están integradas en el correspondiente Plan de Estudios de cada titulación y por lo tanto son obligatorias, o bien extracurriculares, que, aun teniendo la misma finalidad, tendrán carácter voluntario.

Corresponde a la propia Universidad la obligación de fijar los objetivos educativos, así como las actividades a desarrollar, “... considerando las competencias básicas, genéricas y/o específicas que debe de adquirir el estudiante” (España 2014).

Para la realización de las prácticas externas, las Universidades suscribirán Convenios de Cooperación Educativa con las entidades colaboradoras, establecerán un marco regulador y contemplarán unos requisitos mínimos, estipulando unos derechos y deberes de los estudiantes en prácticas.

Es en este contexto legal donde se sitúa la actividad del *Camino de Santiago*.



4. Contexto académico del Grado de Podología en la UMH

En 1998 se publica el plan de estudios de diplomado en Podología de la Universidad Miguel Hernández (Resolución de 1 de diciembre de 1998, de la Universidad Miguel Hernández, de Elche), impartándose en el curso académico 1998/1999 el primer curso de la diplomatura en podología como estudios de primer ciclo en dicha universidad. Los contenidos del plan de estudio presentan una carga lectiva de 222 créditos repartidos en tres cursos académicos (Tabla 1). Se distinguen entre Materias Troncales, Materias Obligatorias, Materias Optativas y Materias de Libre Elección.

Tabla 1. Distribución de la carga lectiva global por año académico en la Diplomatura de Podología

Año Académico	Total Créditos	Teóricos	Prácticos / Clínicos
1º	71	48	23
2º	70	40	30
3º	59	25,5	33,5
Optativas			
Libre Configuración	22		
Totales	222	113,5	86,5

La primera promoción de la titulación corresponde al periodo de 1998/1999 al 2000/2001, manteniéndose vigente los estudios de diplomado en podología hasta la incorporación del Grado en Podología.

En 2001 aparece la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre de Universidades. La ley contempla una serie de medidas que posibiliten las modificaciones en las estructuras de las enseñanzas y los títulos de carácter oficial para la plena integración del sistema español en el EEES. En 2003, se publica el Real Decreto

1125/2003, de 5 de septiembre, donde se establece, el sistema europeo de créditos ECTS (European Credit Transfer System).

En el 2007 se publica la Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades, donde se regula la estructura de las enseñanzas oficiales en tres ciclos: Grado, Máster y Doctorado, adaptado al plan del EEES con validez en todo el EEES.

Previo a la Ley Orgánica de 2007, en el año 2005, se presenta el Libro Blanco de la Podología (Zalacaín, Ramos, Becerro de Bengoa, Romero y Aparicio; 2005), editado por la ANECA, donde se propone una estructura del título, analizando los contenidos y su relación con las competencias a adquirir y desarrollar por los profesionales.

Basándose en las recomendaciones propuesta por el libro blanco y dentro del marco legal por la que se regula la estructura de las enseñanzas oficiales aparece la orden CIN/728/2009, de 18 de marzo, la cual establece los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Podólogo. Esta Orden, establece entre otras competencias, que los estudiantes deben adquirir el objetivo de *“Obtener la capacidad, habilidad y destreza necesarias para diagnosticar, prescribir, indicar, realizar y/o elaborar y evaluar cualquier tipo de tratamiento podológico, ortopodológico, quiropodológico, cirugía podológica, físico, farmacológico, preventivo y/o educativo, basado en la Historia clínica.*

En mayo de 2011, se publica el plan de estudios de Graduado en Podología de la Universidad Miguel Hernández (BOE de 16 de mayo de 2011), siendo el curso académico 2010/2011 el curso de implantación, los estudios se imparten en la Facultad de Medicina con una duración de 240 créditos distribuidos en 4 cursos académicos. En 2014 (Resolución de 18 de febrero de 2014) se realiza una

modificación del plan de estudios, aumentando el número de créditos destinados a la materia obligatoria, y disminuyendo en el número de créditos destinados a las prácticas externas/tuteladas, la distribución del plan de estudio por tipo de materia en créditos ECTS puede observarse en la tabla 2.

Tabla 2. Materias y créditos asignados en el grado de Podología

Tipo de materia	Créditos
Formación básica	60
Obligatorias	114
Optativas	24
Prácticas externas/tuteladas	36
Trabajo fin de grado	6
<i>Créditos totales</i>	<i>240</i>

Según la Normativa de Reconocimiento de Competencias Transversales y Profesionales de los Títulos de Grado de la Universidad Miguel Hernández de Elche (Normativa de Reconocimiento de Competencias Transversales y Profesionales de los Títulos de Grado de la Universidad Miguel Hernández de Elche), los planes de estudios de los títulos de Grado de la UMH contemplan la adquisición de competencias por parte del estudiante mediante la superación o acreditación de un módulo denominado “Competencias Transversales y Profesionales”, integrado por la materia “Optatividad del Centro”. Este módulo se podrá obtener cursando asignaturas optativas, realizando actividades o acreditando la adquisición de competencias mediante una experiencia laboral previa y la superación de estudios superiores no universitarios o estudios propios implantados por las propias universidades. El desglose completo de las actividades de la titulación en el Grado de Podología podemos observarlo en las tablas 3, 4, 5 y 6.

Tabla 3. Actividades de la Titulación del Grado en Podología. Primer Curso

Primer Semestre						
Asignatura	Tipo asignatura	Créditos			Carácter de las prácticas	Descripción
		Totales	Teóricos	Prácticos		
Psicología 1	Básica	6	3	3	Prácticas aplicadas a conocimientos básicos	Simulaciones
Bioquímica, metabolismo y nutrición	Básica	6	4	2	Prácticas aplicadas a conocimientos básicos	Prácticas de Laboratorio
Anatomía humana	Básica	6	3	3	Prácticas aplicadas a conocimientos básicos	Prácticas de Laboratorio
Historia de la podología. Documentación en podología	Básica	6	3	3	Prácticas aplicadas a conocimientos básicos	Seminarios. Aula informática
Biología celular y tisular	Básica	6	4,5	1,5	Prácticas aplicadas a conocimientos básicos	Prácticas de Laboratorio
Segundo Semestre						
Asignatura	Tipo asignatura	Créditos			Carácter de las prácticas	Descripción
		Totales	Teóricos	Prácticos		
Bioética y legislación	Básica	6	3	3	Prácticas aplicadas a conocimientos básicos	Seminarios
Psicología 2	Básica	6	3	3	Prácticas aplicadas a conocimientos básicos	Simulaciones
Fisiología humana	Básica	6	4,5	1,5	Prácticas aplicadas a conocimientos básicos	Prácticas de Laboratorio
Anatomía de los miembros inferiores	Básica	6	3	3	Prácticas aplicadas a conocimientos básicos	Prácticas de Laboratorio
Microbiología y parasitología	Básica	6	3	3	Prácticas aplicadas a conocimientos básicos	Prácticas de Laboratorio

Tabla 4. Actividades de la Titulación del Grado en Podología. Segundo Curso

Asignatura	Tipo asignatura	Primer Semestre			Carácter de las prácticas	Descripción
		Totales	Créditos Teóricos	Prácticos		
Podología general	Obligatoria	4,5	3	1,5	Prácticas Preclínicas	Simulaciones
Biomecánica podológica	Obligatoria	4,5	3	1,5	Prácticas Preclínicas	Simulaciones
Farmacología	Obligatoria	4,5	3	1,5	Prácticas aplicadas a conocimientos básicos	Prácticas de Laboratorio. Aula informática Seminarios
Patología general	Obligatoria	4,5	3	1,5	Prácticas aplicadas a conocimientos básicos	
Ortopodología 1	Obligatoria	4,5	3	1,5	Prácticas Preclínicas	Prácticas en Taller
Quiropodología 1	Obligatoria	7,5	4,5	3	Prácticas Preclínicas	Prácticas de Laboratorio

Asignatura	Tipo asignatura	Segundo Semestre			Carácter de las prácticas	Descripción
		Totales	Créditos Teóricos	Prácticos		
Podología preventiva y salud pública	Obligatoria	6	4	2	Prácticas aplicadas a conocimientos básicos	Seminarios
Dermatología	Obligatoria	4,5	3	1,5	Prácticas Clínicas	Exploraciones Pacientes
Podología infantil	Obligatoria	4,5	3	1,5	Prácticas Preclínicas	Simulaciones
Patología podológica	Obligatoria	4,5	3	1,5	Prácticas Preclínicas	Simulaciones. Aula informática Taller
Ortopodología 2	Obligatoria	4,5	3	1,5	Prácticas Preclínicas	
Quiropodología 2	Obligatoria	4,5	3	1,5	Prácticas Preclínicas	Prácticas de Laboratorio

Tabla 5. Actividades de la Titulación del Grado en Podología. Tercer Curso

Primer Semestre						
Asignatura	Tipo asignatura	Créditos			Carácter de las prácticas	Descripción
		Totales	Teóricos	Prácticos		
Podología geriátrica	Obligatoria	4,5	3	1,5	Prácticas Preclínicas	Seminarios
Calzado	Obligatoria	6	3	3	Prácticas aplicadas a conocimientos básicos	Seminario
Podología física	Obligatoria	4,5	3	1,5	Prácticas Preclínicas	Simulaciones
Ortopodología 3	Obligatoria	4,5	3	1,5	Prácticas Clínicas	Exploraciones pacientes
Radiodiagnóstico y radioprotección	Obligatoria	4,5	3	1,5	Prácticas Preclínicas	Aula informática
Cirugía podológica 1	Obligatoria	6	3	3	Prácticas Preclínicas	Modelos Simulaciones
Segundo Semestre						
Asignatura	Tipo asignatura	Créditos			Carácter de las prácticas	Descripción
		Totales	Teóricos	Prácticos		
Anatomía patológica	Obligatoria	4,5	3	1,5	Prácticas aplicadas a conocimientos básicos	Prácticas de Laboratorio
Podología deportiva	Obligatoria	4,5	3	1,5	Prácticas Preclínicas	Simulaciones
Cirugía podológica 2	Obligatoria	4,5	3	1,5	Prácticas Preclínicas	Simulaciones
Bioestadística	Obligatoria	4,5	3	1,5	Prácticas Preclínicas	Aula informática
Estancias I	Prácticas Externas	6	0	6	Prácticas Clínicas	Seminarios. Atención Quiropodológica
Estancias II	Prácticas Externas	6	0	6	Prácticas Clínicas	Pacientes Exploración Biomecánica Pacientes. Taller

Tabla 6. Actividades de la Titulación del Grado en Podología. Cuarto Curso

Asignatura	Tipo asignatura	Primer Semestre			Carácter de las prácticas	Descripción
		Créditos				
		Totales	Teóricos	Prácticos		
Estancias III	Prácticas Externas	6	0	6	Prácticas Clínicas	Seminarios. Exploración Biomecánica Pacientes. Taller
Estancias IV	Prácticas Externas	6	0	6	Prácticas Clínicas	Seminarios Simulaciones Atención Quiropodológica Pacientes
Ergonomía	Optativa	4,5	3	1,5	Prácticas aplicadas a conocimientos específicos	Seminarios
Peritaje podológico	Optativa	4,5	3	1,5	Prácticas aplicadas a conocimientos específicos	Seminarios
Aplicación de nuevas tecnologías y materiales en podología	Optativa	4,5	3	1,5	Prácticas aplicadas a conocimientos específicos	Seminarios
Urgencias y emergencias	Optativa	4,5	3	1,5	Prácticas aplicadas a conocimientos específicos	Simulaciones
Marketing profesional	Optativa	4,5	3	1,5	Prácticas aplicadas a conocimientos específicos	Seminarios
Segundo Semestre						
Asignatura	Tipo asignatura	Créditos			Carácter de las prácticas	Descripción
		Totales	Teóricos	Prácticos		
Farmacología a clínica aplicada	Obligatoria	6	3,5	2,5	Prácticas aplicadas a conocimientos específicos	Seminarios. Aula de informática
Estancias V	Prácticas Externas	6	0	6	Prácticas Clínicas	Seminarios. Atención Quiropodológica Pacientes
Estancias VI	Prácticas Externas	6	0	6	Prácticas Clínicas	Seminarios. Exploración Biomecánica Pacientes. Exploración Infantil. Taller
Trabajo fin de grado	Trabajo Fin Grado	6	3	3	Trabajo Fin Grado	Trabajo Fin Grado
Creación y gestión de una clínica podológica	Prácticas Externas	6	3	3	Prácticas aplicadas a conocimientos específicos	Seminarios.

La actividad del Camino de Santiago tiene como objetivo la adquisición de unas determinadas competencias transversales y profesionales, a través del desarrollo de la actividad como prácticas extracurriculares. El reconocimiento de estas prácticas es acreditada mediante un anexo al convenio de colaboración del Observatorio Ocupacional y certificado del tutor correspondiente recogidas en la Normativa de Reconocimiento de Competencias Transversales y Profesionales de los Títulos de Grado de la Universidad Miguel Hernández de Elche (Normativa de Reconocimiento de Competencias Transversales y Profesionales de los Títulos de Grado de la Universidad Miguel Hernández de Elche) como “Prácticas en empresas o instituciones y prácticas internas en la UMH”.

Es en este contexto legal donde se sitúa la actividad del *Camino de Santiago*.

5. El Camino de Santiago

El Camino de Santiago es, actualmente, una ruta por etapas que habitualmente se realiza andando en tramos de unos 25 kilómetros con el objetivo de llegar a la ciudad de Santiago de Compostela, lugar donde se veneran las reliquias del apóstol Santiago el Mayor. Existen varios puntos definidos de partida y rutas específicas de recorrido, aunque son opcionales.

Al Camino de Santiago se le conoce también como ruta o peregrinación jacobea.

5.1. Breve reseña histórica

La peregrinación jacobea se ha mantenido a lo largo de 1.200 años desde su creación, como un acontecimiento histórico de relaciones e intercambios entre los distintos pueblos de Europa occidental, desde el punto de vista cultural, artístico, social y económico, sobre todo durante la edad media.

El Camino de Santiago, ha rebasado su inicial e histórico sentido religioso para convertirse, cada vez más, en una ruta en la que conviven fines religiosos y espirituales junto a fines culturales, ecológicos y deportivos. A continuación, haremos un breve repaso cronológico a través de su historia, destacando algunos hechos importantes acaecidos en cada uno de sus períodos.

Siglos I-X: La documentación existente en cuanto a sucesos o hechos concernientes a este período, se caracteriza por la ausencia de referencias al Camino de Santiago como tal, dado que éste toma cuerpo y se forma a partir del siglo X como describe el Codex Calixtinus (Novillo-Fertell, 2013a). Es en el siglo IX entre los años 825-830, cuando se descubre el sepulcro de Santiago el Apóstol en la ciudad de Compostela ocho siglos después de su fallecimiento dando comienzo las peregrinaciones a su tumba lo que daría posteriormente origen al Camino de Santiago (Novillo-Fertell, 2013a). Siglos XI-XIII: El período comprendido entre estos siglos, corresponden a la denominada edad de oro del Camino de Santiago. Es en esta época cuando se establece el itinerario tal y como se conoce en la actualidad debido en parte, al auge en las construcciones de caminos, puentes, albergues, hospitales, monasterios y la repoblación de núcleos de urbanos (Novillo-Fertell, 2013b).

Es en esta etapa cuando se escriben crónicas y códices que tratan del Apóstol Santiago y del Camino, como son: Cronicón Iriense y Liber Sancti Jacobi o Codex Calixtinus, considerándose ésta última, la primera Guía del Peregrino en Europa (Novillo-Fertell, 2013b). Los cinco libros que componen este Codex están traducidos a los principales idiomas del mundo y sirven como fuente para el estudio del Camino de Santiago.

Siglos XIV-XVI: Comienza un descenso en el número de peregrinos en parte debido a la epidemia de peste que asola Europa durante el siglo XIV y por el aumento de los detractores de la peregrinación, como consecuencia de la Reforma Protestante Europea y la aparición del protestantismo, con Martín Lutero y Erasmo de Rotterdam a la cabeza y las connotaciones negativas que

esta corriente otorga a la peregrinación (Novillo-Fertell, 2013c). En este período se inicia la construcción de la Catedral de Astorga y la iglesia de Santa María de la Encina en Ponferrada (Novillo-Fertell, 2013c).

Siglos XVII-XIX: Aunque en un principio el número de peregrinos sigue descendiendo manteniendo la tendencia de los siglos pasados, a mediados del siglo XIX se llega a una estabilidad en cuanto a las peregrinaciones se refiere, fundamentalmente debido al llamamiento a las peregrinaciones a Galicia hechas por el papa Pío IX y la Bula Papal declarando auténticas las reliquias de Santiago, siendo en los albores del siglo XX cuando el fenómeno Jacobeo vuelve a adquirir protagonismo (Novillo-Fertell, 2013d).

En 1889 comienza la construcción del Palacio Episcopal de Astorga por el arquitecto catalán Antoni Gaudí, obra que se interrumpió en 1893 y quedó sin finalizar hasta muchos años después. El edificio en la actualidad alberga desde 1962, el Museo de los Caminos (Tarragona, 2008).

Siglo XX-hasta la actualidad: Este período se puede calificar de renacimiento del culto al Apóstol Santiago y al Camino de Santiago (Novillo-Fertell, 2013e). Es en el año santo de 1971, cuando se produce la implantación definitiva de la Compostela (documento que acredita el final de una peregrinación) y que caracteriza la figura del peregrino; hecho éste, según Santos Solla, que dará origen al registro de datos oficiales (Solla, 2006).

Comienza de nuevo un auge en cuanto al Camino se refiere. Proliferan los trabajos escritos y los estudios sobre el Camino y es en este período cuando se le conceden los galardones y reconocimientos por parte de la Unesco y el Consejo de Europa (Novillo-Fertell, 2013e).

El Parlamento Europeo designó al Camino de Santiago, “Primer Itinerario Cultural Europeo” en el año 1987, y la UNESCO lo declaró Patrimonio de la Humanidad en el año 1993 (ICOMOS, 1985). La UNESCO reconoce como Patrimonio de la Humanidad aquellos bienes cuya conservación debe ser de

primera obligación debido a su sobresaliente valor universal (*El Patrimonio de la Humanidad en el Camino de Santiago, 2017*). Más tarde, en el año 2004 recibe el galardón del “premio Príncipe de Asturias a la Concordia” (*Camino de Santiago, Premio Príncipe de Asturias de la Concordia 2004, 2004*).

Es en el año 2015, cuando la UNESCO aprueba definitivamente la extensión del bien cultural denominado ‘Camino de Santiago de Compostela’, inscrito en su lista del Patrimonio, que pasa a denominarse ‘Caminos de Santiago de Compostela: Camino francés y caminos del Norte de España’ (*Agencia Efe, 2015*).

Este bien cultural, ha generado un rico patrimonio arquitectónico de gran importancia histórica compuesto entre otros por puentes, albergues, hospitales, iglesias y catedrales, que se ha ido configurando con el paso del tiempo y está destinado a “satisfacer las necesidades materiales y espirituales de los peregrinos” (*Agencia Efe, 2015; Caminos de Santiago de Compostela: Camino francés y Caminos del Norte de España, 2017*).

El Camino de Santiago suma a su papel religioso, el factor cultural y turístico, siendo uno de los ejes culturales más activos de Europa acreditado por el número de personas que lo transitan y por el movimiento asociativo surgido en torno al mismo en las últimas décadas y que tienen por objeto la promoción y revitalización de todo lo relacionado con las rutas jacobeanas (*Camino de Santiago. Patrimonio de la Humanidad. Toda la información sobre el Camino de Santiago a su paso por Asturias, 2017*).

5.2. Camino de Santiago y salud

La primera alusión referente a los enfermos en el Camino de Santiago tiene su origen en el poder curativo de las enfermedades atribuido a Santiago y que figura en el Liber Sancti Iacobi. Según este mismo libro, el poder curativo atribuido al santo es obra de la gracia de Dios y no por la utilización de los

medicamentos, antídotos médicos o composiciones propios de la farmacopea medieval (Nogales, 2001).

En un inicio, los únicos alojamientos posibles durante el trayecto a Santiago eran los monasterios. No hay constancia documental que confirme la existencia de hospitales destinados específicamente a peregrinos antes del siglo IX. El primer hospital creado a tal fin, data del año 945, y cuya donación es realizada por Ramiro II a los monjes para que se destine a hospicio de peregrinos (Uría, 1945). El antiguo término hospital incluye a lo que hoy conocemos como pensión o albergue y el encargado o gerente del mismo sigue recibiendo la denominación de hospitalero.

Desde mediados del siglo X a mitad del siglo XI, solo constan documentos de cinco hospitales en el trayecto de Compostela: Sahagún, Villa Vascones, Arconada, Nájera y Santo Domingo de la Calzada, aumentando el número de éstos durante los años siguientes. Este aumento del número de hospitales puede deberse a que se haya conservado más documentación e información sobre los mismos, o lo que es más probable, debido al aumento de la preocupación de magnates y eclesiásticos hacia este tipo de fundaciones. Es en épocas más tardías cuando suele emplearse el nombre de 'alberguería' para designar ciertos refugios de romeros o caminantes, cuya dotación eran de poca consideración en contraste con el de los hospitales (Uría, 1945).

La forma de reconocer los hospitales por parte de los peregrinos era verbal, preguntando a las gentes del lugar y también por las señales exteriores (presencia en las construcciones de sus fachadas de conchas o vieiras (Uría, 1945). En los hospitales se concentraron durante muchos siglos, ininterrumpidamente, romeros procedentes de varias naciones, que lo mismo cambiaban entre sí objetos de devoción o de arte, que hierbas medicinales. Merced a la documentación conservada se conocen sus ordenanzas o estatutos relativos a la curación y a la organización de la hospitalidad en general (Uría, 1945).

Uno de los aspectos curiosos que destaca en las normativas hospitalarias era la práctica del lavado de pies a los caminantes para aliviarles del cansancio de la marcha durante largas jornadas (Uría, 1945), hecho probablemente relacionado con el rito religioso que Jesucristo realizó con sus apóstoles.

En cuanto a las enfermedades que tienen relación con el pie, el Liber Sancti Iacobi menciona a los enfermos podágricos y reumosos. A todas ellas habría que añadir aquellas que se adquirirían durante el trayecto, como las lesiones en los pies por las largas jornadas de peregrinación, las caídas, golpes y traumatismos graves, aunque no existe documentación escrita sobre su número ni su tratamiento (Nogales, 2001; Uría, 1945).

En general, en lo referente al resto de enfermedades del peregrino, la lista es larga, aunque en los tratados de los que se dispone, destaca la escasez de términos en lo que respecta a las enfermedades de la piel (que en la edad media serían numerosas) y se limita solo a enumerar la lepra y la sarna (Uría, 1945).

Las leproserías, se situaban a las afueras de las ciudades y en ellas se acogía a leprosos que realizaban el camino con la esperanza de poder curarse (Nogales, 2001). Hubo peregrinos enfermos de lepra que se acogieron a las leproserías fundadas para tal uso en ciudades como Pamplona, León, Oviedo, Astorga y Ponferrada entre otras, (Uría, 1945) con la esperanza de poder curarse.

En esta misma lista aparecen enfermedades que se podrían calificar como síntomas o parte de otras enfermedades como los 'cephalérgicos', 'emigránicos', 'febricitantes', 'fistulosos', etc. (67). Aparecen también enfermedades propias de las grandes pandemias medievales como el escorbuto, ergotismo llamado "fuego de San Antonio" y por supuesto la peste que causó estragos en Europa a mediados del siglo XIV (Nogales, 2001; Uría, 1945).

Se puede decir que a lo largo de las rutas se levantaron albergues y hospitales en los que se desarrolló el trabajo propio de enfermería y la asistencia hospitalaria, que unido a la afluencia de peregrinos de distintos países fomentó el intercambio de experiencias sobre el cuidado, conocimiento y tratamiento de diferentes afecciones de la época (Nogales, 2001).

5.3. Problemas del pie en el Peregrino

Existe de nuevo un resurgir del Camino de Santiago, siendo en la actualidad transitado por miles de senderistas y cicloturistas cuyos motivos e intereses no se parecen en nada a tiempos pasados y como consecuencia, los problemas físicos más habituales hoy en día distan mucho en relación a los problemas del pasado (Granero, Ruíz, y García, 2006).

Según la encuesta de hábitos deportivos en España del año 2015, entre las modalidades individuales más practicadas, el senderismo y montañismo se sitúa en tercer lugar con un porcentaje anual del 31,9%, situándose tan solo por delante, el ciclismo y la natación con un porcentaje ligeramente mayor (*Encuesta de Hábitos Deportivos 2015, 2015*). Otros estudios como el de García Ferrando, también lo sitúa como tercera alternativa, aunque con cifras algo inferiores (Ferrando, 2006).

Este auge de las actividades al aire libre y la práctica del deporte recreativo y de aventura, se ha visto reflejado en un incremento del número de personas que de forma completa o incompleta realizan el Camino de Santiago. Según datos oficiales de la oficina del Peregrino (Oficina de Acogida al Peregrino. 2017) las cifras absolutas durante el año 2016 fueron de 277.854 peregrinos registrados en sus oficinas. A estas cifras hay que añadir los senderistas o peregrinos que no se registran de forma oficial y que realizan el Camino de una forma menos reglada.

Pocos son los estudios sobre la incidencia de la patología que sufren los peregrinos durante el recorrido, y su descripción corresponde a las dolencias más habituales producidas durante la práctica de los deportes de ocio (Granero et al., 2006). Según Granero las principales afecciones de los peregrinos son: las ampollas en los pies (51%), las tendinitis (33%), migraña (19,5%), llagas en los pies (16,8%), resfriados (14%), etc.

La mayoría de las lesiones que se producen durante la práctica del senderismo se localizan en los pies, destacando fundamentalmente las ampollas con una incidencia del 51% (Granero et al, 2006).

En un estudio más reciente (Chicharro, Orozco, Sánchez, López y Flores, 2016), el porcentaje de peregrinos que presentaban ampollas era del 71,9%, de los que el 48,6% sufrían dos o más lesiones, guardando relación con la edad y la falta de entrenamiento; a menor edad mayor aparición de ampollas (probablemente por mayor prevalencia de hiperhidrosis en jóvenes) y a menor entrenamiento previo, mayor incidencia de lesiones.

Los tipos de lesiones que se producen en el Camino de Santiago guardan relación con el medio utilizado para el transporte por parte de los peregrinos. Así los cicloturistas se ven afectados por caídas y golpes, mientras que las ampollas, las llagas en los pies y tendinitis las padecen más los senderistas (Granero et al, 2006).

5.4. Actividad formativa “El Camino de Santiago” en la provincia de León

Esta actividad, que se realiza aproximadamente a 750 Km de la sede de la UMH, consiste en colocar al alumno en condiciones reales de atención al paciente.

La actividad asistencial tiene como principal objetivo curar, ayudar e instruir al peregrino en autocuidados para que pueda seguir su viaje. Este objetivo no es posible aprenderlo en los estudios de grado en los que ni los pacientes

arriesgan en su patología ni los profesionales en su práctica cotidiana. Es preciso, por tanto, establecer unos protocolos y, en su caso, un criterio de derivación, que se establecen en las sesiones teóricas previas al inicio de la actividad y se modulan “in situ” con el tutor profesional.

El peregrino, usualmente no nacional, tiene normalmente una agenda de viaje marcada y cerrada, por tanto, nuestra actividad asistencial tiene como principal objetivo que pueda seguir caminando y, en su caso, derivarlos al centro de salud más cercano.

La actividad asistencial no se realiza a lo largo de todo el día. Se desarrolla por la tarde siguiendo el patrón de actividad de los peregrinos. Los peregrinos comienzan a caminar al alba, caminan durante unos 25 km, llegan al siguiente albergue, se asean, comen y antes de realizar sus actividades culturales de la tarde, los que lo precisan acuden a solicitar cita a los puntos de atención.

Los alumnos desplazados de las tres titulaciones y los tutores conviven durante la semana que dura cada turno. Duermen en el mismo albergue, comparten habitación, atienden a los peregrinos en el albergue, comen juntos y realizan las actividades de ocio también juntos.

Esta actividad genera una convivencia permanente entre tutores y alumnos. Los albergues ponen a disposición de la UMH habitaciones de peregrinos durante los 37 días que dura la actividad. Además, los domingos de cambio de turno, habilitan habitaciones extras. Los alumnos y tutores duermen en Astorga, Villadangos y Ponferrada y conviven en las mismas habitaciones.

Los alumnos y tutores provienen de diferentes puntos del país, por lo que la llegada y salida de los mismos no es simultánea. Cada uno de ellos utiliza los medios a su alcance para llegar al punto de encuentro y cambio de turno cada domingo en Astorga. La coordinación del inicio y fin de actividad de la semana y las decisiones últimas se toman desde la coordinación general del proyecto. En ocasiones es necesario atrasar el inicio de atención esa semana o cambiar

algún billete de viaje para que el tutor saliente pernocte un día más a la espera del siguiente tutor.

Sin tutor profesional, la actividad no puede realizarse. Además, en el caso de existir un solo tutor profesional, éste selecciona a los alumnos que asistirán en uno u otro albergue, desplazándose continuamente entre ellos. La distancia aproximada en línea entre Villadangos y Astorga es de 25 Km. Y entre Astorga y Ponferrada de 50 Km.

La Universidad Miguel Hernández también suministra los materiales de cura y/o atención al peregrino en forma de material inventariable y fungible que se ha ido determinando por la frecuencia de las lesiones de ediciones anteriores. Este material se suministra al principio del proyecto y debe durar hasta el final, por lo que el alumno (y tutores) son conscientes de los recursos finitos de los que disponen.

Por otro lado, los alumnos de las tres titulaciones interactúan entre ellos haciendo viable la coordinación de la atención integral al peregrino.

6. El Camino de Santiago como actividad en el grado de podología

6.1. Creación de la actividad

En el curso 2001-2002, la Universidad de Miguel Hernández de Elche, puso en marcha una actividad pionera para los alumnos matriculados en la titulación de Podología como consecuencia de la iniciativa por parte de un grupo de profesores de Podología. Dicha actividad consistía en llevar a cabo labores de asistencia a los peregrinos que realizaban el Camino de Santiago a su paso por la localidad de Hospital de Órbigo en la provincia de León.

En la actualidad, esta actividad se realiza en tres municipios, lo que permite desplazar alrededor de 100 alumnos cada curso académico. Las sedes están ubicadas en las poblaciones de Villadangos del Páramo, Astorga y Ponferrada.

Los alumnos que realizan la actividad provienen actualmente de las titulaciones de Podología, Terapia Ocupacional y Fisioterapia.

Para la realización de esta actividad la UMH envía a los alumnos junto con un equipo de tutores profesionales. En la propia UMH permanecen localizados los 3 tutores profesionales responsables, que son los vicedecanos de las 3 titulaciones, y el tutor académico responsable de la coordinación docente del proyecto.

6.2. Objetivos de la actividad

Los objetivos de la actividad son fundamentalmente dos:

- Realizar una actividad extracurricular por parte de los alumnos, que les permita trabajar las competencias en un área específica de su titulación, prestando asistencia, multidisciplinar al peregrino del Camino de Santiago, ofreciendo un complemento formativo fundamentalmente práctico, desarrollado en un entorno real y ajeno al universitario.
- Dar a conocer y difundir la imagen corporativa de la UMH como referente académico.

6.3. Competencias a trabajar en la actividad del Camino de Santiago

En cuanto a la Titulación de Podología se refiere, la Actividad del Camino de Santiago tiene como una de sus finalidades el desarrollo por parte de los alumnos de algunas de las competencias, tanto transversales como específicas que se encuentran contempladas en la Memoria Verificada del Título, y que complementan el currículo en la modalidad de prácticas externas.

El documento de la memoria de la actividad contiene las competencias que se deben de trabajar y desarrollar durante la actividad y que pueden verse en el anexo 1. Estas competencias son las siguientes:

- Desarrollar la capacidad de transmitir información a los pacientes.
- Desarrollar las habilidades de comunicación y el trato con el paciente y otros profesionales, así como el trabajo en equipo.
- Desarrollar un uso eficiente de los recursos sanitarios disponibles.
- Garantizar la calidad asistencial en la práctica de la Podología, Fisioterapia y Terapia Ocupacional.
- Prescribir, administrar y aplicar tratamientos farmacológicos, ortopodológicos, físicos y ortopédicos, recuperación funcional.
- Desarrollar la habilidad y destreza en el uso del instrumental y material para la aplicación de tratamientos podológicos.

Asesorar en temas de educación relacionados con la prevención y asistencia podológica.

6.4. Número, selección y distribución de los alumnos participantes en la Actividad

Los criterios de selección de los alumnos son diferentes y con características específicas para cada Titulación participante (Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Podología), siendo el número máximo de alumnos de 110 para el conjunto de las titulaciones.

En lo que concierne a la Titulación de Podología, el número de alumnos que participaron en la actividad en el año 2015-2016, fue de 40 alumnos. La selección de alumnos se realiza entre los alumnos de 3º en fechas posteriores a la finalización de los exámenes.

A pesar de que uno de los criterios de selección es el expediente académico, nunca se cumple a la hora de designar a los alumnos que acudirán a la

actividad, debido a que el número de plazas ofertadas es superior al número de solicitudes. Los alumnos se inscriben con anterioridad a la fecha de selección, pero circunstancias posteriores como son la oferta de trabajo en período vacacional, la posibilidad de realizar prácticas en empresas y otros imprevistos, hacen que los alumnos cancelen la actividad por lo que la selección final depende de los movimientos realizados por los propios alumnos en la lista.

La distribución semanal de los alumnos en los respectivos albergues donde se desarrolló la actividad fue la siguiente: de un total de 40 alumnos de la Titulación de Podología, 1 alumno realizó las prácticas en la población de Villadangos, 3 en Astorga y 4 alumnos en Ponferrada. La duración de la actividad es de 5 semanas, aunque los alumnos solo permanecen en los albergues por un período de 1 semana; realizándose el relevo al cabo de ésta (tabla 7).

Tabla 7. Distribución de los alumnos en los diferentes albergues

	semanas	alumnos	Total
Villadangos del Páramo	5	1	5
Astorga	5	3	15
Ponferrada	5	4	20
		Total	40

6.5. Contexto geográfico donde se desarrolla la actividad:

Las rutas por las que transcurre el Camino de Santiago son diversas y muy variadas, atravesando un gran número de poblaciones de toda España. Se originan desde prácticamente todos los puntos geográficos de la península, finalizando en la ciudad de Santiago de Compostela. Entre dichas rutas o

caminos destacan el Camino Francés, como el más transitado, seguido por el Camino del Norte, Camino Portugués y el Camino de Levante entre otros.

El Camino de Santiago Francés es la ruta principal y la más frecuentada con aproximadamente el 70% de los peregrinos que se dirigen a Santiago de Compostela.

Fue la ruta más importante durante la Edad Media y la primera en ser declarada Patrimonio de la Humanidad. Tiene su origen en la localidad francesa (Saint Jean Pied de Port) o en Roncesvalles, localidades que están a unos 29-34 días a pie de Santiago respectivamente.

Recorre toda la provincia de León de este a oeste, cruzando gran parte de los núcleos de población más importantes, entre los que se encuentran las poblaciones de Villadango, Astorga y Ponferrada; poblaciones éstas donde se realiza la actividad por parte de los alumnos de la UMH. Este Camino está perfectamente señalizado y cuenta con abundantes servicios para los peregrinos, incluidas las dos variantes de su trazado.

6.6. Poblaciones donde se desarrolla la actividad práctica

La actividad se lleva a cabo en su totalidad dentro de la provincia de León y concretamente en las poblaciones de Villadangos del Páramo, Astorga y Ponferrada.

Villadangos del Páramo: Esta localidad está situada a 283 Km de Santiago de Compostela. Fue la población donde inicialmente se estableció el primer convenio de prácticas durante el curso académico 2002-2003 tras el cese de actividad en la ciudad de Hospital de Órbigo. El convenio de cooperación educativa está suscrito por la Universidad Miguel Hernández de Elche, el Excmo. Ayuntamiento de Villadangos del Páramo y la Fundación Proyecto Joven (Albergue de Peregrinos del Camino de Santiago).

Astorga: Es la segunda población a la que se amplió la actividad para la práctica de los estudiantes. Está situada a 255 Km. de Santiago. Las prácticas se desarrollan desde el curso 2004-2005. El convenio está suscrito de una parte por la UMH y por la otra El Excmo. Ayuntamiento de Astorga y la Asociación de Amigos del Camino de Santiago de Astorga y su Comarca.

Ponferrada: La última población que se ha añadido al proyecto de prácticas de la UMH, ha sido la ciudad de Ponferrada en el año 2016; permitiendo el acceso de los estudiantes durante el curso académico 2016-2017. El convenio está firmado por la UMH y por el Excmo. Ayuntamiento de Ponferrada junto con el Albergue de Peregrinos San Nicolás de Flüe, propiedad de la Parroquia Ntra. Sra. De Encina. Esta población es la más cercana a Compostela y se encuentra situada a 204 Km de Santiago.

6.7. Convenios de colaboración suscritos por la UMH

Esta actividad docente se ha formalizado mediante los convenios que la Universidad y las entidades colaboradoras de la provincia de León han suscrito juntamente con un período de renovación de carácter anual de los mismos (Anexo 2).

Los convenios firmados con las diversas poblaciones que participan tienen un contenido similar, y como objetivo común, el establecer un marco de actuación para promover actividades socio-sanitarias, culturales, de formación e investigación por el que los alumnos de la UMH, puedan desarrollar competencias y habilidades, y al mismo tiempo redunde en beneficio de los peregrinos del Camino de Santiago que se hospeden en los lugares dispuestos para tal fin.

Entre los compromisos asumidos por los firmantes se encuentran, por parte de UMH:

- El aportar el material inventariable y fungible necesario para la atención de los peregrinos.
- Asumir los gastos de desplazamiento de los tutores y estudiantes desde Alicante hasta el lugar de actuación.
- La supervisión por parte de los tutores profesionales de las actividades que desarrollan los alumnos.

Por parte de los Ayuntamientos y entidades, el compromiso que se adquiere es:

- Al pago de parte de la dieta de cada uno de los miembros de la UMH que participen en el proyecto.
- Facilitar el hospedaje a todos los miembros de la UMH, así como al acceso a los servicios que presta el albergue.

Para la coordinación, ejecución y seguimiento del acuerdo, tanto la UMH como el Ayuntamiento de la localidad asignan a un responsable como supervisor.

6.8. Cronología de la actividad

Según la memoria interna de la UMH, la actividad se lleva a cabo durante los meses de julio y agosto, con una duración entre 4 y 5 semanas, una vez que los alumnos han terminado las clases teóricas y el período de exámenes.

El tiempo de permanencia por alumno es de siete días a los que se añade dos días para el desplazamiento. Finalizado el período de estancia los alumnos abandonan el lugar de las prácticas realizándose el relevo de forma continuada los domingos, lo que permite la presencia ininterrumpida de la actividad de la UMH. Para el alumno, las horas totales de la actividad suponen 5,2 créditos docentes que pueden homologar a través del Servicio de Gestión de Estudios de la UMH, que es el encargado de la coordinación y gestión administrativa de

los estudios que se imparten en la UMH. Entre sus múltiples funciones están la de gestionar todos los procedimientos relacionados con el conjunto de actividades formativas que complementan la enseñanza en la UMH.

6.9. Recursos Económicos, Materiales y Humanos en el Camino de Santiago

Para realizar la actividad del Camino de Santiago se precisa una serie de recursos de tipo económico, material y humano y una coordinación por parte de los distintos estamentos de la Universidad. Entre los recursos económicos de los que se dispone, la Universidad Miguel Hernández, asignó para el período de 2016 la cantidad de 18.912 €. Con esta cantidad disponible se sufragan los gastos de desplazamiento, dietas para los tutores académicos y material utilizado durante la actividad. Este presupuesto anual, ha venido incrementándose desde el inicio, aunque puede variar de un año a otro en función de otras variables o imprevistos.

Por su parte las entidades y Ayuntamientos donde tiene lugar la actividad proporcionan alojamiento y manutención tanto a tutores como a los alumnos.

En cuanto a los recursos humanos cabe decir, que la tutorización de los alumnos se lleva a cabo por docentes y profesionales enviados por la UMH, durante períodos de 7 días, debiendo de desplazarse hasta los respectivos albergues donde se llevará a cabo la actividad.

7. Otras Actividades Extracurriculares de la UMH

Existen otras actividades extracurriculares donde los alumnos de Podología trabajan competencias relacionadas con su grado. Entre éstas están:

- a) La Carrera Solidaria: Tiene como objetivo principal la inclusión y normalización de las personas con discapacidad, en el deporte. Es una actividad joven de reciente creación (2015). Organizada por la Titulación

de Terapia Ocupacional y con colaboración de las titulaciones que integran la Facultad de Medicina de la UMH. Entre los diferentes puestos de atención se encuentra el de Podología con presencia de alumnos de la Titulación y Tutores Académicos y entre sus actividades se encuentran las revisiones de los pies, asesoramiento sobre calzado deportivo y divulgación de la salud del pie.

- b) La Senda del Poeta: Otras de las actividades formativas en las que participa la Titulación de Podología, es la denominada Senda del Poeta. Esta actividad está organizada por el 'Institut Valencià de la Joventut', en colaboración con el Vicerrectorado de Cultura y Extensión Universitaria de la UMH. Pese a su carácter cultural y lúdico, Los participantes pueden solicitar atención podológica y fisioterapéutica, a cargo de estudiantes de la UMH. La UMH ha difundido la actividad entre sus estudiantes con la idea de conseguir voluntarios/as que estén junto a la organización, a través de la realización de tareas de apoyo a lo largo de todo el recorrido.



Justificación

II JUSTIFICACIÓN

El Camino de Santiago es una actividad extracurricular puesta en marcha por un grupo de profesores de la Universidad Miguel Hernández de Elche como complemento para la formación curricular de sus estudiantes. Tiene una larga trayectoria y proyección entre el alumnado de las titulaciones de la Facultad de Medicina, como lo demuestra el hecho de realizarse ininterrumpidamente desde el año 2002.

Para su desarrollo, se requiere de unos recursos económicos, materiales y humanos. En cuanto al primero se refiere, según datos de 2016, el proyecto contó con un presupuesto inicial de 18.912 €, cantidad nada despreciable si se compara con otros proyectos también llevados a cabo por la institución. Igualmente, la actividad moviliza a un gran número de Personal Docente y Personal de Administración. A esta cantidad se le suma la aportación proveniente de las instituciones de destino para financiar las dietas y alojamiento de estudiante y tutores.

Los objetivos de esta actividad están orientados entre otras a la adquisición de competencias complementarias transversales incluidas en las memorias de los Títulos de Grado en Podología, Terapia Ocupacional y Fisioterapia.

Conocer la autoeficacia de los alumnos que realizan la actividad del Camino de Santiago en dichas competencias, cobra un especial interés dado que competencias transversales y específicas son difíciles de adquirir en un entorno universitario diferente al clínico real.

Conocemos que la autoeficacia percibida en determinadas tareas tiene un papel destacado en la motivación y correlaciona de forma positiva a su vez con el rendimiento académico. La motivación es un factor influyente en el rendimiento académico.

La percepción de la autoeficacia por parte del estudiante puede predecir el rendimiento académico; en nuestro entorno no hemos encontrado hasta el

momento trabajos o informes que estudien la autoeficacia en este tipo de actividades académicas en los estudiantes de Podología por lo que consideramos importante conocerla con el objetivo de averiguar la idoneidad de la actividad, ayudándonos a detectar y mejorar aquellos aspectos que puedan ser susceptibles de mejora desde el punto de vista formativo.





Hipótesis

III HIPÓTESIS

El componente mayor de la autoeficacia en una profesión es el constante ejercicio de la misma. En la Universidad se puede proveer de las herramientas de conocimientos, habilidades y actitudes que condicionen la autoformación constante del estudiante en su paso a profesional.

La autoeficacia, como ya hemos mencionado, es un concepto que hace referencia a las creencias que tiene el estudiante de poder ser capaz de enfrentarse a un reto nuevo relacionado con sus habilidades. La autoeficacia como concepto y como hemos mencionado, se puede medir y por tanto comparar con otros grupos. Para este estudio seleccionaremos el instrumento adecuado que interprete las capacidades que el alumno cree que posee.

En este contexto, la actividad extracurricular Camino de Santiago de la Universidad Miguel Hernández podría proveer al estudiante de Podología de habilidades, competencias, actitudes y conocimientos. La percepción de autoeficacia podría estar relacionada con las competencias trabajadas en esta actividad. Por ello nos planteamos la siguiente hipótesis:

H0: La puntuación en autoeficacia de los estudiantes de Podología es independiente de haber realizado la actividad extracurricular denominada “Camino de Santiago”.

Como hipótesis alternativas nos planteamos:

H1: Haber realizado la actividad “Camino de Santiago” provee a los estudiantes de Podología de una puntuación en autoeficacia superior a no haberla realizado.

La hipótesis alternativa H2: Haber realizado la actividad “Camino de Santiago” merma la puntuación en autoeficacia en los estudiantes de Podología no la contemplamos al no existir bibliografía de apoyo.

Para verificar la hipótesis nos planteamos un objetivo principal previo, tres objetivos principales y uno secundario.





Objetivos

IV OBJETIVOS

Las escalas de autoeficacia percibida se deben de adecuar al dominio particular que es objeto de interés, es decir, deben de estar relacionadas con aquellos factores que determinan el dominio seleccionado (Olivari, 2007). Tal y como indica Bandura (Bandura, 1997), las creencias deberían de medirse en términos específicos de capacidad, variando éstos en función de la actividad desarrollada, exigencias requeridas y múltiples circunstancias situacionales. Es necesario, por tanto, encontrar un nivel óptimo de especificidad de lo que medimos, y que se corresponda con la tarea y el ámbito objeto de evaluación (Navarro, 2003). Según Zimmerman (1996), la medición de la autoeficacia debe de estar ligada a determinados campos de funcionamiento y ser dependiente del contexto en el que se da la tarea. Por lo tanto, las escalas de autoeficacia deben ajustarse a dominios de actividad y evaluar las distintas dimensiones en las que dichas creencias operan en un dominio de actividad seleccionado (Bandura, 1986 citado por Navarro, 2002 p.597).

Existen instrumentos de medición y predicción de la autoeficacia académica como son la Escala de Autoeficacia Académica para estudiantes Universitarios (Wood & Locke, 1987), la Escala de Autoeficacia en Conductas Académicas (Chávez, Peinado, Ornelas & Blanco, 2013) y el Inventario de Expectativas de Autoeficacia Académica (Barraza, 2010) entre otras. En el campo de la actividad física se utiliza la Escala de Autoeficacia para la Actividad Física (EAF) (Fernández, Medina, Herrea, Rueda & Fernández, 2011), en el campo de salud podemos citar la Escala Autoeficacia en Conductas de Cuidado de la Salud Física (Ornelas 2011). Así mismo y dentro del contexto académico existen indicadores sobre la autoeficacia en la labor del docente como la escala Teacher Efficacy Scale, de Gibson y Dembo (1984).

Existen numerosos estudios para aspectos clínicos concretos (reanimación cardiopulmonar, conductas de salud, personalidad, adherencia a tratamientos,

manejo de tabaquismo, etc), pero no hemos encontrado escalas que valoren, dentro del ámbito de la podología, la autoeficacia en las prácticas clínicas contempladas en el diseño curricular. Por tanto, al no poder adaptar alguno de los cuestionarios revisados, el primer objetivo/tarea, para cumplir la hipótesis del trabajo y poder desarrollar los objetivos del mismo, va a consistir en:

1. Diseñar un cuestionario específico para medir la autoeficacia en las competencias que se trabajan en la actividad extracurricular del Camino de Santiago de los estudiantes de Podología de la Universidad Miguel Hernández.

Mediante este cuestionario extraeremos los datos necesarios para:

Objetivos principales.

2. Describir la autoeficacia de los alumnos matriculados en 4º curso del Grado de Podología en aquellas competencias que se trabajan en la actividad voluntaria extracurricular del Camino de Santiago, tanto si han realizado la actividad, como si no la han realizado.
3. Establecer la relación de autoeficacia entre los alumnos de 4º de Podología que han realizado el Camino de Santiago y los que no.
4. Establecer la relación de autoeficacia entre los alumnos de 4º de Podología y los alumnos de 3º.

Objetivos secundarios.

5. Conocer el perfil del alumno que realiza el Camino de Santiago, en función del rendimiento académico y las variables sociodemográficas edad y sexo.

Tras el diseño del instrumento de medida y su validación, la autoeficacia se comparará entre los alumnos de 4º que sí han realizado el Camino, los alumnos de 4º que no lo han realizado, estableciendo un grupo control en el que incluiremos a los alumnos de 3º.



Material y Método

V MATERIAL Y MÉTODO

Para identificar la autoeficacia en el proyecto “Camino de Santiago” hemos recogido la información tanto de los alumnos que han participado en la actividad, como de los que no la han hecho suministrándoles previamente un cuestionario sobre autoeficacia.

1. Diseño del estudio

Se realizó un estudio cuantitativo de tipo descriptivo transversal, de carácter no experimental y basado en el tipo encuesta.

La técnica de encuesta se utiliza en los estudios analíticos observacionales y en los descriptivos (McMillan & Schumacher, 2005; Anguita, Labrador, y Campos, 2003). En este tipo de estudios, la recogida de datos suele realizarse mediante 2 técnicas: La entrevista y el cuestionario (Torrado, 2004). Nosotros optamos por esta última técnica que se adapta perfectamente a nuestro estudio ya que la información que queríamos conseguir era en un período concreto (curso 2016-2017) y por la relativa facilidad de acceso a los sujetos de estudio (Carril & Sanmamed, 2010).

2. Población de estudio

La población a la que se dirigió el presente trabajo fueron los alumnos de 4º curso del Grado de Podología matriculados en la UMH durante el curso 2016-2017 con el objetivo de comparar la autoeficacia de determinadas competencias, entre aquellos alumnos que habían realizado la actividad del Camino de Santiago frente a los que no la habían realizado.

Para ello se seleccionaron alumnos de la Titulación de Podología de la UMH mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Además, se recogieron datos de los alumnos de 3º curso que, por razones de

incompatibilidad, todavía no han realizado el Camino de Santiago para compararlos con los alumnos de 4º que no habían realizado el Camino.

En la recogida de datos no se tuvo en cuenta el albergue de atención al peregrino ya que los alumnos rotaron entre las tres sedes.

3. Criterios de inclusión y exclusión

3.1. Criterios de inclusión:

1.- Todos los alumnos matriculados por primera vez en el Grado de Podología en el año 2013 o anteriores y que estuvieran matriculados al menos en 1 asignatura de 4º curso en el momento de la recogida de datos.

2.- Todos los alumnos matriculados por primera vez en el Grado de Podología en el año 2014 y que estuvieran matriculados al menos de 1 asignatura de 3º curso en el momento de la recogida de datos.

3.2. Criterios de exclusión:

2.- Alumnos que hayan realizado la actividad del Camino de Santiago, más de 1 vez.

3.- Alumnos que hayan realizado la actividad del Camino de Santiago en una fecha distinta a 2016.

Tras el análisis de los matriculados se detectó alumnos matriculados por primera vez en el Grado de Podología en fechas posteriores al año 2014 provenientes de convalidaciones e intercambios. También se excluyeron.

4. Descripción de las Variables del Estudio

Las variables medidas en el estudio fueron las siguientes (tabla 8):

Tabla 8. Variables del estudio. Nombre y valores posibles que puede tomar.

Variablen	Descripción de la variable y posibles Valores que puede tomar
Sexo	0: Hombre; 1: Mujer
Año estudios	<i>Año de inicio de los estudios de grado</i>
Edad	<i>Edad estudiante. Años</i>
X1	<i>conocimientos teórico prácticos. Valores de 0 a 10</i>
X2	<i>habilidades clínicas. Valores de 0 a 10</i>
X3	<i>información al paciente. Valores de 0 a 10</i>
X4	<i>comunicación eficaz. Valores de 0 a 10</i>
X5	<i>trabajo equipo. Valores de 0 a 10</i>
X6	<i>uso recursos. Valores de 0 a 10</i>
X7	<i>atención sanitaria. Valores de 0 a 10</i>
X8	<i>Satisfacción paciente. Valores de 0 a 10</i>
X9	<i>tratamientos farmacológicos dermatología. Valores de 0 a 10</i>
X10	<i>tratamientos farmacológicos musculoesquelético. Valores de 0 a 10</i>
X11	<i>tratamientos ortopodológicos dermatología. Valores de 0 a 10</i>
X12	<i>tratamientos ortopodológicos musculoesquelético. Valores de 0 a 10</i>
X13	<i>tratamientos físicos musculoesquelético. Valores de 0 a 10</i>
X14	<i>Uso_instrumental. Valores de 0 a 10</i>
X15	<i>Consejos_podológicos. Valores de 0 a 10</i>
X16	<i>vcamino. 1=realizar el Camino de Santiago 0=No realizarlo</i>
X17	<i>año_camino. Año que se realizó el camino</i>
X18	<i>Valoración camino. Valores de 0 a 10</i>
X19	<i>vcarrera. 1= realizar la carrera Solidaria. 0=No realizarla</i>
X20	<i>vsenda. 1= realizar la Senda del Poeta. 0=No realizarlo</i>
X21	<i>Otra_titulación. 1= Sí 0 = No</i>
X22	<i>finalización ciencias salud. Años</i>
X23	<i>título ciencias salud. Texto</i>
X24	<i>vtrabajo. 1 = Sí 0 = No</i>
X25	<i>vtipotrabajo_actual. Trabajo en el campo de la salud. Texto</i>
X26	<i>vnotaexp. Nota media del expedienteValores de 0 a 4</i>
X27	<i>autoeficacia total. Promedio de las variables X1 a X15. Valores de 0 a 10</i>

Para facilitar el estudio, se creó la variable *autoeficacia total* que reúne a las variables X1 a X15 y representa el promedio de las puntuaciones de los 15 primeros ítems con los que conformamos la autoeficacia del sujeto.

5. Técnica de muestreo

Para la obtención de la muestra, se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Una muestra por conveniencia es un grupo de sujetos seleccionados sobre la base de ser fácilmente accesibles. El investigador selecciona directa e intencionadamente los individuos de la población. Este tipo de muestreo tiene como característica que facilita llevar a cabo la investigación, aunque los resultados obtenidos no se pueden generalizar a cualquier tipo de población, sino que solo pueden ser aplicados a la propia población de estudio (McMillan, et al., 2005).

La recogida de los datos se realizó dentro de las aulas en el horario académico durante el mes de febrero, mediante una encuesta en formato papel, manteniendo en todo momento la confidencialidad y el anonimato de los encuestados. Se advirtió a los alumnos que su participación en la investigación era totalmente voluntaria.

Antes de proceder a la recogida de datos, en febrero, se realizó una recogida piloto con una selección de 20 alumnos de segundo curso de la titulación de Podología con el objetivo de determinar si el cuestionario era comprendido o si tenía dificultades en su redacción. Se optó por colocar las variables que hemos denominado como sociodemográficas al final del cuestionario para poder enmascarar el auténtico objetivo del cuestionario.

El investigador estuvo presente en todas las sesiones de recogida de datos y explicó en voz alta la forma de responder a los cuestionarios, así como las dudas planteadas por los estudiantes. Este estudio obtuvo el visto bueno por

parte del Comité de Ética de la Oficina Evaluadora de Proyectos (OEP) de la UMH.

6. Tamaño y descripción de la muestra

La muestra fue reclutada de un total de 137 alumnos matriculados en los cursos tercero y cuarto del Grado en Podología de la UMH.

De los 137 posibles participantes, no se pudo contactar con 11 de ellos (6 alumnos de cuarto y 5 de tercer curso por estar en estudios de intercambio con otras universidades). De los 126 alumnos disponibles, 65 pertenecían a 4º curso y 61 a tercero. Dos alumnos de 4º curso declinaron participar en el estudio y 4 alumnos de 3º fueron excluidos por haber realizado el camino de Santiago. Todos ellos cumplimentaron un cuestionario *ad hoc* construido y validado específicamente para este trabajo.

La muestra final estaba compuesta por un total de 120 alumnos, de los cuales, el 47,5% (57) pertenecían a 3º de grado y el 52,5% (63) a 4º curso. El 30,0% (36) eran hombre y el 70,0% (84) eran mujeres. La media de edad de los participantes fue de $25,32 \pm 5,21$ años y un rango comprendido entre 20 y 42 años.

Se seleccionó el mes de marzo de 2017 para que los alumnos cumplimentaran el cuestionario. Esta selección de fecha está en consonancia con los objetivos que nos planteamos ya que los alumnos han completado el primer semestre, y el posible efecto de distorsión de haber realizado el Camino de Santiago debería haber quedado amortiguado y durante este espacio de tiempo, los alumnos de tercero han cursado competencias que son puestas en práctica en el Camino de Santiago.

7. Creación del instrumento de medida

Un cuestionario, es un instrumento de recogida de datos consistente en la obtención de respuestas directamente de los sujetos estudiados a partir de la formulación de una serie de preguntas realizadas por escrito (Murillo, 2004; Fernández, 2007).

Según Sierra Bravo (citado por Casas et al, 2003), la observación por encuesta, consiste en la obtención de datos de interés mediante la interrogación a los miembros de la sociedad.

Debido a que en la bibliografía consultada no se encontró ningún cuestionario que se adaptara específicamente a nuestras necesidades, se diseñó un cuestionario *ad hoc* utilizando como material de referencia, la memoria elaborada por la Facultad de Medicina de la UMH para la realización de la actividad del Camino de Santiago y en el que están reflejadas las competencias a trabajar y desarrollar durante la actividad.

A continuación, se detallan las etapas que se siguieron hasta la creación final del cuestionario.

7.1. Etapa 1: Creación de las preguntas del Cuestionario

Para la creación de las preguntas se partió de las competencias que se encuentran en la Memoria de la Actividad del Camino de Santiago (Anexo 1). De cada competencia, se diseñaron una o varias preguntas que hacían referencia a la propia competencia. Una vez redactadas las preguntas, se creó un primer documento, que posteriormente sería evaluado por los expertos.

7.2. Etapa 2: Validación de Contenido

7.2.1. Juicio de Expertos

La validez de contenido generalmente se determina y evalúa mediante el juicio de expertos. Éste, se define como “una opinión informada de personas con trayectoria en el tema que se propone y que son reconocidas por otros como expertos cualificados” (Escobar-Pérez, & Cuervo-Martínez 2008).

El documento creado durante la etapa 1, fue presentado a un grupo de expertos que valoraron la redacción, el estilo y la claridad de comprensión de los ítems y estimaron si las preguntas eran pertinentes y guardaban relación con las competencias que se querían evaluar.

7.2.2. Selección de los Expertos

En cuanto al número de expertos que se debe de emplear, depende de aspectos tales como la facilidad para acceder a ellos o la posibilidad de conocer expertos suficientes sobre el tema a tratar (Robles & del Carmen, 2015). La literatura sugiere un número de expertos que va desde 2 a 20 (Escobar-Pérez et al. 2008).

En nuestro caso, dado el carácter específico de la actividad, contactamos con un total de 9 expertos todos ellos docentes de la UMH y con amplia experiencia en la docencia, de los cuales 1 era Licenciado en Medicina y Cirugía, 6 eran Diplomados en Podología y 2 Licenciados en Psicología, 6 tenían el Grado de Doctor, y 7 habían participado como tutores en el Camino de Santiago (ver tabla 9).

Tabla 9 Características de los expertos consultados

Características de los Expertos*	
Diplomado en Podología	6
Licenciado en Medicina	1
Licenciado en Psicología	2
Grado de Doctor	6
Catedrático de Escuela	1
Tutor en el Camino de Santiago	7

*Todos los expertos tenían más de 12 años de experiencia como docentes

7.2.3. Valoración de Contenido por los Expertos

Tras un primer contacto con el panel de expertos, explicadas las características del estudio y comprendido el rol de cada panelista, todos aceptaron participar y se les suministro un documento (Anexo 3) que contenía la siguiente información:

- Un encabezado con una breve explicación del objetivo del estudio, población a la que iba destinada el cuestionario y cómo valorar los ítems presentados.
- Las competencias que se deseaban evaluar y los ítems o preguntas que hacían referencia a dichas competencias.
- Un apartado de observaciones, donde cada experto podía anotar sugerencias y justificar la pertinencia de cada ítem a su competencia, así como la inclusión de nuevos ítems o la eliminación de alguno de ellos.

Se sugirió a los expertos que evaluaran de forma individual cada una de las preguntas de acuerdo con su relevancia, pudiendo dar su criterio según tres posibles opciones:

1. La pregunta es esencial para el objetivo propuesto, es decir, hace referencia a la competencia propuesta.
2. La pregunta es útil, pero se puede prescindir de ella.

3. La pregunta es totalmente irrelevante e innecesaria y no guarda relación con la competencia propuesta.

Una vez obtenidos los resultados de la información y valoración de todas las preguntas por parte de los expertos o jueces, se determinó la Razón de Validez de Contenido de cada pregunta (CVR'), siguiendo el modelo de Lawshe (Lawshe, 1975), modificado por Tristán-López (Tristán-López, 2008), modelo que ha sido ampliamente utilizado en distintos estudios (Vesga y Ruíz, 2016; Mateus-Galeano y Céspedes-Cuevas, 2016; Camargo y Pabón 2017).

El modelo de Lawshe, presenta ciertos problemas: En primer lugar, no explica el procedimiento seguido para el cálculo de los valores mínimos aceptables para los ítems. Por otra parte, los valores mínimos propuestos por el modelo original se ven influenciados por el número de expertos que participan; siendo muy estricto cuando el número de jueces es bajo, lo que obliga a un acuerdo total entre los jueces (CVR = 1) y poco exigente cuando el número de expertos está por encima de 40 (CVR = 0,29). Además, el modelo inicial no se puede aplicar cuando el número de jueces o expertos es menor de cinco (Tristán-López, 2008).

El cálculo de la CVR' para cada ítem, se obtiene con la siguiente fórmula modificada por Tristán:

$$CVR' = \frac{n_e}{N}$$

Donde: n_e = número de expertos que coinciden en la categoría esencial

N = número total de expertos que participan.

Una vez calculado el CVR' de cada uno de los ítems, se prescinde de aquellos cuyo valor sea inferior a 0,5823. Posteriormente, se calcula el Índice de Validez de Contenido de toda la prueba (CVI), que se obtiene mediante el promedio de los ítems aceptados como válidos, mediante la siguiente expresión:

$$CVI' = \frac{\sum_{i=1}^M CVR_i}{M}$$

Donde: CVR_i = Razón de Validez de Contenido de los ítems aceptables según el modelo de Tristán-López

M = Total de ítems aceptados para la prueba.

Para nuestro estudio, la tabla 10 muestra las puntuaciones obtenidas para cada ítem por parte de los expertos:

Tabla 10. Valoración de los ítems por parte de los expertos

Item	Esencial	Prescindible	Innecesario	CVR'
1	9	0	0	1
2	9	0	0	1
3	9	0	0	1
4	8	1	0	0,888
5	9	0	0	1
6	9	0	0	1
7	8	1	0	0,888
8	7	1	1	0,777
9	9	0	0	1
10	9	0	0	1
11	9	0	0	1
12	9	0	0	1
13	9	0	0	1
14	9	0	0	1
15	7	1	1	0,777
Suma =				14,33
CVI' =				0,955

De los resultados reflejados en la tabla 10, se desprende que el valor CVR' de cada uno de los ítems fue superior a 0,5823, por lo que no se eliminó ningún

ítem. Además, el cuestionario obtuvo un CVI' global de 0,955 que muestra una validez de contenido muy aceptable.

Solo uno de los expertos justificó la no inclusión del ítem 15 por considerarlo demasiado explícito, pero dado que su *Razón de Validez de Contenido* (0,777) era superior al mínimo exigido, se decidió incluirlo en el cuestionario final. En cuanto a la pertinencia, redacción y claridad del resto de los ítems, no hubo ninguna sugerencia modificación o cambio, por lo que se dio por finalizada la segunda etapa.

7.3. Etapa 3: Diseño del Cuestionario Final

El cuestionario final quedó estructurado en 3 bloques diferenciados:

Un primer apartado con las instrucciones para cumplimentar la encuesta junto con la garantía de anonimato y confidencialidad.

Un segundo bloque con las 15 preguntas validadas por el grupo de expertos y donde el encuestado debe de marcar su grado de acuerdo con las afirmaciones mostradas, en una escala de Likert con valores de 0 = Nada capaz y 10 = Totalmente capaz.

Por último, un tercer apartado donde se encuentran las variables sociodemográficas, y en el que se solicitaban además, la nota media del expediente, el grado de utilidad que el alumno otorga a la actividad, la posesión de alguna otra titulación, año de inicio de los estudios de Podología y además, se preguntaba a los alumnos si habían realizado la actividad de la Senda del Poeta en adelante (SdP) y si tenían intención de realizar la Carrera Solidaria en adelante (CS), actividades éstas ofertadas por la UMH a los alumnos de Podología.

8. Propiedades métricas del cuestionario

En primer lugar, medimos la fiabilidad del cuestionario a partir de los 15 ítems asociados a las competencias evaluadas. Para ello, calculamos el alfa de Cronbach, el cual permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través del conjunto de sus ítems.

El coeficiente obtenido es 0,935, el cual, lo podemos considerar excelente (George & Mallery 2003).

A continuación, realizamos un análisis factorial sobre los 15 ítems citados, con el objeto de reducir la dimensión.

El análisis factorial, es una técnica de reducción de datos que trata de encontrar grupos homogéneos de variables a partir de un conjunto inicial de variables más numerosas. Estas variables hipotéticas obtenidas se denominan 'factores'. Estos factores, deben de ser independientes del resto y las variables que constituyen dichos factores o grupos de variables, deben de correlacionar entre sí. Se trata de obtener grupos de variables con un significado común, cuyo propósito final es encontrar el número mínimo de dimensiones que pueda explicar la máxima información.

Se realizó la prueba Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett para comprobar la idoneidad de este tipo de análisis. En nuestro caso, son ambas favorables. Cuanto más cerca de 1 esté el valor obtenido de la medida, 0,882 en nuestro caso, implica que la adecuación de la muestra a este tipo de análisis es mejor.

La prueba de esfericidad de Bartlett evalúa si la matriz de correlaciones es idéntica a la matriz identidad. Como rechazamos esa hipótesis ($p < .001$) podemos concluir que existe una asociación significativa entre los ítems considerados.

Realizamos un análisis factorial mediante extracción de factores principales con rotación Varimax.

Se observa en la tabla 11, que podemos explicar más del 65% de la varianza a partir de los 3 primeros factores.

Tabla 11. Varianza total explicada			
Sumas de rotación de cargas al cuadrado			
Factor	Total	% varianza	% acumulado
1	4,052	27,010	27,010
2	3,600	23,999	51,009
3	1,925	12,832	63,840

En la tabla 12, se muestra el peso de cada ítem con respecto a los 3 factores extraídos.

Tabla 12. Matriz de factores rotados			
Ítem	Factor		
	1	2	3
1.- Soy capaz de mantener actualizados mis conocimientos teórico-prácticos	,517	,388	,103
2.- Soy capaz de mantener actualizadas mis habilidades clínicas	,668	,389	,140
3.- Soy capaz de transmitir información al paciente	,743	,331	,109
4.- Soy capaz de comunicarme de forma eficaz con los pacientes	,787	,240	,120
5.- Soy capaz de trabajar en equipo con otros compañeros o colegas de profesión	,687	,083	,160
6.- Soy capaz de utilizar los recursos sanitarios disponibles de forma eficiente	,535	,127	,121
7.- Soy capaz de prestar una atención sanitaria adecuada	,608	,436	,310
8.- Soy capaz de lograr que el paciente se sienta satisfecho	,716	,292	,245
9.- Soy capaz de aplicar tratamientos farmacológicos en las lesiones dermatológicas	,322	,761	,145
10.- Soy capaz de aplicar tratamientos farmacológicos en las lesiones musculoesqueléticas	,278	,814	,328
11.- Soy capaz de aplicar tratamientos ortopodológicos en lesiones dermatológicas	,290	,738	,208
12.- Soy capaz de aplicar tratamientos ortopodológicos en lesiones musculoesqueléticas	,215	,738	,406

13.- Soy capaz de aplicar tratamientos físicos en las lesiones musculoesqueléticas	,206	,429	,718
14.- Soy capaz de usar instrumental y material necesario para tratar lesiones musculoesqueléticas	,244	,287	,855
15.- Soy capaz de dar consejos podológicos a personas que realizan marchas prolongadas (deportistas, senderistas, peregrinos, etc)	,336	,485	,299

Con respecto al ítem 15, podemos observar que no queda identificado exclusivamente con alguno de los factores obtenidos. Quizás el más asociado sea el factor 2., lo cual era de esperar por la definición misma del propio ítem.

Analizamos la fiabilidad de cada uno de los factores extraídos, y calculamos los α de Cronbach en el caso de suprimir el ítem correspondiente (ver tabla 13).

Con respecto al primer factor, la fiabilidad mostró un α de Cronbach de .901 considerándolo un valor aceptable, siendo un poco inferior en el factor 3.

Tabla 13 Fiabilidad de los Factores (alfa de Cronbach)

	Alfa de Cronbach	Ítems implicados
Factor 1	,901	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8
Factor 2	,912	9, 10, 11 y 12
Factor 3	,883	13 y 14

Podemos observar que el alfa de Cronbach para los factores es excelente, no mejorando el valor de Cronbach en la tabla al suprimir cualquiera de los ítems en cada factor.

9. Procedimiento

La recogida de los datos se realizó en varias etapas a lo largo del curso académico 2016-2017, aprovechando la asistencia a las prácticas por parte de los alumnos.

En cada sesión de recogida de los datos y previa solicitud al profesor responsable, se informaba a los alumnos sobre la importancia del estudio que se estaba realizando, así como el tiempo empleado para la cumplimentación de la encuesta, que se estimaba en 10 minutos. Durante el tiempo empleado para rellenar la encuesta, se solventaban las dudas que podían surgir por parte de los alumnos.





Resultados

VI RESULTADOS

1. Análisis estadístico

Se han realizado recuentos y porcentajes tanto para las variables cualitativas como cuantitativas discretas, y para las variables de tipo cuantitativo se calculó, además, la media, desviación típica, y el valor máximo y mínimo.

Además, se creó una nueva variable denominada '*autoeficacia total*' cuyo valor representa el promedio de las variables X1 a X15.

1.1. Estadística descriptiva

Para facilitar el análisis de los datos obtenidos, el grupo de 4º curso se subdividió a su vez en dos; alumnos de 4º curso que habían realizado el Camino de Santiago (en adelante '4º camino sí') y alumnos que no lo habían realizado (en adelante '4º camino no'), y que junto con el grupo de 3º curso, configuran una tipología de 3 grupos entre los que se realizó la comparación (Tabla 14).

Grupos	N (%)	Nombre
Alumnos de 4º curso que han realizado el Camino de Santiago	36 (57,1%)	'4º camino sí'
Alumnos de 4º curso que NO han realizado el Camino de Santiago	27 (42,9%)	'4º camino no'
Alumnos de 3º curso que NO han realizado el Camino de Santiago	57 (100%)	Alumnos 3º
Total	120	

En la tabla 15, se observa un resumen de los datos sociodemográficos de los diferentes grupos de alumnos en el que figuran las variables edad, sexo y la media del expediente académico de tipo A.

Tabla 15. Descripción Estadística de la Muestra.

	'4º camino si'	'4º camino no'	3º curso
Edad	25,36±5,525	29,30±5,504	23,54±3,78
Hombre	30,6% (11)	22,2% (6)	33,3% (19)
Mujer	69,4% (25)	77,8% (21)	66,7% (38)
Exped.	1,613±0,247	1,652±0,404	1,60±0,320
Total	57,1% (36)	42,9% (27)	57

Edad: Promedio en años (ES); Exped.: Nota media del expediente tipo A (valor máximo = 4)

En nuestro cuestionario, se preguntó a los encuestados si poseían algún otro estudio tanto de grado, como diplomado o licenciado que estuviese relacionado con el campo de la salud y en caso afirmativo que dijeran cuál era la especialidad.

Los datos obtenidos fueron: solo el 17,5% (11) de los encuestados de 4º curso, tenían otra titulación relacionada con ciencias de la salud, siendo la mayoría Diplomados en Enfermería. El resto, no tenían otros estudios, o bien eran distintos a la categoría que se solicitaba. La proporción de los estudiantes con estudios entre los grupos de 4º se aprecia en la tabla 16. Con respecto a los alumnos de 3º curso, solo 4 de los 57 (7,0%) tenían algún estudio relacionado con el ámbito sanitario (tabla 16).

Tabla 16. Otros estudios de carácter sanitario

	'4º camino si'	'4º camino no'	3º curso
Licenciado	0	0	2*
Graduado	0	2	0
Diplomado	1	8	2
%	2,7%(1)	37,0%(5)	7,0% (4)

* Ldo. en Veterinaria y Ldo. en Ciencias del Deporte

La UMH realiza otras dos actividades más de carácter voluntario y extracurricular relacionadas con la Podología como son: la Senda del Poeta y la Carrera Solidaria.

Se preguntó a los alumnos, tanto de tercero como de cuarto curso, si habían realizado la actividad de la Senda del Poeta, y si tenían intención de realizar la actividad de la Carrera Solidaria. Los resultados obtenidos están reflejados en la tabla 17.

Tabla 17. Otras actividades realizadas por los alumnos de 3º y 4º curso

	'4º camino sí' (N=36)	'4º camino no' (n=27)	3º Curso (n=57)
Senda del Poeta*	8,3%(3)	0%(0)	31,6% (18)
Carrera Solidaria**	52,8%(19)	7,4%(2)	1,8% (1)

* Actividad realizada por los alumnos en 2º curso.
** Intención de realizar la actividad en un futuro.

Preguntamos a los encuestados que valoraran el grado de utilidad que representaba para ellos la actividad del Camino de Santiago en una escala de 0 a 10, tanto si habían realizado la misma como si no, los resultados obtenidos fueron los mostrados en la tabla 18. Como se puede ver, las puntuaciones medias en todos los grupos reflejan un valor superior a 8, indicando de una forma general que los alumnos tienen un concepto positivo de la actividad y la valoran con puntuaciones bastante altas.

Cuando comparamos dichas puntuaciones entre los alumnos de 4º curso, la puntuación más alta correspondió al grupo '4º camino sí' con un valor de 9,03 sobre 10. A pesar de esto, las diferencias encontradas entre los distintos grupos no fueron significativas $p = 0,065$ aunque cercanas al nivel de significación. Tampoco hubo diferencias significativas entre los alumnos de 3º curso y los de '4º camino no' con una $p = 0,821$ (tabla 18).

Tabla 18 Valoración de la actividad ‘Camino de Santiago’

	‘4º camino sí’	‘4º camino no’	3º curso
¿Qué utilidad le merece la actividad el Camino de Santiago?	9,03±1,08	8,30±1,77	8,39±1,65

Completo: Todos los alumnos de 4º curso; Camino sí: Alumnos de 4º que han realizado el Camino; Camino no: Alumnos de 4º que no han realizado el camino; 3º Curso: Todos los alumnos de 3º curso (ninguno ha realizado el camino)

Se analizó la variable ‘autoeficacia total’ entre los diferentes grupos. Esta variable representa el promedio de los 15 ítems que valoran la autoeficacia (variables X1 a X15). Los resultados se muestran en la tabla 19.

Tabla 19. Valores medios de la Autoeficacia total por grupos.

	Media	CL inferior	CL superior
‘4ª camino sí’	8,18±,71	7,94	8,42
‘4ª camino no’	7,22±1,17	6,76	7,68
3º Curso	6,69±1,08	6,41	6,98

Camino sí: Alumnos de 4º que han realizado el Camino; Camino no: Alumnos de 4º que no han realizado el camino; 3º Curso: Todos los alumnos de 3º curso (ninguno ha realizado el camino)

Existen diferencias entre las puntuaciones medias de los grupos encuestados, puntuando en orden creciente los grupos 3º curso, ‘4º camino no’ y ‘4º camino sí’; siendo estas diferencias entre grupos significativas, como veremos posteriormente en el análisis multivariante.

Al comparar las puntuaciones de los ítems de forma individual (variables X1 a X15) entre todos los grupos, el resultado fue que los alumnos de ‘4º camino sí’ puntuaron más alto que los alumnos de ‘4º camino no’ en todos los ítems, y a su vez estos últimos, puntuaron más que el grupo de 3º curso (tabla 20).

Tabla 20. Puntuación media de cada uno de los ítems de autoeficacia analizados por grupos

	'4º camino sí'	'4º camino no'	3º Curso
1.- Soy capaz de mantener actualizados mis conocimientos teórico-prácticos	7,92±1,251	7,26±1,583	6,59±1,68
2.- Soy capaz de mantener actualizadas mis habilidades clínicas	8,28±1,085	7,19±1,819	7,10±1,52
3.- Soy capaz de transmitir información al paciente	8,47±1,207	8,04±1,400	7,34±1,56
4.- Soy capaz de comunicarme de forma eficaz con los pacientes	8,47±1,483	8,22±1,368	7,38±1,58
5.- Soy capaz de trabajar en equipo con otros compañeros o colegas de profesión	8,92±1,228	8,22±1,476	8,10±1,49
6.- Soy capaz de utilizar los recursos sanitarios disponibles de forma eficiente	8,03±1,890	7,78±1,340	7,54±1,48
7.- Soy capaz de prestar una atención sanitaria adecuada	8,50±1,183	7,63±1,214	7,34±1,55
8.- Soy capaz de lograr que el paciente se sienta satisfecho	8,83±1,108	7,96±1,255	7,59±1,55
9.- Soy capaz de aplicar tratamientos farmacológicos en las lesiones dermatológicas	7,75±1,251	6,41±2,024	5,23±1,75
10.- Soy capaz de aplicar tratamientos farmacológicos en las lesiones musculoesqueléticas	7,33±0,986	6,22±1,867	5,08±1,66
11.- Soy capaz de aplicar tratamientos ortopodológicos en lesiones dermatológicas	7,94±1,013	6,70±1,918	5,84±1,83
12.- Soy capaz de aplicar tratamientos ortopodológicos en lesiones musculoesqueléticas	7,94±0,893	6,74±1,375	6,05±1,71
13.- Soy capaz de aplicar tratamientos físicos en las lesiones musculoesqueléticas	7,44±1,501	6,33±1,494	5,77±1,66
14.- Soy capaz de usar instrumental y material necesario para tratar lesiones musculoesqueléticas	7,92±1,339	6,59±1,845	6,21±1,60
15.- Soy capaz de dar consejos podológicos a personas que realizan marchas prolongadas.	8,92±0,841	7,00±1,687	7,16±1,40

En cuanto al ítem que obtuvo la puntuación más baja en todos los grupos, correspondió al ítem 10 (“*Soy capaz de aplicar tratamientos farmacológicos en las lesiones musculoesqueléticas*”), mientras que el ítem cuya puntuación fue la más alta correspondió al ítem 5 (“*Soy capaz de trabajar en equipo con otros compañeros o colegas de profesión*”) siendo también la puntuación más elevada en todos los grupos.

Una vez que se completó el análisis descriptivo de la muestra, se realizó un estudio para muestras independientes con el objetivo de analizar si existían asociaciones entre la variable principal ‘vcamino’ (haber realizado el Camino de Santiago o no) y el resto de las variables del estudio.

1.2. Estadística bivalente

Con respecto a la variable categórica ‘sexo’, al cruzar esta variable con la variable ‘vcamino’ entre los grupos de alumnos de 4º curso, la chi-cuadrado calculada para la muestra, fue de $X^2 = 0,544$ con un nivel de significación $p = 0,461$, por lo que no se encontró ninguna asociación entre ambas.

Tabla 21. Alumnos de 4º curso vs Género

		Hombre	Mujer	Total
¿Ha realizado la actividad voluntaria del Camino de Santiago?	No	22,2% (6)	77,8% (21)	100,0% (27)
	Sí	30,6% (11)	69,4% (25)	100,0% (36)

Como se aprecia en la tabla 21, a pesar de las diferencias de porcentaje mostradas no se encontró asociación alguna entre la variable género y el hecho de haber realizado o no la actividad. Por tanto, podemos afirmar que, en nuestra muestra, el hecho de ser hombre o mujer, no influye a la hora de realizar o no el Camino de Santiago entre los alumnos de 4º curso de Podología.

Resultados similares se obtuvieron cuando se analizaron estas mismas 2 variables entre el grupo de 3º curso, y el de ‘4º camino no’ (tabla 22). En este

caso, tampoco se encontró asociación alguna con una $X^2 = 1,082$ y un nivel de significación de $p = 0,298$.

Tabla 22. Alumnos de '3º curso' y '4º camino no' vs Género

	Hombre	Mujer	Total
Alumnos de '4º camino no'	22,2% (6)	77,8% (21)	100,0% (27)
Alumnos de 3º curso	33,3% (19)	66,7 (38)	100,0% (57)

Cuando se analizó la posible asociación entre el resto de actividades formativas realizadas, la Senda del Poeta y la Carrera Solidaria, (en nuestro estudio las variables '*vsenda*' y '*vcarrera*'), con la actividad del Camino de Santiago (variable '*vcamino*') los resultados fueron los siguientes:

Camino de Santiago vs Senda del Poeta

De un total de 36 personas que realizaron el camino (todos ellos alumnos de 4º curso), solo el 8,3% (3) habían realizado también la actividad de la Senda del Poeta. Cuando se realizó la prueba de chi-cuadrado, no se encontró asociación alguna entre estas variables, con un valor chi-cuadrado de 2,363 y un nivel de significación de $p = 0,124$ (ver tabla 23).

Tabla 23. Camino de Santiago vs Senda del Poeta

		Senda del Poeta*		Total
		No	Si	
Camino de Santiago	No	100,0% (27)	0,0% (0)	100,0% (27)
	Sí	91,7% (33)	8,3% (3)	100,0% (36)

* Haber realizado la Senda del Poeta

Camino de Santiago vs Carrera Solidaria

Al analizar la asociación entre la variable '*vcamino*' y la variable '*vcarrera*', más de la mitad de los alumnos que realizaron el Camino de Santiago mostraban la

intención de realizar también la Carrera Solidaria, encontrándose una asociación estadísticamente significativa entre ambas, con un valor de chi-cuadrado de 14,292 y un nivel de significación $p < .000$ ver tabla 24.

		Carrera Solidaria		
		No	Si	Total
Camino de Santiago	No	92,6% (25)	7,4% (2)	100,0% (27)
	Sí	47,2% (17)	52,8% (19)	100,0% (36)

* Intención de realizar la Carrera Solidaria

Este resultado, muestra que aquellos alumnos que han realizado el Camino de Santiago tienen intención de realizar también la actividad voluntaria y extracurricular de la Carrera Solidaria.

Este cruce de variables no se realizó con el grupo de 3º curso, ya que ninguno de ellos había realizado el Camino de Santiago.

Para las variables cuantitativas, realizamos un t-test comparando las medias de las variables edad, expediente, autoeficacia global y cada uno de los ítems correspondientes de autoeficacia (variables X1 a X15), con la variable principal 'vcamino' entre los distintos grupos de estudio para comprobar si existía una posible asociación.

Camino de Santiago y Expediente

Cuando se cruzaron las variables 'vcamino' con 'vnotaexp', entre los grupos de '4º camino sí' y '4º camino no', las diferencias encontradas no fueron significativas ($p = .659$), a pesar de que la nota media del expediente del grupo que no realizó el camino fue ligeramente superior. Realizar el Camino de Santiago y la nota media del expediente académico no están asociadas en la muestra de nuestro estudio (Tabla 25).

Tabla 25. Camino de Santiago vs Expediente

	t	Sig.	Diferencia*	IC	
				Inferior	Superior
Media Expediente	,444	,659	,0390	-,1388	,21693

*Diferencia de Medias

Camino de Santiago y Edad

En cuanto a la variable 'vcamino' y 'edad' se observó una diferencia de casi 4 años menor, en el grupo de 4º que había realizado la actividad del Camino 25,36±5,525, frente al grupo que no realizó la actividad 29,30±5,504, con un nivel de significación $p=,007$) como se ve en la tabla 26. Según estos datos podemos concluir que la media de edad de los alumnos que realizan la actividad del Camino es significativamente menor.

Tabla 26. Camino de Santiago vs Edad

	t	Sig.	Diferencia*	95% IC	
				Inferior	Superior
Media Edad	2,802	,007	3,935	1,127	6,743

*Diferencia de Medias

Camino de Santiago vs Autoeficacia entre los alumnos de 4º curso

Realizamos una prueba t-test para analizar las diferencias entre las medias de los 15 ítems correspondientes a la autoeficacia percibida entre los alumnos de '4º camino sí' y '4º camino no'. Las diferencias entre estas medias se muestran en la tabla 27.

Tabla 27. Diferencias entre los ítems de autoeficacia entre grupos de 4º curso

	Sig.	Diferencias	IC	
			Inferior	Superior
Ítem 1: Soy capaz de mantener actualizados mis conocimientos teórico-prácticos	,070	-,657	-1,371	,056
Ítem 2: Soy capaz de mantener actualizadas mis habilidades clínicas	,008	-1,093	-1,889	-,296
Ítem 3: Soy capaz de transmitir información al paciente	,191	-,435	-1,093	,223
Ítem 4: Soy capaz de comunicarme de forma eficaz con los pacientes	,496	-,250	-,981	,481
Ítem 5: Soy capaz de trabajar en equipo con otros compañeros o colegas de profesión	,046	-,694	-1,376	-,013
Ítem 6: Soy capaz de utilizar los recursos sanitarios disponibles de forma eficiente	,560	-,250	-1,104	,604
Ítem 7: Soy capaz de prestar una atención sanitaria adecuada	,006	-,870	-1,479	-,261
Ítem 8: Soy capaz de lograr que el paciente se sienta satisfecho	,005	-,870	-1,468	-,273
Ítem 9: Soy capaz de aplicar tratamientos farmacológicos en las lesiones dermatológicas	,002	-1,343	-2,170	-,515
Ítem 10: Soy capaz de aplicar tratamientos farmacológicos en las lesiones musculoesqueléticas	,008	-1,111	-1,912	-,310
Ítem 11: Soy capaz de aplicar tratamientos ortopodológicos en lesiones dermatológicas	,004	-1,241	-2,063	-,418
Ítem 12: Soy capaz de aplicar tratamientos ortopodológicos en lesiones musculoesqueléticas	,000	-1,204	-1,776	-,631
Ítem 13: Soy capaz de aplicar tratamientos físicos en las lesiones musculoesqueléticas	,005	-1,111	-1,874	-,348
Ítem 14: Soy capaz de usar instrumental y material necesario para tratar lesiones musculoesqueléticas	,002	-1,324	-2,126	-,522
Ítem 15: Soy capaz de dar consejos podológicos a personas que realizan marchas prolongadas (deportistas, senderistas, peregrinos, etc)	,000	-1,917	-2,634	-1,199

La tabla 28, muestra las puntuaciones de los ítems que fueron estadísticamente significativos y ordenados de mayor a menor diferencia entre los diferentes grupos de 4º curso.

De los resultados de la tabla 28, se desprende que los ítems que mostraban diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos '4º camino sí' y '4º camino no', fueron los ítems 15, 9, 14, 11, 12, 10, 13, 2, 7, 8, y 5, no encontrándose diferencias significativas entre los ítems restantes 1, 3, 4 y 6.

Tabla 28. Diferencias significativas de los ítems* entre los alumnos de 4º curso que han realizado el Camino y no lo han realizado

	Camino Sí (N = 36)	Camino No (N = 27)	Diferencias
15.- Soy capaz de dar consejos podológicos a personas que realizan marchas prolongadas.	8,92±0,84	7,00±1,69	-1,917
9.- Soy capaz de aplicar tratamientos farmacológicos en las lesiones dermatológicas	7,75±1,25	6,41±2,02	-1,343
14.- Soy capaz de usar instrumental y material necesario para tratar lesiones musculoesqueléticas	7,92±1,34	6,59±1,85	-1,324
11.- Soy capaz de aplicar tratamientos ortopodológicos en lesiones dermatológicas	7,94±1,01	6,70±1,92	-1,241
12.- Soy capaz de aplicar tratamientos ortopodológicos en lesiones musculoesqueléticas	7,94±0,89	6,74±1,38	-1,204
10.- Soy capaz de aplicar tratamientos farmacológicos en las lesiones musculoesqueléticas	7,33±0,99	6,22±1,87	-1,111
13.-Soy capaz de aplicar tratamientos físicos en las lesiones musculoesqueléticas	7,44±1,50	6,33±1,49	-1,111
2.- Soy capaz de mantener actualizadas mis habilidades clínicas	8,28±1,09	7,19±1,82	-1,093
7.- Soy capaz de prestar una atención sanitaria adecuada	8,50±1,18	7,63±1,21	-0,87
8.- Soy capaz de lograr que el paciente se sienta satisfecho	8,83±1,11	7,96±1,26	-0,87
5.- Soy capaz de trabajar en equipo con otros compañeros o colegas de profesión	8,92±1,23	8,22±1,48	-0,694

* Ítems ordenados de mayor a menor diferencia.

La tabla 29, muestra las puntuaciones de los ítems que no fueron estadísticamente significativos, y ordenados de mayor a menor diferencia entre los diferentes grupos de 4º curso.

Tabla 29. Diferencias no significativas de los ítems* entre los alumnos de '4º camino sí' y '4º camino no'

	'4º camino sí' (N = 36)	'4º camino no' (N = 27)	Diferencias
Ítem 1: Soy capaz de mantener actualizados mis conocimientos teórico-prácticos	7,92±1,25	7,26±1,58	-0,657
Ítem 3: Soy capaz de transmitir información al paciente	8,47±1,21	8,04±1,40	-0,435
Ítem 4: Soy capaz de comunicarme de forma eficaz con los pacientes	8,47±1,48	8,22±1,37	-0,250
Ítem 6: Soy capaz de utilizar los recursos sanitarios disponibles de forma eficiente	8,03±1,89	7,78±1,34	-0,250

* Ítems ordenados de mayor a menor diferencia

Camino de Santiago vs Autoeficacia entre los alumnos de 3º curso y los alumnos 4º que no realizaron el camino

A continuación, se analizan los resultados de la autoeficacia para cada uno de los ítems, entre los alumnos de '4º camino no', y los alumnos de 3º curso. Dado que los alumnos de 3º no han realizado la actividad, con este análisis se intenta aislar el efecto de la variable '*vcamino*'.

Tal y como hicimos en el apartado anterior, vamos a estudiar las diferencias entre las medias de los 15 ítems correspondientes a la autoeficacia percibida por los alumnos de '4º camino no' frente a los alumnos de 3º curso. Para ello, realizamos una prueba t-test para muestras independientes y cuyos resultados se encuentran en la tabla 30.

Tabla 30. Diferencias entre los ítems de autoeficacia entre los grupos '4º camino no' y 3º curso

	Sig.	Diferencias	IC	
			Inferior	Superior
Ítem 1: Soy capaz de mantener actualizados mis conocimientos teórico-prácticos	,093	,645	-,110	1,401
Ítem 2: Soy capaz de mantener actualizadas mis habilidades clínicas	,940	,027	-,694	,749
Ítem 3: Soy capaz de transmitir información al paciente	,055	,651	-,015	1,317
Ítem 4: Soy capaz de comunicarme de forma eficaz con los pacientes	,026	,801	,100	1,502
Ítem 5: Soy capaz de trabajar en equipo con otros compañeros o colegas de profesión	,892	,047	-,640	,733
Ítem 6: Soy capaz de utilizar los recursos sanitarios disponibles de forma eficiente	,628	,164	-,506	,833
Ítem 7: Soy capaz de prestar una atención sanitaria adecuada	,476	,244	-,433	,920
Ítem 8: Soy capaz de lograr que el paciente se sienta satisfecho	,312	,349	-,333	1,031
Ítem 9: Soy capaz de aplicar tratamientos farmacológicos en las lesiones dermatológicas	,006	1,232	,369	2,095
Ítem 10: Soy capaz de aplicar tratamientos farmacológicos en las lesiones musculoesqueléticas	,003	1,222	,416	2,028
Ítem 11: Soy capaz de aplicar tratamientos ortopodológicos en lesiones dermatológicas	,032	,949	,084	1,815
Ítem 12: Soy capaz de aplicar tratamientos ortopodológicos en lesiones musculoesqueléticas	,038	,741	,041	1,441
Ítem 13: Soy capaz de aplicar tratamientos físicos en las lesiones musculoesqueléticas	,135	,579	-,183	1,341
Ítem 14: Soy capaz de usar instrumental y material necesario para tratar lesiones musculoesqueléticas	,320	,400	-,394	1,194
Ítem 15: Soy capaz de dar consejos podológicos a personas que realizan marchas prolongadas	,620	-,175	-,876	,525

A la vista de los resultados, podemos observar en general, que las diferencias de las puntuaciones medias de cada uno de los ítems son superiores en el grupo de alumnos de 4º curso que no hicieron el camino, cuando se comparan con las puntuaciones de los alumnos de 3º.

De estas diferencias, las estadísticamente significativas, son las correspondientes a los ítems 9, 10, 11, 4 y 12. Por el contrario no fueron significativas las diferencias entre los ítems 3, 1, 13, 14, 8, 2, 7, 6, 5, y 15.

En la tabla 31, se comparan la media de las puntuaciones de los ítems que solo fueron estadísticamente significativos y ordenados de mayor a menor diferencia entre los grupos de '4º camino no', y los alumnos de 3º curso.

Tabla 31. Diferencias significativas de los ítems entre los alumnos de '4º camino no' y los alumnos de 3º curso*

	'4º camino no' (N = 27)	3º Curso (N = 57)	Diferencias
9.- Soy capaz de aplicar tratamientos farmacológicos en las lesiones dermatológicas	6,41±2,024	5,18±1,774	1,232
10.- Soy capaz de aplicar tratamientos farmacológicos en las lesiones musculoesqueléticas	6,22±1,867	5,00±1,669	1,222
11.- Soy capaz de aplicar tratamientos ortopodológicos en lesiones dermatológicas	6,70±1,918	5,75±1,835	0,949
4.- Soy capaz de comunicarme de forma eficaz con los pacientes	8,22±1,368	7,42±1,569	0,801
12.- Soy capaz de aplicar tratamientos ortopodológicos en lesiones musculoesqueléticas	6,74±1,375	6,00±1,732	0,741

* Diferencias ordenadas de mayor a menor

La tabla 32, muestra las puntuaciones de los ítems que no fueron estadísticamente significativos, ordenados de mayor a menor diferencia entre los alumnos de '4º camino no', y 3º curso.

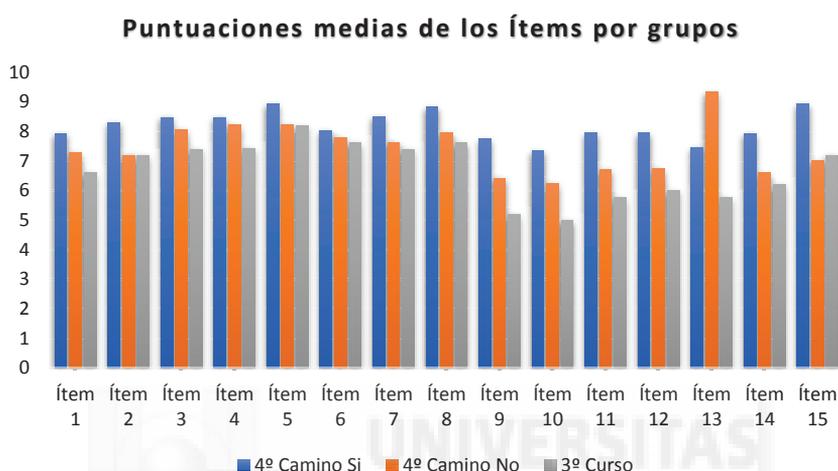
Tabla 32. Diferencias no significativas de los ítems* entre los alumnos de 4º curso que no han realizado el Camino de Santiago y los alumnos de 3º curso

	'4º camino no' (N = 27)	3º Curso (N = 57)	Diferencias
Ítem 3: Soy capaz de transmitir información al paciente	8,04±1,400	7,39±1,449	,651
Ítem 1: Soy capaz de mantener actualizados mis conocimientos teórico-prácticos	7,26±1,583	6,61±1,645	,645
Ítem 13: Soy capaz de aplicar tratamientos físicos en las lesiones musculoesqueléticas	6,33±1,494	5,75±1,704	,579
Ítem 14: Soy capaz de usar instrumental y material necesario para tratar lesiones musculoesqueléticas	6,59±1,845	6,19±1,641	,400
Ítem 8: Soy capaz de lograr que el paciente se sienta satisfecho	7,96±1,255	7,61±1,556	,349
Ítem 2: Soy capaz de mantener actualizadas mis habilidades clínicas	7,19±1,819	7,16±1,412	,270
Ítem 7: Soy capaz de prestar una atención sanitaria adecuada	7,63±1,214	7,39±1,556	,244
Ítem 6: Soy capaz de utilizar los recursos sanitarios disponibles de forma eficiente	7,78±1,340	7,61±1,485	,164
Ítem 5: Soy capaz de trabajar en equipo con otros compañeros o colegas de profesión	8,22±1,476	8,18±1,477	,047
Ítem 15: Soy capaz de dar consejos podológicos a personas que realizan marchas prolongadas	7,00±1,687	7,18±1,416	-,175

* Ordenados de mayor a menor diferencia

La figura 1 compara las puntuaciones medias de cada ítem, entre los grupos 3º curso, '4º camino no' y '4º camino sí'.

Figura 1. Puntuaciones medias de los ítems por grupos encuestados



Por último, nuestro análisis consistió en comparar la variable autoeficacia total entre los diferentes grupos de nuestra muestra. Las puntuaciones medias obtenidas para cada uno de los grupos vienen reflejadas en la tabla 33. Cuando se comparan las puntuaciones medias de la variable autoeficacia global entre los grupos, se observa que son mayores en el grupo de 4º curso que realizó el Camino de Santiago frente a los alumnos de 4º que no realizaron el camino y éstos a su vez puntúan más alto que los alumnos de 3 curso.

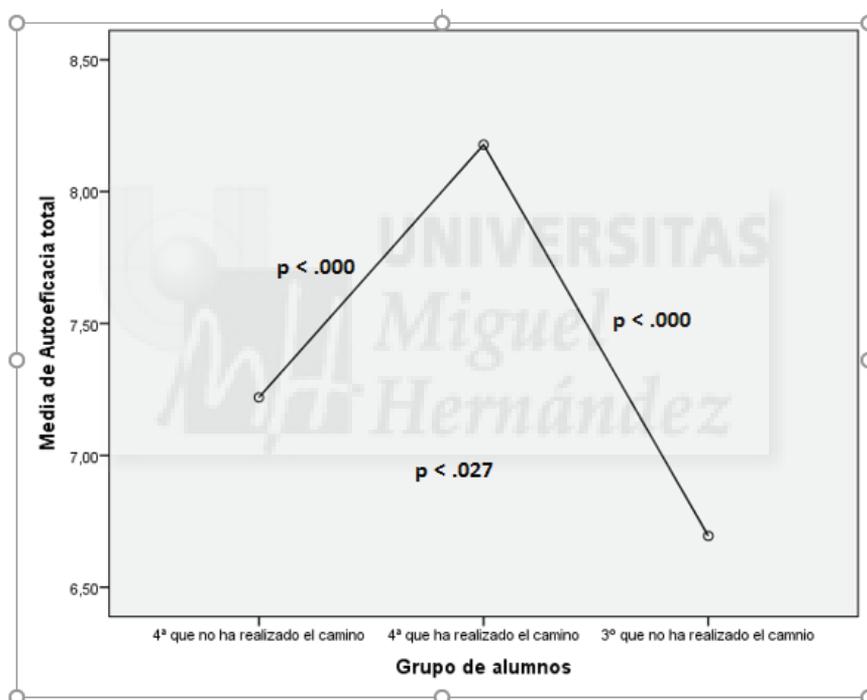
Tabla 33. Autoeficacia total entre todos los grupos de estudio.

		Media	CL inferior	CL superior
Grupos de alumnos	4ª camino sí	8,18±,71	7,94	8,42
	4ª camino no	7,22±1,17	6,76	7,68
	3º curso	6,69±1,08	6,41	6,98

Se realizó una ANOVA para constatar si las diferencias encontradas entre los grupos de nuestra muestra eran significativas. Asumimos la hipótesis nula de igualdad de varianzas mediante la prueba de homogeneidad de varianzas (estadístico de Levene = 2,759 y una $p = .067$) y encontramos diferencias significativas entre los grupos contrastados con una $p < .000$.

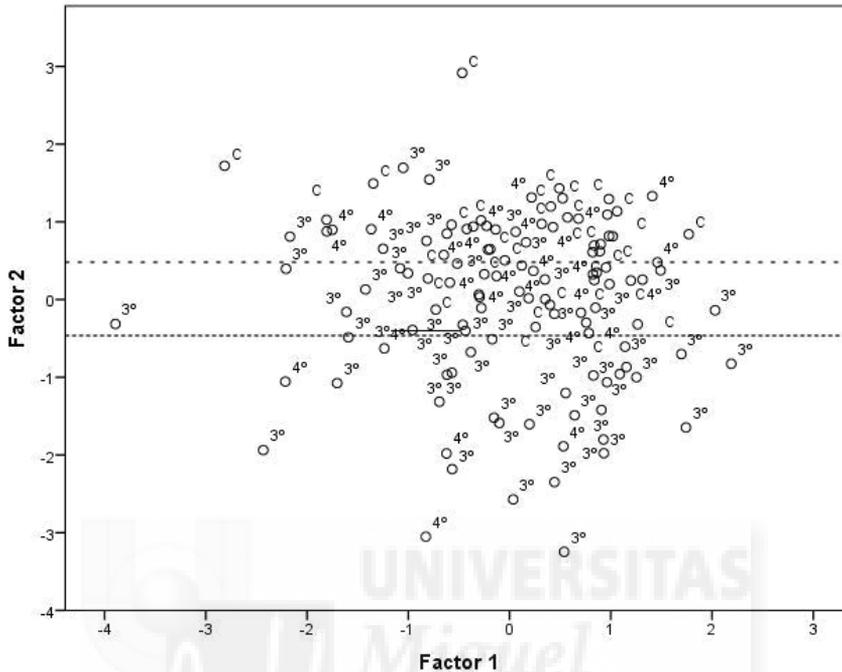
A continuación, analizamos las diferencias entre pares de grupos, encontrando diferencias significativas entre ellos como se muestra en figura 2.

Figura 2. Diferencias de autoeficacia entre los diferentes grupos



A continuación, presentamos un gráfico de la posición de los estudiantes, según su tipología, con respecto a los 2 primeros factores calculados.

Figura 3. Distribución de los diferentes grupos según el factor relación clínica y el factor tratamiento podológico.



3º = Tercer curso. 4º = '4º camino no'. C = '4º camino si'.

El gráfico 4, muestra la posición de los estudiantes de los 3 grupos cuando se comparan el factor 1 (*factor relación clínica*) y el factor 2 (*factor tratamiento podológico*). Los alumnos que han realizado el Camino de Santiago se sitúan en la franja superior con respecto al resto de los 2 grupos, lo que expresa una mayor autoeficacia en competencias relacionadas con los tratamientos. Los alumnos de 3º curso tienden a situarse en la franja inferior.



Discusión

VII DISCUSIÓN

Para la realización de este estudio hemos elaborado un cuestionario específico que mida la autoeficacia en las competencias que se trabajan en la actividad extracurricular del Camino de Santiago de los estudiantes de Podología de la Universidad Miguel Hernández, y adaptado a nuestros objetivos propuestos. Como se ha comentado anteriormente, no se pudo adaptar ninguno de los cuestionarios consultados en nuestra revisión de herramientas.

Para evaluar la autoeficacia, se definió ésta en términos operativos, mediante la creación de 15 ítems, a partir de las 8 competencias incluidas en la memoria institucional del Camino de Santiago (anexo 3). El primer paso fue estudiar las propiedades psicométricas de nuestro instrumento de medición, para poder determinar si nuestra escala era válida y confiable.

Para estimar la validez de contenido podemos optar por métodos basados en el *juicio de expertos* o bien en la utilización de métodos estadísticos una vez aplicado el instrumento de medida Sireci (1998), citado por Pedrosa (2014, p.6). En nuestro caso decidimos estimar dicha validez a través de los dos métodos ya que la combinación de ambos es el procedimiento más completo a la hora de realizar un estudio de validez (Pedrosa, 2014).

Juicio de expertos:

El juicio de expertos se usa en múltiples ámbitos. Existen diversos ejemplos de su utilización Olea, Abad y Ponsoda (2002) en el diseño de un banco de ítems para el conocimiento de la gramática inglesa, el estudio de García y Cabero (2011) sobre la creación de un cuestionario para evaluar procesos de educación a distancia, o el trabajo de Vesga y Ruíz (2014) sobre la validez y confiabilidad de una escala de cuidado profesional. La valoración mediante juicio de expertos es un método válido, aunque no exento de sesgos, ya que si los expertos conocen lo que se quiere medir existe el riesgo de provocar un incremento de la relevancia del ítem (Pedrosa, 2014).

La utilización en nuestro trabajo de este tipo de método se fundamenta en la evaluación de los diferentes ítems que configuran el cuestionario por un grupo de expertos en la materia, en función de la relevancia que presenta cada ítem con el contenido que se quiere evaluar (Abad, Olea, Ponsoda y García, 2011), citado por Pedrosa (2014, p.7). En nuestro caso decidimos realizar una estimación de la validez de contenido mediante el cálculo del Índice de Validez de Contenido modificado por Tristán (2003).

Para ello, se ha calculado la Razón de Validez del Contenido (CVR') para cada uno de los ítems, analizando de forma individual las calificaciones que los expertos otorgaron a cada uno de ellos. Finalmente calculamos el Índice de Validez de Contenido para todo el instrumento obteniendo un valor de 0,963. En la esfera clínica, este tipo de validación ha sido descrito entre otros por (Castle, 2008; Pedrosa, 2014; Camargo, 2017).

Consistencia interna:

Dentro del segundo grupo basado en métodos estadísticos, decidimos aplicar el análisis factorial para determinar la consistencia interna de nuestro instrumento de medida siguiendo los trabajos de Fernández (2011), Mateus-Galeano (2016), García-Fernández (2010). La consistencia interna se refiere al grado en el que los ítems que configuran un cuestionario se correlacionan entre ellos. A veces, es la única forma de validar algunos instrumentos cuando no se pueden comparar con un patrón de referencia (Oviedo & Arias, 2005). Con respecto a la fiabilidad del cuestionario, se calculó el coeficiente alfa de Cronbach cuyos valores oscilan entre -1 y 1, obteniendo un valor de 0,935 que se puede considerar de excelente (George, 2003).

Análisis de los ítems:

Se realizó un análisis factorial utilizando el método de componentes principales con rotación varimax con la finalidad de agrupar nuestras variables en el menor número de factores explicativos. La información contenida en los

ítems se puede resumir en 3 factores. Cada uno de estos factores, explica un porcentaje de la varianza, y entre los 3 se puede explicar el 63,840% de la varianza total.

El primer factor es responsable del 27% de la variabilidad total y agrupa a los ítems del 1 al 8 y que podemos denominar *factor relación clínico*, ya que en él correlacionan la mayoría de competencias genéricas de carácter interpersonal analizadas en este cuestionario y que tienen que ver con aspectos relacionados con el paciente como son los ítems 3, 4, 5, 8, con la actualización de conocimientos y habilidades ítems 1 y 2 y por último con el entorno sanitario ítems 6 y 7.

El segundo factor que podríamos denominar *factor tratamiento podológico* explica el 24% de la varianza y está representado por los ítems 9 al 12, agrupando a competencias más específicas y centradas en tratamientos farmacológicos, quiropodológicos y ortopodológicos.

Por último, el tercer factor que podemos denominar *factor tratamiento musculoesquelético físico*, explica del 12,832% de variabilidad y está formado por los ítems 13 y 14. Este factor se centra en el tratamiento de las afecciones musculoesqueléticas mediante medios físicos.

Una vez extraídos los factores, se puede observar que todos los ítems están bien representados con valores superiores al 0,5 exceptuando el ítem 15 '*soy capaz de dar consejos podológicos a personas que realizan marchas prolongadas*' que además de presentar un valor de comunalidad bajo, presenta cargas factoriales similares en los 3 factores, por lo que se decidió suprimirlo. Se observa que no queda identificado con ninguno de los factores, explicando muy poco porcentaje de la varianza. En trabajos posteriores sería deseable analizar la pertinencia de este ítem.

Ante los datos expuestos, podemos decir que la escala construida ha obtenido unos índices aceptables, lo que indica una adecuada precisión para evaluar los

niveles de autoeficacia y por tanto damos como cumplido nuestro primer objetivo.

Objetivos de estudio de autoeficacia entre grupos:

Cuando comparamos las puntuaciones medias de la autoeficacia global entre los pares de grupos del estudio, se observaron diferencias entre los tres; de tal forma que la puntuación media del grupo de 3º curso fue menor que la del grupo '4º camino no', y la puntuación de éste a su vez, menor que la del grupo '4º camino sí'. Se realizó una ANOVA que constató que estas diferencias eran significativas entre los pares de grupos ($p < .000$).

'4º camino no' con tercero:

Como cabría esperar, los alumnos de 3º curso se consideran menos autoeficaces que los de 4º que no han realizado el camino ($p < .027$). Estas diferencias están en consonancia con la enseñanza por cursos que se imparte en toda la universidad española, de tal forma que el año académico transcurrido a favor de los alumnos de 4º curso y los nuevos conocimientos y contenidos teórico-prácticos adquiridos por éstos últimos, deben de generar conocimiento añadido, nuevas habilidades, nuevas competencias, y por tanto, mayor autoeficacia. Los alumnos de 4º curso, en el momento de la recogida de datos, ya habían finalizado las asignaturas de Estancias III y Estancias IV (tabla 6); estas asignaturas tienen un carácter exclusivamente práctico, abordándose materias como biomecánica, donde los alumnos realizan exploración y diagnóstico de pacientes con patología podológica ortopédica, taller donde se diseñan y elaboran ortesis plantares y atención quiropodológica a pacientes reales. Hay que tener presente que los alumnos de 3º curso no han iniciado todavía las asignaturas de Estancias I y Estancias II (tabla 5) que permitirían reducir estas diferencias. Es razonable pensar que los alumnos de 4º curso

obtengan puntuaciones en cuanto a autoeficacia se refiere superiores a la de los alumnos de tercer curso.

Al analizar las diferencias entre los ítems implicados de forma individual vemos que aquellos cuyas diferencias han sido significativas corresponden a los ítems 9, 10, 11, 12 (*factor tratamiento podológico*) que hacen referencia a competencias denominadas específicas y relacionadas con la aplicación de tratamientos (tabla 31), e ítem 4; 'soy capaz de comunicarme de forma eficaz con los pacientes' que sigue siendo competencia específica, aunque no hace referencia a tratamientos. Estos resultados podrían explicarse debido a que los alumnos de 4º en el momento de la encuesta ya han realizado las estancias clínicas correspondientes al primer semestre con el consiguiente trato con pacientes reales, y que a diferencia con los alumnos de tercer curso les permite adquirir mayor experiencia de la que poseen los alumnos de 3º curso.

No hemos observado diferencias significativas entre los ítems 13 'soy capaz de aplicar tratamientos físicos en las lesiones musculoesqueléticas' y 14 'soy capaz de usar instrumental y material necesario para tratar lesiones musculoesqueléticas' (*factor tratamiento musculoesquelético físico*). Los conocimientos de las materias relacionadas con estos 2 ítems son adquiridos en el primer semestre de tercero (tabla 5), sin embargo, del análisis detallado de las actividades prácticas no se observa que los alumnos realicen posteriormente este tipo de tratamiento con pacientes reales. Los alumnos de 4º tienen conocimientos parejos, pero no habilidades prácticas en un contexto real, por lo que suponemos no se sienten más autoeficaces.

Tampoco existen diferencias significativas en el resto de los ítems; 3, 1, 8, 2, 7, 6, 5 (*factor relación clínico* excepto ítem 4) que tienen un carácter transversal y relacionado con el entorno de las relaciones personales, especialmente con los pacientes (*factor relación clínico*). El hecho de que las diferencias entre estos ítems no hayan sido significativas, nos induce a pensar que las competencias que podría medir este factor tienen un componente más de

relación con el paciente. Esta ausencia de diferencias podría explicarse por la relación alumno-paciente mediada por el tutor de prácticas. Los alumnos de 4º han visto pacientes en estancias I y II (de tercero) y III y IV (de cuarto), pero en ningún momento los alumnos están solos, siendo tanto su relación con el paciente como el tratamiento aplicable mediados por el tutor; lo mismo sucede con el diagnóstico que es guiado a través de la relación tutor-paciente. En cualquier caso, los datos nos indican que las puntuaciones de los alumnos de 4º son mayores que las de 3º; y aunque han debido adquirir las competencias necesarias, no se sienten capaces para su ejercicio autónomo.

El ítem 15 tiene una correlación negativa no significativa de tal forma que podría interpretarse como que a menor conocimiento mayor capacidad de aconsejar. Desconocemos el sentido de esta correlación, aunque si buscamos una explicación en el contexto académico, pudiera ser que este ítem se vea alterado por la creencia de que son suficientes los conocimientos específicos impartidos en la asignatura "Calzado" en el primer semestre de 3º (tabla 5) junto con el desconocimiento de las competencias y conocimientos que adquirirían en semestres posteriores.

"Camino sí" con "Camino no"

Tal y como indican los resultados, los alumnos que han realizado la actividad del Camino de Santiago se sienten más autoeficaces en la mayoría de competencias trabajadas en el mismo.

Cuando se comparó la autoeficacia global entre los alumnos de '4º camino sí' con los alumnos que no fueron al Camino, se encontraron diferencias significativas a favor del primer grupo. Es decir, los alumnos que han realizado la actividad "Camino de Santiago" con respecto a los que no la han realizado se sienten más autoeficaces en cuanto a las competencias estudiadas se refiere. Este hallazgo no parece casual ya que todos los alumnos de 4º han tenido la misma formación y el cuestionario se suministró simultáneamente y

a todos les queda un semestre, con las mismas competencias, para acabar sus estudios.

Con respecto a la variable género, no se encontraron diferencias entre los dos grupos contrastados (tabla 21). El hecho de realizar la actividad del Camino y ser hombre o mujer no están relacionados. Tampoco se encontraron diferencias significativas entre la nota manifestada por el alumno del expediente en ambos grupos. Este hallazgo está en consonancia con lo manifestado Kohler (2009).

Se encontraron diferencias significativas en cuanto a la variable edad entre los dos grupos contrastados (Tabla 26). Los alumnos que realizaron el Camino de Santiago tienen de promedio 4 años menos que los que no realizaron la actividad. También fueron significativas las diferencias encontradas en cuanto a la variable “trabajo actual en el ámbito de la salud”. Tener menor edad (25 frente a 29 años) y no trabajar está relacionado con realizar la actividad “Camino de Santiago”. Pudiera ser que las obligaciones sociales y/o laborales de los que no realizan el camino sean un condicionante.

Asimismo, cuando se preguntó a los alumnos de 4º curso si tenían la intención de realizar la actividad “Carrera Solidaria”, las diferencias obtenidas fueron significativas cuando comparamos el grupo ‘4º camino sí’ con ‘4º camino no’. Los alumnos que han realizado la actividad del Camino de Santiago tienen más probabilidad de realizar la Carrera Solidaria.

Tras analizar los diferentes elementos conocidos que pudieran influir en esta diferencia de autoeficacia (actividades complementarias, criterios de selección, notas, prácticas voluntarias, etc) el único elemento diferenciador es haber realizado la actividad “Camino de Santiago”.

El ítem 15 es el que mayor diferencia significativa obtuvo. Este ítem, tal y como está redactado podría interpretarse como la pregunta “¿Ha realizado usted la actividad Camino de Santiago?” ya que “dar consejos podológicos para

grandes marchas” es un elemento diferenciador de actividades que se realizan en el “Camino de Santiago” y no se contemplan en la enseñanza reglada de la titulación de Podología.

Si analizamos los ítems de forma individual, todos obtuvieron una puntuación superior en el grupo de 4º que había realizado el camino (tabla 27). Al analizar aquellos ítems significativos observamos que los alumnos se sienten más autoeficaces en aquellas competencias relacionadas con el ítem 15, la aplicación de tratamientos explicadas por el *factor tratamiento podológico* (ítems 9, 11, 12 y 10), el *factor tratamiento musculoesquelético físico* (ítems 13 y 14) y con parte de los ítems que configuran el que hemos denominado *factor relación clínico* (ítems 2, 7, 8 y 5) (tabla 28). En el resto de los ítems, (1, 3, 4, 6) las puntuaciones también han sido superiores, aunque sin diferencias significativas.

Una de las características propias de la actividad del Camino es el tipo de lesión tratada con más frecuencia. Ésta característica puede explicar de forma razonada que las diferencias encontradas entre estos dos grupos se deban al tipo de lesiones habituales tratadas durante la actividad y entre las que destacan: las ampollas en los pies, heridas, tendinitis y problemas musculares. Los alumnos que han ido al camino se sienten más autoeficaces en el tratamiento de este tipo de patología.

Los alumnos del grupo ‘4º camino sí’ adquieren autoeficacia en las competencias contempladas en el factor 3 tratamiento musculoesquelético físico (ítems 13 y 14, tabla 28), autoeficacia que previamente no poseían (tabla 32). Los alumnos que realizan la actividad del camino ejercitan competencias relacionadas con aquellos tratamientos de patologías de origen musculoesquelético (esguinces, torceduras y tendinopatías por sobreesfuerzo) y que siguen en frecuencia a las lesiones de carácter quiropodológico (Granero, 2003; Chicharro et al., 2016) y que no se realizan en la práctica cotidiana de la titulación.

Los cuatro ítems que no resultaron significativos (tabla 29) forman parte del *factor relación clínico* y tampoco fueron significativos cuando se comparó 3º curso con '4º camino no' (a excepción del ítem 4 'soy capaz de comunicarme de forma eficaz con los pacientes'). Estos ítems están trabajados en la práctica reglada de cuarto curso en el primer semestre en Estancias III y Estancias IV, por lo que, si hubiera alguna diferencia al inicio de 4º curso, ésta se vería atenuada con la marcha académica del primer semestre. Por otra parte, el estudio de Rodríguez y Vieira (2009) muestra que la universidad enfatiza fundamentalmente la formación teórica a diferencia de lo que ocurre con la formación práctica, principalmente en titulaciones vinculadas a Ciencias de la Salud donde la formación en competencias genéricas es relativamente superior si las comparamos con la formación en competencias prácticas o específicas. Estos argumentos podrían explicar que los alumnos que han realizado la actividad del Camino de Santiago se sientan más autoeficaces en aquellas competencias de carácter más práctico como puede ser la aplicación de tratamientos que se realiza durante la actividad y, a su vez, no sean significativas aquellas competencias más genéricas como pueden ser el trato con los pacientes o el uso racional de los recursos sanitarios.

Consideraciones finales:

Nuestro estudio indica que existe más autoeficacia en cuarto con independencia de haber realizado o no el Camino de Santiago. También indica que realizar el Camino de Santiago provee de más autoeficacia.

Este incremento de autoeficacia se puede explicar desde la perspectiva de la teoría de Bandura (1997) que alude a una de las fuentes principales de la autoeficacia, lo que denomina experiencias anteriores. Si los alumnos que han realizado el Camino de Santiago creen haber tenido éxito en aquellas

competencias trabajadas durante la actividad, se sentirán más autoeficaces y estarán dispuestos a realizar otras actividades con características similares.

La otra fuente de autoeficacia que puede explicar estas diferencias se fundamenta en la experiencia vicaria (Bandura, 1997). Viendo ejecutar con éxito ciertas actividades o tareas a otras personas en situaciones parecidas, como es el caso de los alumnos que realizan cuidados y asistencia a los peregrinos, se perciben más autoeficaces y por lo tanto están dispuestas a realizar otras actividades similares.

Limitaciones del estudio:

Consideramos que el tamaño de la muestra, aunque bajo, se ajusta a la población de estudio la cual viene determinada por el número de matriculaciones de los alumnos en los cursos participantes. Sería deseable revisar la autoeficacia en cursos posteriores para incrementar la muestra y poder realizar diferentes análisis como motivación, sexo y rendimiento académico previo.

Debido a que la recogida de los datos mantuvo en todo momento las condiciones de anonimato, no fue posible correlacionar el expediente académico real con el resto de variables.

El estudio piloto se limitó a alumnos de 2º curso de Podología que, aunque con características semejantes a la muestra no se corresponde con la población de estudio.

En nuestro estudio la autoeficacia, ha sido medida como la creencia sobre el nivel de competencia en una situación particular, por lo que no hemos encontrado ninguna escala que se adaptase a nuestras necesidades, ni tampoco ha sido posible el aplicar o adaptar la Escala de Autoeficacia General

empleada por la mayoría de autores (Suárez et al, 2000; (Cid H, Orellana y Barriga, 2010; García-Fernández et al, 2015) para nuestro propósito.

Al no encontrar estudios similares con el que comparar la validez y fiabilidad de nuestro cuestionario, los resultados de nuestras mediciones deben de valorarse con cautela.

Somos conscientes que la muestra podría tener algún grado de “contaminación”, sobre todos en los alumnos que han realizado la actividad “Camino de Santiago” al sentirse más autoeficaces ya que el tiempo transcurrido entre la finalización de la actividad y la recogida de datos ha generado conocimiento nuevo en todos los alumnos de cuarto curso.





Conclusiones

VIII CONCLUSIONES

El análisis de los datos, la comparativa de los resultados y la revisión de lo que otros autores aportan a las comparativas de autoeficacia nos hace aceptar la hipótesis alternativa consistente en “*H1: Haber realizado la actividad Camino de Santiago provee a los estudiantes de Podología de una puntuación en autoeficacia superior a no haberla realizado*”.

Para aceptar esta hipótesis planteamos 5 objetivos, uno previo, tres principales y uno secundario que encajaremos en las diferentes conclusiones:

Objetivo previo: Diseñar un cuestionario específico para medir la autoeficacia en las competencias que se trabajan en la actividad extracurricular del Camino de Santiago de los estudiantes de Podología de la Universidad Miguel Hernández.

Conclusión 1: El cuestionario elaborado para medir la autoeficacia en los alumnos de 4º Grado de Podología de la Universidad Miguel Hernández, cumple con las propiedades de validez y fiabilidad exigidas, por lo que se considera un instrumento adecuado para su aplicación en el entorno para el que fue diseñado. Se han extraído 3 factores *factor relación clínica, factor tratamiento podológico y tratamiento musculoesquelético físico* que agrupan la autoeficacia percibida de las competencias trabajadas.

Objetivo principal 1: Describir la autoeficacia de los alumnos matriculados en 4º curso del Grado de Podología en aquellas competencias que se trabajan en la actividad voluntaria extracurricular del Camino de Santiago, tanto si han realizado la actividad, como si no la han realizado.

Objetivo principal 2: Establecer la relación de autoeficacia entre los alumnos de 4º de Podología que han realizado el Camino de Santiago y los que no.

Objetivo principal 3: Establecer la relación de autoeficacia entre los alumnos de 4º de Podología y los alumnos de 3º.

Conclusión 2: Los alumnos de 4º curso que han realizado la actividad del Camino de Santiago se sienten más autoeficaces de una forma global, que los alumnos de 4º curso que no la han realizado, en aquellas competencias exclusivamente trabajadas durante dicha actividad y que hemos agrupado en los *factores relación clínica, tratamiento podológico y tratamiento musculoesquelético físico*.

Conclusión 3: Los alumnos de cuarto curso que han realizado la actividad del Camino de Santiago se sienten más autoeficaces en aquellas competencias de tipo genérico y que hemos agrupado en el factor *relación clínica*.

Conclusión 4: Los alumnos de 4º curso que han realizado la actividad del Camino de Santiago se sienten más autoeficaces que los alumnos de 4º curso que no la han realizado, en aquellas competencias de tipo específico trabajadas durante la actividad y centradas en los tratamientos tanto farmacológicos, como físicos como ortopodológicos y que hemos agrupado en los *factores tratamiento podológico y tratamiento musculoesquelético físico*.

Conclusión 5: Los alumnos de 4º curso que no han realizado la actividad del Camino de Santiago se sienten más autoeficaces, de una forma global, que los alumnos de 3º curso en aquellas competencias exclusivamente trabajadas durante dicha actividad.

Objetivo secundario 1: Conocer el perfil del alumno que realiza el Camino de Santiago, en función del rendimiento académico y las variables sociodemográficas edad y sexo.

Conclusión 6: Realizar la actividad del Camino de Santiago no guarda ninguna relación con el hecho de ser hombre o mujer.

Conclusión 7: La media de edad de los alumnos que realizan la actividad del Camino de Santiago es de 4 años menos que la de los alumnos que no la realizan.

Conclusión 8: No existe ninguna relación entre la nota del expediente y el realizar o no, la actividad el Camino de Santiago.

Conclusión 9: Los alumnos que han participado en la actividad del Camino de Santiago tienen la intención de realizar en un futuro, la actividad de la Carrera Solidaria.

Como conclusiones globales del estudio podemos aportar que:

1. Hemos diseñado un instrumento que nos permite medir la autoeficacia en actividades clínicas

y que a mediante este instrumento hemos obtenido que

2. Los alumnos que han realizado la actividad "Camino de Santiago" poseen una autoeficacia superior que se corresponde con la realización de nuevas actividades complementarias.
3. Los alumnos que han realizado la actividad "Camino de Santiago", sin relación con su sexo, tienen un expediente académico que está en la media de sus compañeros y que son más jóvenes que la media de su grupo de clase.



Bibliografía

XI BIBLIOGRAFÍA

- Abad, F. J., Olea, J., Ponsoda, V. y García, C. (2011). Medición en ciencias sociales y de la salud [Measurement in Social and Educational Sciences]. Madrid, España: Síntesis.
- Aedo, Á., & Ávila, H. (2009). Nuevo cuestionario para evaluar la autoeficacia hacia la actividad física en niños.
- Agencia Efe.* (2015). La Unesco inscribe los Caminos del Norte hacia Santiago y sus catedrales como Patrimonio Mundial. Archidiócesis Santiago de Compostela. Recuperado de [<http://www.archicompostela.es/la-unesco-inscribe-los-caminos-del-norte-hacia-santiago-y-sus-catedrales-como-patrimonio-mundial>].
- Aluicio, A., & Revellino, M. (2011). Relación entre autoeficacia, autoestima, asertividad, y rendimiento académico, en estudiantes que ingresaron a Terapia Ocupacional, el año 2010. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 11(2), Pág-3.
- Baessler, J. y Schwarcer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, 2, 1-8.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción: Fundamentos sociales*. Ediciones Martínez Roca.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: N.H. Freeman.
- Bandura, A. (2001). Guía para la construcción de escalas de autoeficacia. *Revista Evaluar*, 2(15), 7-37.
- Barraza, A. (2010). Validación del inventario de expectativas de autoeficacia académica en tres muestras secuenciales e

independientes. *Revista de Investigación Educativa*, núm. 10, enero-junio, 2010, pp. 1-30.

- Bernal, J. L. (2006). *Pautas para el diseño de una asignatura desde la perspectiva de los ECTS*. Zaragoza: Universidad de Zaragoza. Disponible en: http://www.unizar.es/eees/doc/pautas_ects.pdf.
- Blanco Vega, H., Ornelas Contreras, M., Aguirre Chávez, J. F., & Guedea Delgado, J. C. (2012). Autoeficacia percibida en conductas académicas: diferencias entre hombres y mujeres. *Revista mexicana de investigación educativa*, 17(53), 557-571.
- Bong, M. (2001). Between-and within-domain relations of academic motivation among middle and high school students: Self-efficacy, task value, and achievement goals. *Journal of educational psychology*, 93(1), 23.
- Brown, S. D., Tramayne, S., Hoxha, D., Telander, K., Fan, X., & Lent, R. W. (2008). Social cognitive predictors of college students' academic performance and persistence: A meta-analytic path analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 72(3), 298-308.
- Cabanach, R. G., Valle, A., Rodríguez, S., Piñeiro, I., & González, P. (2010). Las creencias motivacionales como factor protector del estrés en estudiantes universitarios. *European Journal of Education and psychology*. 3(1), 75-87.
- Camargo KC & Pabón Y. Instrumento de valoración familiar por el modelo de dominios de la taxonomía II de NANDA. *Enferm Glob*. 2017;45:457-73.
- Camino de Santiago, Premio Príncipe de Asturias de la Concordia 2004, 2004). Fundación Princesa de Asturias. [Recuperado de <http://www.fpa.es/es/premios-princesa-de-asturias/premiados/2004-camino-de-santiago.html?texto=acta&especifica=0>]
- Camino de Santiago. Patrimonio de la Humanidad. Toda la información *sobre el Camino de Santiago a su paso por Asturias, 2017*). Gobierno

del Principado de Asturias. [Recuperado de <https://www.asturias.es/portal/site/webasturias/menuitem.4b280f8214549ead3e2d6f77f2300030/?vgnnextoid=88a38b2db5f4e010VgnVCM100000b0030a0aRCRD&i18n.http.lang=es>].

Caminos de Santiago de Compostela: Camino francés y Caminos del Norte de España, 2017). United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. [Recuperado de <http://whc.unesco.org/es/list/669>].

Cano, M. E. (2008). La evaluación por competencias en la educación superior. *Revista de Currículum y formación del Profesorado*, 12(3), 1-16.

Canto, J. E. (2011). Autoeficacia y educación. *Revista Educación y Ciencia (ISSN 2448-525X)*, 2(18).

Carril, P. C. M., & Sanmamed, M. G. (2010). Formación del profesorado universitario en el uso y manejo de herramientas multimedia bajo sistemas e-learning. *Revista Iberoamericana de Educación*, 52(5)

Casas, J., Repullo, J. R., & Donado, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Atención primaria*, 31(8), 527-538.

Castle, N. G. (2008). An instrument to measure job satisfaction of certified nurse assistants. *Applied Nursing Research*, 23, 214-220.

Chávez, A., Peinado, J.E., Ornelas, M., & Blanco, H. (2013). Composición factorial de una escala de autoeficacia en conductas académicas en universitarios de ingeniería. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 35(1), 77-93.

Chicharro-Luna, E., Orozco-Beltrán, D., Pérez, S. S., Ros, P. L., & Flores, N. P. (2016). Estudio de la incidencia de ampollas en el trekking y sus factores asociados/Foot Blister Incidence in Trekking and Associated Factors. *Revista Internacional de Ciencias Podológicas*, 10(1), 1.

- Cid H, P., Orellana Y, A. y Barriga, O. (2010). Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Revista médica de Chile*, 138(5).
- Clares, P. M., & Samanes, B. E. (2009). Formación basada en competencias. *Revista de investigación educativa*, 27(1), 125-147.
- Collis, B. (2007). Perspectives de disseny a l'educació per competències. En 2007 Simposio Internacional, CIDUI, Barcelona Universidad Politècnica de Catalunya.
- de Quijano, S. D., & Cid, J. N. (2000). La autoeficacia y la motivación en el trabajo. *Apuntes de Psicología*, 18, 159-citation_lastpage.
- del Canto, P., Gallego, I., López, J. M., Mora, J., Reyes, A., Rodríguez, E., ... & Valero, M. (2015). La evaluación en el contexto del Espacio Europeo de Educación Superior. *Revista de Educación a Distancia*, (1DU).
- El Patrimonio de la Humanidad en el Camino de Santiago, 2017) spain.info. [Recuperado de http://www.spain.info/es/reportajes/patrimonio_humanidad_camino_santiago.html].
- Encuesta de Hábitos Deportivos 2015. 2015. Madrid: Subdirección General de Estadística y Estudios, Secretaría General Técnica Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. [Recuperado de http://www.mecd.gob.es/servicios-al-ciudadano-mecd/dms/mecd/servicios-al-ciudadano-mecd/estadisticas/deporte/ehd/Encuesta_de_Habitos_Deportivos_2015.pdf].
- Escobar-Pérez, J., & Cuervo-Martínez, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en medición*, 6(1), 27-36.
- España, G. D. (2007). Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. *BOE*, 260, 44037-44038.

- España. Gobierno. (2014). Real Decreto por el que se regulan las prácticas académicas externas de los estudiantes universitarios. (Real Decreto 592/2014). Madrid: BOE.
- España. Gobierno. (2010). Real Decreto por el que se aprueba el Estatuto del estudiante universitario (Real Decreto 1791/2010). Madrid: BOE.
- Fernández, L. (2007). ¿Cómo se elabora un cuestionario? Butlletí La recerca.
- Fernández Costas, A. (2001). La actividad física del peregrino. Consejos prácticos. Lecturas Educación Física y Deportes, Revista Digital. [en línea], 42. Buenos Aires. [Disponible en: <http://www.efdeportes.com>].
- Fernández Cabrera, T., Medina Anzano, S., Herrera Sánchez, I. M., Rueda Méndez, S., & Fernández Del Olmo, A. (2011). Construcción y validación de una escala de autoeficacia para la actividad física. Revista Española de Salud Pública, 85(4), 405-417.
- Ferrando, M. G. (2006). Veinticinco años de análisis del comportamiento deportivo de la población española (1980-2005). Revista internacional de sociología, 64(44), 15-38.
- Gallo, S., De La Paz, M., Castañeiras, C. E., & Posada, M. C. (2012). Autoeficacia y autopercepción de competencias para el ejercicio profesional del psicólogo. In IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Gándara, M. V. D. B., Carrasco, M.A. (2002). Evaluación de la autoeficacia en niños y adolescentes. Psicothema, 14(2), 323-332.
- García, C. I. A., & Russell, M. E. R. (2006). Autoeficacia y disposición al cambio para la realización de actividad física en estudiantes universitarios. Acta Colombiana de Psicología, 9(1), 41-49.

- García-Fernández, J. M., Inglés, C. J., Torregrosa, M. S., Ruiz-Esteban, C., Díaz-Herrero, Á., Pérez-Fernández, E., & Martínez-Monteagudo, M. C. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia Percibida Específica de Situaciones Académicas en una muestra de estudiantes españoles de Educación Secundaria Obligatoria. *European Journal of Education and Psychology*, 3(1).
- George, D. y Mallery, P. (2003). *spss for Windows step by step: A Simple Guide and Reference*. 11.0 Update (4.ª ed.). Boston: Allyn & Bacon
- Gibson, S., & Dembo, M. H. (1984). Teacher efficacy: A construct validation. *Journal of educational psychology*, 76(4), 569.
- Gallegos, A. G. (2005). Expectativas y vivencias en la actividad físico-deportiva del peregrino. Un año antes y un después en el Camino de Santiago (Vol. 185). Universidad Almería.
- Granero Gallegos, A., Ruiz Juan, F., & García Montes, M. E. (2006). Lesiones y problemas físicos padecidos por senderistas y cicloturistas en una ruta por etapas. El caso del camino de Santiago. *Rev int med cienc act fis deporte*, 22, 99.
- Herrera, F., Ramírez, M. I., Roa, J. M., & Herrera, I. (2003). Tratamiento de las creencias motivacionales en contextos educativos pluriculturales. *Revista Iberoamericana de educación*, 1681-565.
- ICOMOS. (1985). Patrimonio de la Humanidad. Santiago de Compostela, Turismo. [Recuperado de <http://www.santiagoturismo.com/inforxeral/patrimonio-da-humanidade>].
- Kohler, J. (2009). Rendimiento académico asociado a la autoeficacia de estudiantes de 4to. y 5to. año de secundaria de un colegio nacional de Lima. *Cultura*, 23, 101-119.
- Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel psychology*, 28(4), 563-575.
- Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre de Universidades. Boletín Oficial del Estado, 24 de diciembre de 2001, núm. 307, p. 49400.

- Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. Boletín Oficial del Estado, 13 de abril de 2007, núm. 89, p. 16241.
- Luszczynska, A., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). The general self-efficacy scale: multicultural validation studies. *The Journal of psychology*, 139(5), 439-457.
- Macías, A. B. (2010). Validación del inventario de expectativas de autoeficacia académica en tres muestras secuenciales e independientes. *CPU-e, Revista de Investigación Educativa*, (10), 1-30.
- Mateo, J. (2007). Interpretando la realidad, construyendo nuevas formas de conocimiento: el desarrollo competencial y su evaluación. *Revista de Investigación Educativa*, 25(2), 513-531.
- Mateus-Galeano, E. M., & Céspedes-Cuevas, V. M. (2016). Validez y confiabilidad del instrumento "Medición de la autoeficacia percibida en apnea del sueño"-SEMSA. Versión en español. *Aquichan*, 16(1), 67-82.
- Maura, V. G., & Tirados, R. (2008). Competencias genéricas y formación profesional: un análisis desde la docencia universitaria. *Revista iberoamericana de educación*, 47, 185-209.
- McMillan, J. H., & Schumacher, S. (2005). *Investigación educativa una introducción conceptual*. Pearson educación.
- Mulder, M., Weigel, T., & Collings, K. (2008). El concepto de competencia en el desarrollo de la educación y formación profesional en algunos Estados miembros de la UE: un análisis crítico. *Revista de currículum y formación del profesorado*. 12(3), 1-25.
- Murillo, F. J. (2004). *Cuestionarios y escalas de actitudes*. Facultad de Formación de Profesorado y Educación.

- Navarro, L. (2002). El análisis de las creencias de autoeficacia: un avance hacia el desarrollo profesional del docente. *Revista de teología y ciencias humanas*, 60(107), 591-612.
- Navarro, L. (2003). La autoeficacia en el contexto académico. Consultado el [24 de febrero de 2017] en <https://www.uky.edu/~eushe2/Pajares/prieto.PDF>.
- Navarro, L. P. (2007). Autoeficacia del profesor universitario: eficacia percibida y práctica docente (Vol. 15). Narcea Ediciones.
- Nogales Espert, A. (2001). La atención a los enfermos en el Camino de Santiago: su importancia para la enfermería medieval y de principios de la Edad Moderna. *Híades: Revista de Historia de la Enfermería*, (8), 119-129.
- Normativa de Reconocimiento de Competencias Transversales y Profesionales de los Títulos de Grado de la Universidad Miguel Hernández de Elche. (Aprobado por Consejo de Gobierno, en su sesión de 27/07/2009). [Recuperado de <http://secregralserv.umh.es/files/2009/09/normativa-reconocimiento-competencias-transversales-y-profesionales.pdf>].
- Nova, A. P. (2011). Formación docente: hacia una definición del concepto de competencia profesional docente. *Revista electrónica interuniversitaria de formación del profesorado*, 14(1), 67-80.
- Novillo-Fertell, J. M. (2013a). La peregrinación en la huella del tiempo Cronología Jacobea. Siglos I a X Peregrino. *Revista del camino de Santiago*, 145, 29-31.
- Novillo-Fertell, J. M. (2013b). La peregrinación en la huella del tiempo Cronología Jacobea. Siglos XI a XIII Peregrino. *Revista del camino de Santiago*, 146, 34-37.

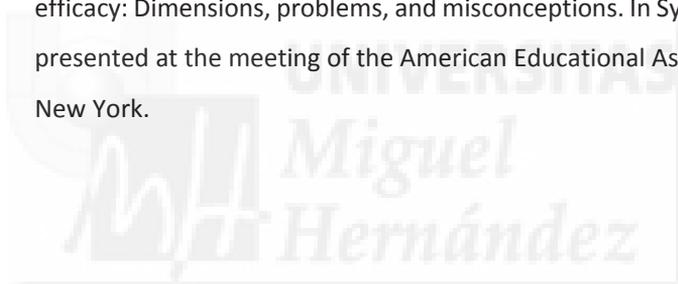
- Novillo-Fertell, J. M. (2013c). La peregrinación en la huella del tiempo Cronología Jacobea. Siglos XIV a XVI Peregrino. Revista del camino de Santiago, 147-148, 36-38.
- Novillo-Fertell, J. M. (2013d). La peregrinación en la huella del tiempo Cronología Jacobea. Siglos XVII a XIX Peregrino. Revista del camino de Santiago, 149, 27-29.
- Novillo-Fertell, J. M. (2013e). La peregrinación en la huella del tiempo Cronología Jacobea. Siglos XX a XXI Peregrino. Revista del camino de Santiago, 150, 28-31.
- Oficina de Acogida al Peregrino. (2017). Oficina de Acogida al Peregrino. Santiago de Compostela: OAP. [Recuperado de <https://oficinadelperegrino.com/>].
- Olaz, F. O. (2003). Autoeficacia y diferencia de géneros: Aportes a la explicación del comportamiento vocacional. Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología, 56(3), 359-376.
- Olivari Medina, C., & Urra Medina, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. Ciencia y enfermería, 13(1), 9-15.
- Orden CIN/728/2009, de 18 de marzo, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Podólogo. Boletín Oficial del Estado, 26 de marzo de 2009, núm. 73, p. 29170.
- Ornelas, M., Blanco, H., Rodríguez, J. M., & Flores, F. J. (2011). Análisis psicométrico de la escala autoeficacia en conductas de cuidado de la salud física en universitarios de primer ingreso. Formación universitaria, 4(6), 21-34.
- Ornelas Contreras, M., Blanco Vega, H., Gastélum Cuadras, G., & Muñoz Beltrán, F. (2013). Perfiles de autoeficacia en conductas académicas en alumnos de primer ingreso a la universidad. Revista electrónica de investigación educativa, 15(1), 17-28.

- Oviedo, H. C., & Arias, A. C. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista colombiana de psiquiatría*, 34(4), 572-580.
- Pajares, F. (1997). Current directions in self-efficacy research. *Advances in motivation and achievement*, 10(149), 1-49.
- Pedrosa, I., Suárez-Álvarez, J., & García-Cueto, E. (2013). Evidencias sobre la validez de contenido: avances teóricos y métodos para su estimación. *Acción Psicológica*, 10(2), 3-18.
- Pérez, E., Lescano, C., Zalazar, P., Furlán, L., & Martínez, M. (2011). Desarrollo y análisis psicométricos de un inventario de autoeficacia para inteligencias múltiples en niños argentinos. *Psicoperspectivas*, 10(1), 169-189.
- Ramírez, L., & Medina, G. (2008). Educación basada en competencias y el proyecto Tuning en Europa y Latinoamérica. Su impacto en México. *Ide@s CONCYTEG*, 3(39), 8.
- Real Decreto 1125/2003, de 5 de septiembre, por el que se establece el sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones en las titulaciones universitarias de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional. *Boletín Oficial del Estado*, 18 de septiembre de 2003, núm. 224, p. 34355
- Resolución de 1 de diciembre de 1998, de la Universidad Miguel Hernández, de Elche.
- Resolución de 16 de mayo de 2011, de la Universidad Miguel Hernández, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Podología. *BOE»* núm. 128, de 30 de mayo de 2011, páginas 53511 a 53512.
- Resolución de 18 de febrero de 2014, de la Universidad Miguel Hernández, por la que se publica la modificación del plan de estudios de Graduado en Podología. Publicado en: « *BOE* » núm. 59, de 10 de marzo de 2014, páginas 22480 a 22481.
- Rísquez, M. I. R., Meca, J. S., & Fernández, C. G. (2010). Personalidad resistente, autoeficacia y estado general de salud en profesionales

- de enfermería de cuidados intensivos y urgencias. *Psicothema*, 22(4), 600-605.
- Rivilla, A. M., Garrido, M. C. D., & Romero, C. S. (2012). Evaluación de las competencias de los estudiantes: modelos y técnicas para la valoración. *Assessment of the competences of students: models and valuation techniques. Revista de investigación educativa*, 31(1), 239-255.
- Robles Garrote, P., & del Carmen Rojas, M. (2015). La validación por juicio de expertos: dos investigaciones cualitativas en Lingüística aplicada. *Revista Nebrija de Lingüística Aplicada a la Enseñanza de Lenguas*, (18).
- Rodriguez, A. & Vieira, M.J. (2009). La formación en competencias en la universidad: un estudio empírico sobre su tipología. *Revista de Investigación Educativa*, 27(1), 27-47.
- Ruiz, F. (2015). Influencia de la autoeficacia en el ámbito académico. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria (RIDU)*.
- Sánchez, V., & RUIZ, A. P. M. (2004). Practicum y evaluación de competencias. *Revista de curriculum y formación del profesorado*, 8(2), 1-19.
- Sanz, M. P. G., & Pedreño, L. R. M. (2011). La planificación de evaluación de competencias en Educación Superior. *Revista electrónica interuniversitaria de formación del profesorado*, 14(1), 113-124.
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological reports*, 51(2), 663-671.
- Sireci, S. G. (1998). The construct of content validity. *Social Indicators Research*, (45), 83-117.
- Sniehotta, F. F., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). Bridging the intention-behaviour gap: Planning, self-efficacy, and action control in the

- adoption and maintenance of physical exercise. *Psychology & Health*, 20(2), 143-160.
- Solla, Á. M. S. (2006). El Camino de Santiago: turistas y peregrinos hacia Compostela. *Cuadernos de turismo*, (18), 135-150.
- Suárez, P. S., García, A. M. P., & Moreno, J. B. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12(Suplemento), 509-513.
- Tarragona, J. M. (2008). El palacio episcopal de Astorga (1889-1893). [antonigaudi.org](http://www.antonigaudi.org/antonigaudi.org). [Recuperado de <http://www.antonigaudi.org/el-palacio-episcopal-de-astorga-1889-1893-709.html>].
- Tejada Fernández, J. (2011). La evaluación de las competencias en contextos no formales: dispositivos e instrumentos de evaluación.
- Torrado, M. (2004). Estudios de encuesta. En Bisquerra, R. (coord.), *Metodología de la investigación educativa* (pp. 231-257). Madrid: Editorial la Muralla.
- Tristán-López, A. (2008). Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Avances en medición*, 6(1), 37-48.
- Uría, J. (1945). La hospitalidad con los peregrinos y el hospedaje. Las peregrinaciones a Santiago de Compostela. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Escuela de Estudios Medievales.
- Valenzuela, F. (2015). ¿Santiago en Compostela? La Invención de la Tumba Apostólica. *Témpora*, Magazine de Historia. [Recuperado de <http://www.temporamagazine.com/santiago-en-compostela-la-invencion-de-la-tumba-apostolica/>].
- Vázquez Gallego, J., Solana, M. R., & Quintas Fernández, C. (2004). *Consejos médicos para el peregrino*. Barcelona: Paidotribo.

- Vesga Gualdrón, L. M., & Ruiz de Cárdenas, C. H. (2016). Validez y confiabilidad de una escala de cuidado profesional en español. *Avances en Enfermería*, 34(1), 69-78.
- Wood, R., & Locke, E. (1987). The relation of self-efficacy and grade goals to academic performance. *Educational and Psychological Measurement*, 47, 1013-1024.
- Zalacaín A, Ramos J, Becerro de Bengoa R, Romero M, Aparicio V, Madrid MJ. Libro Blanco. Título de Grado en Podología [internet]. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA); 2005. [Recuperado a partir de: http://www.aneca.es/var/media/150304/libroblanco_podologia_def.pdf].
- Zimmerman, B. J. (1996). Measuring and mismeasuring academic self-efficacy: Dimensions, problems, and misconceptions. In Symposium presented at the meeting of the American Educational Association, New York.





X ANEXOS

MEMORIA DE LA ACTIVIDAD DEL CAMINO DE SANTIAGO

ASISTENCIA SANITARIA A LOS PEREGRINOS DEL CAMINO DE SANTIAGO EN LA PROVINCIA DE LEÓN. CURSO 2016-2017

PROPUESTA DE ACCION FORMATIVA

Preámbulo. Esta acción formativa está diseñada para trabajar con pacientes. Para ello el alumno precisa a su lado un tutor clínico colegiado responsable del tratamiento y que además cuente con la preceptiva autorización de la UMH para llevar a cabo acciones formativas. Tanto el alumno como el tutor y el paciente estarán en un ambiente clínico con materiales e instrumental sobre el que hay que tener especial precaución.

Esta acción formativa se realiza a 750 Km. de la Universidad Miguel Hernández. La coordinación de los diferentes elementos institucionales de la UMH, alumnado, profesorado, suministradores, peregrinos, ayuntamientos y personal del mismo conforman un engranaje que debe estar perfectamente sincronizado.

Introducción. Desde los inicios de la UMH, diferentes grupos de profesores de la UMH, avalados por diferentes estructuras de gestión de la UMH impulsan proyectos que intentan incluir a los alumnos en una situación de atención y asistencia real con presión social y asistencial.

Esta actividad persigue principalmente dos objetivos: El primero de ellos es la adquisición de competencias que están contempladas en la Memoria Verificada del Grado en Podología de la Universidad Miguel Hernández, dirigidas al campo de habilidades y destrezas en la práctica directa con el paciente-usuario que, por sus características y escenario en el que se realizan, es un elemento altamente motivador y complementario para el aprendizaje de la materia teórico-práctica impartida en el ámbito universitario, tanto en aula teórica como en la sala de asistencia práctica.

El segundo de ellos es posicionar a la UMH como referente académico a través de la difusión de su imagen institucional.

Para ello, desplazamos tutores, alumnos, recursos materiales y otros elementos, entre ellos identificativos de la UMH, a la provincia de León. Escogimos la ruta del Camino de Santiago que abarcaba un conjunto de oportunidades formativas clínicas, sociales y de promoción de la UMH.

La sincronía de la actividad no es tarea fácil ya que esta actividad depende de elementos sobre los que no se tiene ningún control, como por ejemplo, que los alumnos decidan no realizar la actividad, que la misma coincide con el periodo vacacional de los docentes, que el año anterior haya habido dificultades en León que perjudiquen el proyecto del año en curso, que el presupuesto sea insuficiente, que el apoyo interno de diferentes estructuras de la UMH se vea comprometido por otras actividades más relevantes, que los tutores profesionales anden escasos de fondos personales, etc.

Los tres únicos elementos constantes positivos del proyecto son: Profesores comprometidos con el proyecto con conciencia de su importancia y relevancia formativa; apoyo institucional y peregrinos.

MEMORIA DE LA ACTIVIDAD DEL CAMINO DE SANTIAGO

OBJETIVOS

Los objetivos que persigue esta actividad se pueden sintetizar en:

- Prestar una asistencia sanitaria y multidisciplinar al peregrino del Camino de Santiago
- Ofrecer un complemento formativo fundamentalmente práctico, desarrollado en un medio ajeno al ambiente universitario y dirigido fundamentalmente a la formación del estudiante de Podología haciendo hincapié en aquellas competencias transversales de mayor dificultad de logro y con la participación de las Titulaciones de Fisioterapia y Terapia Ocupacional como partícipes del Área de la Salud.

Otros objetivos específicos que contempla la actividad, son los relacionados con el ámbito social y de relaciones humanas junto con el intento de incrementar la difusión de la imagen corporativa de la UMH.

MODO FORMATIVO

Actividad teórico/práctica tutorizada por profesores de la Facultad de Medicina mediante el anexo específico del Observatorio Ocupacional y en la modalidad de prácticas externas supervisadas por profesionales de la salud colegiados.

LUGAR DE REALIZACIÓN

En el albergue municipal de la ciudad de Villadangos del Páramo, gestionado por Proyecto-Hombre/Proyecto Joven de León en convenio con el Ayuntamiento de Villadangos del Páramo. En el albergue Siervas de María propiedad de la asociación de amigos del Camino de Santiago y Comarca, en convenio con el Ayuntamiento de Astorga, estando ambas instituciones conveniadas a su vez con la UMH.

Las sesiones formativas teóricas y seminarios se realizarán en la propia Facultad de Medicina.

SEGUIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS

Coordinador del proyecto; Tutores Académicos; Tutores Profesionales vinculados a la UMH y desplazados al efecto y Tutores Profesionales externos a la UMH desplazados a las instalaciones de prácticas.

NÚMERO DE ALUMNOS

Un máximo de 75. Se seleccionan entre los interesados con el 50% de créditos superados.

CAPTACIÓN DE INTEGRANTES DEL PROYECTO.

La UMH ha definido esta acción formativa como una de sus actividades. El Decano de la Facultad de Medicina, D. Antonio Compañ ha nombrado a los responsables gestores de la actividad de las diferentes titulaciones. Titulación de Podología, profesor Salvador P. Sánchez; Terapia Ocupacional, profesora Alicia Sánchez y Fisioterapia, profesor José V. Toledo. Los mismos acuerdan que el coordinador general de la actividad recaiga en el profesor Salvador P. Sánchez.

MEMORIA DE LA ACTIVIDAD DEL CAMINO DE SANTIAGO

Los criterios de selección y captación de alumnos son diferentes y específicos para cada titulación. Normalmente se usa el criterio de expediente académico, aunque se modula en función de los incentivos de captación y se utilizan criterios de afinidad, cercanía social, o disponibilidad de vehículo.

Los tutores profesionales colegiados se captan entre egresados de la UMH que se comprometan con la acción formativa.

CREDITOS DOCENTES RECONOCIDOS PARA EL ALUMNO.

Créditos docentes: 5,2 transversales a homologar por el servicio de gestión de estudios de la UMH.

Periodo teórico: Meses de Junio y Septiembre. Aulas de San Juan,

Periodo de prácticas: del 6 de Julio al 11 de Agosto de 2014 en 5 grupos de alumnos coordinados e integrados de las diferentes titulaciones de la Facultad de Medicina.

Horas específicas de cada alumno:

1. Teórica: 20 horas en sesiones de aula. A través de 4 seminarios.
2. Periodo de práctica. Un total de 42 horas clínicas con presencia de pacientes a razón de 6 horas diarias durante una semana de lunes a domingo inclusive (*)
3. Seminario y trabajo personal: 10 horas de puesta en común de resultados y memoria de la actividad.

(*) El desplazamiento a León se realiza el domingo anterior y la vuelta a la ciudad de origen del alumno o tutor se realiza el lunes siguiente. Estimamos cada desplazamiento en 10 horas. Excepto el horario de descanso, el tutor profesional desplazado sigue ejerciendo de guía social y otras actividades ya que convive con los alumnos.

COMPETENCIAS A TRABAJAR POR EL ALUMNO.

- Desarrollar la capacidad de transmitir información a los pacientes
- Desarrollar las habilidades de comunicación y el trato con el paciente y otros profesionales, así como el trabajo en equipo.
- Desarrollar un uso eficiente de los recursos sanitarios disponibles.
- Garantizar la calidad asistencial en la práctica de la podología, fisioterapia y de la terapia ocupacional.
- Prescribir, administrar y aplicar tratamientos farmacológicos, ortopodológicos, físicos, ortopédicos, recuperación funcional.
- Desarrollar la habilidad y destreza en el uso del instrumental y material para la aplicación de tratamientos podológicos.
- Asesorar en temas de educación relacionados con la prevención y la asistencia podológica.

MEMORIA DE LA ACTIVIDAD DEL CAMINO DE SANTIAGO

NÚMERO DE ESTUDIANTES POR TITULACIONES – ALBERGUES

Titulación de Terapia Ocupacional: 10 alumnos máximo distribuidos en: 5 semanas en Villadangos x 1 alumno. 5 semanas en Astorga x 1 alumno

Titulación de Fisioterapia: 20 alumnos: 5 semanas en Villadangos x 2 alumnos. 5 semanas en Astorga x 2 alumnos.

Titulación de Podología: 30 alumnos: 5 semanas en Villadangos x 2 alumnos. 5 semanas en Astorga x 4 alumnos.

Total alumnos del proyecto: 60.

TAREAS A DESARROLLAR POR LOS DOCENTES IMPLICADOS.

1. CP: Coordinación de las diferentes titulaciones y el propio proyecto.
2. GA: Gestión administrativa: Captación de alumnos, calendario, establecer puntos de atención, gestionar la infraestructura de apoyo en León. Captación de tutores profesionales. Sincronizar horarios y semanas. Reuniones. Elaboración de la historia clínica.
3. GAUMH: Gestión administrativa UMH. Coordinar la publicidad institucional UMH en León. Establecer los convenios anexos de prácticas semanales en observatorio ocupacional.
4. GL: Gestión de la atención en León. Elaboración del presupuesto. Identificar y adquirir los suministros. Recepción e inventario de los suministros para la atención. División de los suministros en partidas semanales y por centro de atención. Establecimiento de los protocolos del botiquín.
5. SD: Seminarios docentes Preparación del seminario. Tres seminarios de atención al peregrino incluyendo breve historia del Camino, lesiones habituales del peregrino, métodos de cura, normas de comportamiento, guía de supervivencia, vocabulario inglés y protocolo de rellenado de la historia clínica y atención.
6. TA: Tutorización académica real que incluye el protocolo de comunicación entre participantes y los mecanismos de redes sociales. TPR: Tutorización profesional real (asistencial). TPE: Tutorización profesional efectiva (incluye el resto de actividades no asistenciales).
7. FP: Finalización del proyecto: Recogida de documentación, verificación de las historias clínicas, recogida del material. Informes personalizados al observatorio ocupacional.

DOCENTES IMPLICADOS. Se describe la abreviatura de la tarea y las horas empleadas. El resto de tareas están implícitas en los nombramientos como gestores responsables de la actividad en las diferentes titulaciones.

Esther Chicharro Luna (PCOL. área de Enfermería. Podología). TPR. Tutorización profesional real. 42 horas. TPE Tutorización profesional efectiva 112 horas. Desplazamiento a León ida y vuelta: 20 horas: Actividad homologable UMH: Prácticas clínicas externas.

Nuria Padrós Flores (PCOL. área de Enfermería. Podología). TPR. Tutorización profesional real. 42 horas. TPE Tutorización profesional efectiva 112 horas. Desplazamiento a León ida y vuelta: 20 horas: Actividad homologable: Prácticas clínicas externas.

MEMORIA DE LA ACTIVIDAD DEL CAMINO DE SANTIAGO

Salvador Pedro Sánchez Pérez (CEU. área de Enfermería. Podología). TA. Tutorización académica real. Meses de Mayo, Junio, Julio y mitad de Agosto y Septiembre. Responsable académico de la actividad. 250 horas. Actividad homologable: Coordinador. Docencia presencial.

Iris Juárez Leal. (ASO. área de Radiología y Medicina Física. Terapia ocupacional). TPR. Tutorización profesional real. 42 horas. TPE Tutorización profesional efectiva 112 horas. Desplazamiento a León ida y vuelta: 20 horas: Actividad homologable: Prácticas clínicas externas.

Alicia Sánchez Pérez. (PCOL. área de Radiología y Medicina Física. Terapia ocupacional). TPR. Tutorización profesional real. 42 horas. TPE Tutorización profesional efectiva 112 horas. Desplazamiento a León ida y vuelta: 20 horas: Actividad homologable: Prácticas clínicas externas.

Paula Peral Gómez. (AYU. área de Radiología y Medicina Física. Terapia ocupacional). Tutorización académica real. 10 horas. Actividad homologable. Docencia presencial.

José Vicente Toledo Marhueda. (PCOL. área de Fisioterapia) TPR. Tutorización profesional real. 42 horas. TPE Tutorización profesional efectiva 112 horas. Desplazamiento a León ida y vuelta: 20 horas: Actividad homologable: Prácticas clínicas externas.

Tutor 1 profesional colegiado externo a las UMH. Pendiente de confirmar.

Tutor 2 profesional colegiado externo a las UMH. Pendiente de confirmar.

Tutor 3 profesional colegiado externo a las UMH. Pendiente de captar.

Tutor 4 profesional colegiado externo a las UMH. Pendiente de captar.

TAREAS A DESARROLLAR POR LOS ALUMNOS IMPLICADOS

Los turnos llegarán el domingo anterior a la semana de trabajo y se marcharán el siguiente lunes siendo el cambio de grupo el domingo.

Los turnos de los grupos quedan de la siguiente forma:

Grupo 1. Del 7 al 13 de Julio (llegan el 6, se marchan el 14). El 13 realizan el cambio de turno en Astorga. Atención en Astorga y Villadangos del Páramo. El 7 por la mañana instalan los centros de atención. 12 alumnos. 1 o 2 tutores

Grupo 2. Del 14 al 20 de Julio (llegan el 13, se marchan el 21). El 13 realizan el cambio de turno a la llegada y el 20 el cambio de turno a la salida. En Astorga. Atención en Astorga y Villadangos del Páramo. 12 alumnos. 1 o 2 tutores

Grupo 3. Del 21 al 27 de Julio (llegan el 20, se marchan el 28). El 20 realizan el cambio de turno a la llegada y el 27 el cambio de turno a la salida. En Astorga. Atención en Astorga y Villadangos del Páramo. 12 alumnos. 1 o 2 tutores

Grupo 4. Del 28 de Julio al 3 de Agosto (llegan el 27 de Julio, se marchan el 4 de agosto). El 27 realizan el cambio de turno a la llegada y el 3 el cambio de turno a la salida. En Astorga. Atención en Astorga y Villadangos del Páramo. 12 alumnos. 1 o 2 tutores

MEMORIA DE LA ACTIVIDAD DEL CAMINO DE SANTIAGO

Grupo 5. Del 4 al 10 de Agosto (llegan el 3 de Agosto, se marchan el 11 de agosto). El 3 realizan el cambio de turno a la llegada. El 11 de agosto recogen material de los centros de atención. 12 alumnos. 1 o 2 tutores

Los turnos de trabajo serán de lunes a domingo, en un horario de actividad de 15:00 a 21:00 horas según el volumen de peregrinos. Durante ese horario, los estudiantes realizarán, fundamentalmente:

- Asistencia multidisciplinaria a peregrinos del Camino de Santiago, incluyendo cualquier tipo de actividad preventiva y de educación para la salud.
- Difusión de la imagen corporativa de la Universidad Miguel Hernández.

Previamente al comienzo de la actividad los alumnos recibirán tres seminarios de cinco horas de duración cada uno con el fin de consensuar los aspectos importantes y funciones a desarrollar para el correcto funcionamiento de la actividad.

Una vez finalizada la actividad, se realizará otro seminario en septiembre de 5 horas para realizar una puesta en común del desarrollo conjunto de la actividad.

ACTIVIDAD DOCENTE DE LOS ESTUDIANTES

En forma de modalidad presencial.

En la UMH. Docencia teórica: 3 sesiones, 20 horas. Atención al peregrino incluyendo breve historia del Camino, lesiones habituales del peregrino, métodos de cura, normas de comportamiento, guía de supervivencia, vocabulario inglés y protocolo de rellenado de la historia clínica y atención. Se impartirá un cuarto seminario de finalización de la actividad. El contenido de los seminarios está descrito posteriormente.

En los puntos de asistencia en León: Actividad clínica. 42 horas repartidas en 6 horas diarias durante 7 días a la semana. Además de 20 horas de viaje.

En forma de modalidad tutorizada NO presencial.

Elaboración de la memoria de la actividad: 8 horas.

Total alumno: 160 horas.

ACTIVIDADES FORMATIVAS RELACIONADAS

Asistencia directa del tutor profesional durante los días escogidos

Asistencia, en forma de seminarios previos y posteriores a la actividad

Asistencia en forma de tareas -trabajo del estudiante para preparación de seminarios

Asistencia directa del estudiante durante los días escogidos

MATERIAL NECESARIO

La asistencia al peregrino se realizará en los albergues habilitados, espacios en el que los alumnos contarán con diverso material de trabajo enviado desde las empresas y desde la

MEMORIA DE LA ACTIVIDAD DEL CAMINO DE SANTIAGO

propia UMH. Los alumnos irán identificados y uniformados con clara referencia a la UMH. Los puntos de atención al peregrino de la UMH estarán perfectamente identificados con cartelera de la Universidad confeccionada al efecto.

Seminario 1: 5 HORAS

- Explicación de las condiciones de la actividad.
- Reparto del trabajo a realizar para la programación y posterior puesta en práctica de un programa de intervención de para los peregrinos del Camino de Santiago. 2014.
- Breve historia del Camino de Santiago.
- Normas de comportamiento.
- Guía de supervivencia.

Seminario 2: 5 HORAS

- Puesta en común de la información recogida por los alumnos sobre la asistencia y tareas a desarrollar para los peregrinos del Camino de Santiago.
- Selección de la información y diseño de los bocetos de los pósters y dípticos divulgativos.
- Lesiones habituales del peregrino, forma de abordarlas y métodos de cura.

Seminario 3: 5 HORAS

- Elaboración de las encuestas de evaluación del programa.
- Planificación del trabajo a realizar en los albergues (cómo y cuándo informar a los peregrinos, dónde situarse, qué información dar, etc).
- Protocolo de historia clínicas.
- Vocabulario inglés.

Seminario 4: 5 HORAS

- Puesta en común posterior a la actividad.
- Relato de experiencias.
- Sugerencias para la siguiente acción formativa.

CONSIDERACIONES FINALES

La actividad asistencial no se realiza a lo largo de todo el día. Se realiza por la tarde siguiendo el patrón de actividad de los peregrinos. Los peregrinos comienzan al alba, caminan durante unos 25 km, llegan al albergue, se asean, comen y antes de realizar sus actividades culturales de la tarde, los que lo precisan acuden a solicitar cita a los puntos de atención.

Esta actividad genera una convivencia permanente entre tutores y alumnos. Los albergues ponen a disposición de la UMH habitaciones de peregrinos durante los 37 días que dura la actividad. Además, los domingos de cambio de turno, habilitan habitaciones extras. Los alumnos y tutores duermen en Astorga y conviven en la misma habitación, que dispone de 14 camas.

Los alumnos y tutores provienen de diferentes puntos del país, por lo que la llegada y salida de los mismos no es simultánea. Cada uno de ellos utiliza los medios a su alcance para llegar a Astorga. La coordinación del inicio y fin de actividad de la semana y las decisiones últimas se toman desde la coordinación general del proyecto. En ocasiones es necesario atrasar el inicio de atención esa semana o cambiar algún billete de viaje para que el tutor saliente pernocte un

MEMORIA DE LA ACTIVIDAD DEL CAMINO DE SANTIAGO

día más a la espera del siguiente tutor. Sin tutor profesional, la actividad no puede realizarse. Además en el caso de existir un solo tutor profesional, éste selecciona a los alumnos que asistirán en uno u otro albergue, desplazándose continuamente entre ellos. Ambos albergues están ubicados a 25 Km. de distancia.

Los alumnos aceptan que la autoridad del tutor no es discutible en público e incluso los alumnos son conscientes que deben seguir sus recomendaciones en el horario no asistencial de la mañana para evitar comprometer con sus actividades y comportamiento la actividad del siguiente grupo e incluso de la sesión formativa del año siguiente. En caso de dificultades, siempre tienen un punto de referencia al que acudir que es el coordinador del proyecto.

Como punto a mejorar, la mayoría de los peregrinos se sorprenden de que existan estos puntos de asistencia, a pesar de la actividad de difusión que realizamos a través de medios de comunicación y específicamente en las paradas previas a Villadangos y Astorga, es decir, otros albergues. Manifiestan su alegría por encontrarnos y su disconformidad por la inexistencia de estos puntos de atención antes y después de Villadangos y Astorga.

El peregrino, usualmente no hispano, tiene normalmente una agenda de viaje marcada y cerrada. Nuestra actividad asistencial tiene como principal objetivo curar, ayudar o instruirle en autocuidados para que pueda seguir su viaje. Este objetivo no es posible aprenderlo en los estudios de grado. Ni los pacientes arriesgan en su patología ni los profesionales en su práctica cotidiana. Es preciso, por tanto establecer unos protocolos y, en su caso, un criterio de derivación, que se establecen en las sesiones teóricas y se modulan con el tutor profesional.

La mayoría de los peregrinos que atendemos se sorprende que sea una Universidad y de forma gratuita la que atienda sus problemas. Su agradecimiento en la forma que estime expresarlo deja una profunda huella en los alumnos.

EL PROYECTO

En 2002, un grupo de profesores de podología se conformó en el embrión de la acción formativa que abarca este documento. La actividad se ha realizado de forma continuada e ininterrumpida desde entonces, coincidiendo con el último curso de diplomatura de la titulación de Podología y trasladándola al tercer curso de grado de Podología. Muchos han sido los tutores profesionales implicados; los profesores, en función de sus agendas, han ido participando, entrando y saliendo del proyecto; en una edición participaron estudiantes de fisioterapia; los diferentes decanos de Medicina han apoyado incondicionalmente el proyecto; departamentos y otras entidades gestoras de la UMH también han ido modulando su apoyo; la ciudad inicial del proyecto, Hospital de Órbigo, ya no está entre nuestros objetivos formativos y las fuentes de financiación han ido variando. La actividad ha ido incrementando el número de semanas de atención, pasando inicialmente de 2 semanas son atención en fines de semana a la actual, 5 semanas consecutivas. Cada curso se ha introducido alguna variación en el proyecto que ha conducido, finalmente al de este año.

Actualmente la actividad está tutelada por el Vicerrectorado de Relaciones Institucionales y por la Facultad de Medicina por lo que cuenta con un sólido apoyo institucional

MEMORIA DE LA ACTIVIDAD DEL CAMINO DE SANTIAGO

conformándose, por tanto, en una actividad que no depende de altruismos, favores, ni peregrinaje entre gestores.

La inclusión en la edición anterior de estudiantes de Terapia Ocupacional supuso una gestión de colas y de documentación que hicieron mucho más fácil la labor de los estudiantes de Podología. Los datos obtenidos nos permiten establecer, además, el volumen de peregrinos que se puede abarcar en la asistencia clínica y el tipo de lesiones que debemos o no abarcar. Este año, introducimos también a los estudiantes de Fisioterapia. Su inclusión, además de los objetivos institucionales de la Facultad de Medicina, obedece a los datos obtenidos y a la petición expresa de las Entidades de León. La inclusión de los estudiantes de Fisioterapia, obliga, por tanto, a modificar a la baja el número de estudiantes de Podología y por otro lado a coordinar de una nueva forma, de momento empírica, las actividades clínicas del grupo global de estudiantes de la Facultad de Medicina. Las entidades de León, además sugieren la posibilidad de tener puntos de atención permanente durante todo el año.

Esta actividad, fundamentalmente en el campo de la salud, queda por tanto abierta a su expansión a otros puntos de atención a lo largo de la provincia de León, a otras titulaciones, fundamentalmente Medicina y posiblemente Enfermería, a otras titulaciones que seguro que tienen cosas que aportar y finalmente a otras Universidades. Creemos que es cuestión de sincronizar formación e intereses académicos junto con ilusión por su realización.

Los participantes de este proyecto: profesores, alumnos, administrativos, gestores, comerciales y autoridades tanto académicas como políticas consideramos un privilegio estar en el mismo.



ANEXO 2



UNIVERSIDAD MIGUEL
HERNÁNDEZ
REGISTRO DE CONVENIOS
N.º 90/15
Elche, 02/06/2015



[Handwritten signature]

Victoria Alonso Perea

Astorga

CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE LA UNIVERSIDAD MIGUEL
HERNÁNDEZ DE ELCHE, EL EXCMO. AYUNTAMIENTO DE ASTORGA Y LA
ASOCIACIÓN DE AMIGOS DEL CAMINO DE SANTIAGO DE ASTORGA Y SU
COMARCA.

En Astorga, a de de 2015

De una parte, la Universidad Miguel Hernández de Elche (en adelante UMH), CIF nº Q-5350015C, con domicilio social en Avda. de la Universidad, s/n C.P. 03202 Elche (Alicante), en representación de la misma, D. Jesús Tadeo Pastor Ciurana, en calidad de Rector de la Universidad Miguel Hernández de Elche, en virtud del Decreto 46/2011, de 6 de mayo (DOCV nº 6516, de 9 de mayo de 2011), por el que se le nombra Rector y del Decreto 208/2004, de 8 de octubre, del Consell de la Generalitat Valenciana (DOGV nº 4861, de 13 de octubre), por el que se aprueban los Estatutos de la UMH de Elche, modificados por el Decreto 105/2012, de 29 de junio, del Consell (DOCV nº 6808, de 2 de julio).

De otra, el Excmo. Ayuntamiento de Astorga (en adelante el Ayuntamiento), CIF nº P-2400900-C, con domicilio social en Plaza de España, s/n - 24700 Astorga (León), en su nombre y representación y de acuerdo con las atribuciones que tiene conferidas, Dña. Victorina Alonso Fernández, en calidad de Alcaldesa.

Y de otra, la Asociación de Amigos del Camino de Santiago de Astorga y su comarca (en adelante la Asociación), CIF nº G24093544, con domicilio social en Plaza San Francisco 3 - 24700 Astorga (León), en su nombre y representación y de acuerdo con las atribuciones que tiene conferidas, D. Juan Carlos Pérez Cabezas, en calidad de Presidente.

Todas las partes reconociéndose capacidad legal para suscribir el presente convenio de colaboración,



Handwritten mark

Interviene Alonso Flores

Autoreza

EXPONEN

1. Que la UMH es una Entidad de Derecho Público de carácter multisectorial y pluridisciplinar que desarrolla actividades de docencia, investigación y desarrollo científico y tecnológico, interesada en colaborar en los sectores socioeconómicos.
2. Que la ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases de Régimen Local, establece en su art. 11 que el municipio es la entidad local básica de la organización territorial del Estado. Tiene personalidad jurídica y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines, entre los que se encuentra, según el art. 28 de la citada ley, el realizar actividades complementarias propias.
3. Que la Asociación de Amigos del Camino de Santiago de Astorga y su comarca es una entidad amparada por la Constitución, con personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines, cuya actividad principal es la atención a los peregrinos del Camino de Santiago a su paso por la ciudad de Astorga.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, la UMH, el Ayuntamiento y la Asociación

CONVIENEN

Formalizar el presente convenio de colaboración de acuerdo con las siguientes

CLÁUSULAS

PRIMERA.- OBJETO DEL CONVENIO DE COLABORACIÓN.

Establecer un marco de actuación para promover actividades sociosanitarias, culturales, de formación y de investigación en beneficio de los peregrinos del Camino de Santiago a su paso por Astorga.



[Handwritten signature]

Destino Amigos Pasa

[Handwritten signature]

SEGUNDA.- MODALIDADES DE COLABORACIÓN

- Asistencia y atención sociosanitaria por parte de los estudiantes de la Facultad de Medicina de la UMH a los peregrinos del Camino de Santiago que lleguen al Albergue "Siervas de María".
- Prácticas de estudiantes de la UMH en el Albergue "Siervas de María" mediante programas de cooperación educativa.
- Apoyo a proyectos de investigación y trabajos fin de grado vinculados a los grados de la Facultad de la UMH implicada.
- Actividades de proyección institucional de la UMH.
- Proyección cultural y turística de Astorga y de la Asociación de Amigos del Camino de Santiago de Astorga.

TERCERA.- COMPROMISOS DE COLABORACIÓN QUE ASUME CADA UNA DE LAS PARTES.

- a) La UMH aportará el material inventariable y fungible necesario para la atención a los peregrinos.
- b) La UMH asumirá los gastos de desplazamiento de los estudiantes y tutores profesionales desde Alicante hasta Astorga (León).
- c) Los alumnos de la UMH realizarán las actividades propuestas por los profesores académicos responsables bajo la supervisión de los tutores profesionales.
- d) El coste de media dieta de cada uno de los miembros de la UMH que participen en el proyecto, será satisfecho al 50% por el Ayuntamiento y la Asociación.
- e) La Asociación facilitará el hospedaje a todos los miembros de la UMH que participen en el proyecto así como el acceso a los servicios que presta el albergue.



Convenio de Colaboración por incumplimiento de alguna de las cláusulas, comunicándolo por escrito a las otras partes y debiendo finalizar previamente las tareas del convenio que estén en vigor.

NOVENA.- JURISDICCIÓN

La UMH, el Ayuntamiento y la Asociación se comprometen a resolver de manera amistosa cualquier desacuerdo que pueda surgir en el desarrollo del presente Convenio de Colaboración.

En caso de conflicto por divergencias en la interpretación o ejecución del presente Convenio de Colaboración, las partes acuerdan someterse a la normativa procesal específicamente aplicable.

Y en prueba de conformidad de cuanto antecede, firman por duplicado el presente acuerdo en el lugar y fecha en el inicio indicados.

POR LA UNIVERSIDAD MIGUEL
HERNÁNDEZ DE ELCHE

POR EL AYUNTAMIENTO DE
ASTORGA

Fdo.: M^a Teresa Pérez Vázquez
Vicerrectora de Relaciones
Institucionales
(Delegación RR 730/11, de 19 de mayo
DOCV núm. 6530, de 27 de mayo de 2011)

Fdo.: Victorina Alonso Fernández
Alcaldesa

Convenio UMH – Ayto. Astorga – ~~DE LA ASOCIACIÓN DE AMIGOS~~
POR LA ASOCIACIÓN DE AMIGOS
DEL CAMINO DE SANTIAGO DE
ASTORGA Y SU COMARCA

Página 5 de 5

JUAN CARLOS PEREZ CABEZAS

ANEXO 3

Estimado compañero/a: Estamos realizando un trabajo en la UMH, sobre la actividad del 'Camino de Santiago' que realizan los alumnos de Podología y que se desarrolla al finalizar del 3º curso de grado.

El objetivo de trabajo es evaluar la autoeficacia percibida de los alumnos que han realizado la actividad del Camino de Santiago, frente a los que no la han realizado, valorando aquellas competencias (transversales y específicas) que se pueden adquirir durante el tiempo que dura la actividad y para ello se han confeccionado unos ítems o preguntas de evaluación.

Debe de valorar si la pregunta o ítem, es pertinente (valora la competencia) y por lo tanto es esencial para ser incluida en el cuestionario final, es útil, pero se puede suprimir o es innecesaria y no relevante.

En las observaciones finales le invitamos a que sugiera modificaciones a los ítems existentes o que incluya nuevos ítems que considere necesarios.

Valore cada ítem, marcando con una X si lo considera ESENCIAL, ÚTIL O INNECESARIO

COMPETENCIAS TRABAJADAS POR EL ALUMNO	Es esencial para la competencia	Resulta útil pero prescindible	Es innecesario
Mantener actualizados los conocimientos, habilidades y actitudes propias de cada disciplina			
ÍTEM: Soy capaz de mantener actualizados mis conocimientos teórico-prácticos			
ÍTEM: Soy capaz de mantener actualizadas mis habilidades clínicas			
Desarrollar la capacidad de transmitir información a los pacientes			
ÍTEM: Soy capaz de transmitir información al paciente			
Desarrollar las habilidades de comunicación y el trato con el paciente y otros profesionales, así como el trabajo en equipo			
ÍTEM: Soy capaz de comunicarme de forma eficaz con los pacientes			
ÍTEM: Soy capaz de trabajar en equipo con otros compañeros o colegas de profesión			
Desarrollar un uso eficiente de los recursos sanitarios disponibles			
ÍTEM: Soy capaz de utilizar los recursos sanitarios disponibles de forma eficiente			
Garantizar la calidad asistencial en la práctica de la Podología, Fisioterapia y Terapia Ocupacional			
ÍTEM: Soy capaz de prestar una atención sanitaria adecuada			

ÍTEM: Soy capaz de lograr que el paciente se sienta satisfecho			
Prescribir, administrar y aplicar tratamientos farmacológicos, ortopodológicos, físicos y ortopédicos			
ÍTEM: Soy capaz de aplicar tratamientos farmacológicos en las lesiones dermatológicas			
ÍTEM: Soy capaz de aplicar tratamientos farmacológicos en las lesiones músculo-esqueléticas			
ÍTEM: Soy capaz de aplicar tratamientos ortopodológicos en las lesiones dermatológicas			
ÍTEM: Soy capaz de aplicar tratamientos ortopodológicos en las lesiones músculo-esqueléticas			
ÍTEM: Soy capaz de aplicar tratamientos físicos en las lesiones músculo-esqueléticas			
Desarrollar la habilidad y destreza en el uso del instrumental y material para la aplicación de tratamientos podológicos			
ÍTEM: Soy capaz de usar el instrumental y el material necesario para tratar lesiones dermatológicas			
Asesorar en temas de educación relacionados con la prevención y la asistencia Podológica			
ÍTEM: Soy capaz de dar consejos podológicos a personas que realizan marchas prolongadas			

OBSERVACIONES: (Indique a continuación, si modificaría algún ÍTEM o si incluiría alguno más.)

ANEXO 4

Instrucciones para la cumplimentación de la encuesta:

Pensando en la formación recibida en su titulación, evalúe cómo de seguro está de poder realizar **EN ESTE MOMENTO** las actividades abajo propuestas, marcando con una cruz el grado de acuerdo desde 0='Nada Capaz' a 10 'Totalmente Capaz'.

Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas, por lo que le agradecería que contestara con la mayor sinceridad posible.

Sus respuestas serán totalmente anónimas y confidenciales.

Gracias por su participación.

Indique su grado de acuerdo en relación a las afirmaciones abajo indicadas

	Nada Capaz	Totalmente Capaz									
1. Soy capaz de mantener actualizados mis conocimientos teórico-prácticos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Soy capaz de mantener actualizadas mis habilidades clínicas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Soy capaz de transmitir información al paciente.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Soy capaz de comunicarme de forma eficaz con los pacientes.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Soy capaz de trabajar en equipo con otros compañeros o colegas de profesión	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Soy capaz de utilizar los recursos sanitarios disponibles de forma eficiente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Soy capaz de prestar una atención sanitaria adecuada.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Soy capaz de lograr que el paciente se sienta satisfecho	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Soy capaz de aplicar tratamientos farmacológicos en las lesiones dermatológicas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Soy capaz de aplicar tratamientos farmacológicos en las lesiones musculoesqueléticas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Soy capaz de aplicar tratamientos ortopodológicos en las lesiones dermatológicas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Soy capaz de aplicar tratamientos ortopodológicos en las lesiones musculoesqueléticas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

13. Soy capaz de aplicar tratamientos físicos en las lesiones musculoesqueléticas

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

14. Soy capaz de usar instrumental y material necesario para tratar lesiones musculoesqueléticas

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

15. Soy capaz de dar Consejos Podológicos a personas que realizan marchas prolongadas

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



Sexo: Hombre Mujer

Año de inicio del Grado en Podología: _____ Nota Exp. (Tipo A): _____ (2 decimales)

Edad: _____ años

¿Cuántas veces ha realizado la actividad voluntaria del Camino de Santiago?

Ninguna vez 1 sola vez más de una vez

En caso afirmativo, indique el último año en que la realizó: _____

Tanto si ha realizado el camino de Santiago, como si no lo ha realizado, indique de 0 a 10, un número que refleje la utilidad que esta actividad cree que tiene en relación a los estudios del Grado en Podología (0=Nada útil, 10=Muy útil).

Nada útil

Muy útil

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

¿Ha realizado la actividad formativa voluntaria de la Senda del Poeta?

Sí No

¿Ha realizado la actividad formativa voluntaria de la carrera solidaria?

Sí No

Indique si tiene otros estudios (Diplomatura, Licenciatura o Grado) en Ciencias de la Salud:

Sí No

En caso afirmativo indique cuál y el año de finalización:

Otros estudios: _____ Año de finalización

Otros estudios: _____ Año de finalización

¿Desempeña alguna actividad laboral en el Campo de la Salud?

Sí No

En _____ caso _____ afirmativo _____ indique _____ cuál:

¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!