



ORIGINAL

Investigación acción participativa; la educación para el autocuidado del adulto maduro, un proceso dialógico y emancipador[☆]



Sheila Sanchez Gomez^{a,*}, José Luis Medina Moya^b,
Beatriz Mendoza Pérez de Mendiguren^c, Ana Isabel Ugarte Arena^d
y Mercedes Martínez de Albéniz Arriaran^e

^a Centro de Salud de Zaramaga, Comarca Araba, Vitoria-Gasteiz, España. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Araba, Vitoria-Gasteiz, España

^b Facultad de Pedagogía, Departamento de Didáctica y Organización Educativa, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

^c Consultorio de Murgia, Comarca Araba, Vitoria-Gasteiz, España

^d Consultorio Izarra, Comarca Araba, Vitoria-Gasteiz, España

^e Centro de Salud San Martín, Comarca Araba, Osakidetza, Vitoria-Gasteiz, España

Recibido el 26 de agosto de 2014; aceptado el 9 de diciembre de 2014

Disponible en Internet el 7 de marzo de 2015

PALABRAS CLAVE

Enfermería;
Educación para la salud;
Promoción de la salud;
Empoderamiento;
Investigación-acción

Resumen

Objetivo: Explorar y transformar los procesos de aprendizaje, orientados hacia la capacitación para el autocuidado, el empoderamiento y la promoción de vida saludable del «adulto-maduro».

Diseño: *Investigación-acción-participativa* bajo un enfoque cualitativo y sociocrítico.

Emplazamiento: El trabajo de campo se centra en el desarrollo del programa educativo «Cuidarse está en tus manos» en 2 pueblos (Atención Primaria, Comarca Araba).

Participantes: A través de un *muestreo teórico* participaron personas que se encuentran en la etapa «adulto-maduro» y 3 enfermeras con experiencia en intervenciones educativas.

Métodos: Se utilizó la *observación participante*, donde se realizaron grabaciones en vídeo de las sesiones educativas y *grupos de reflexión sobre la acción*. Para triangular los datos, se han realizado entrevistas en profundidad con 4 participantes. Se lleva a cabo un análisis del contenido y del discurso.

[☆] Proyecto de Tesis premiado con el 1^o premio del Colegio de enfermería de Álava 2011. Tesis cum laude (Octubre 2013) Universidad Europea de Madrid. Trabajo basado en el proceso y resultados de la misma.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sheila.sanchezgomez@osakidetza.net (S. Sanchez Gomez).

Resultados: Los marcos previos de participantes y enfermeras, así como los discursos de estas últimas, desvelan una racionalidad técnica (unidireccional, informativa) presente todavía en la práctica que perpetúa el papel de receptor pasivo de cuidados. Las claves educativas construidas desde una mirada del *aprendizaje dialógico* emergen como elementos que facilitan superar estos marcos previos limitantes. Por último, el *aprendizaje reflexivo* puesto en marcha, ha representado un elemento esencial para avanzar en el conocimiento profesional y en la mejora de los procesos de EpS.

Conclusiones: El aprendizaje dialógico emerge como clave para la capacitación y el empoderamiento, donde es la racionalidad práctica-reflexiva y no la técnica la verdaderamente útil en el enfrentamiento con las situaciones complejas de la educación sobre el autocuidado.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Nursing;
Health education;
Health promotion;
Empowerment;
Action research

Participative action research; self-care education for the mature adult, a dialogic and empowered process

Abstract

Objective: Explore and transform dialogic-reflexive learning processes oriented to self-care, capacitation, empowerment and health promotion for "mature-adult" collective.

Design: Participative action research on a qualitative and sociocritic approach. Data generation methods are

Site: Field work focuses on the development of the educational program "Care is in your hands" that takes place in two villages (Primary Care. Comarca Araba).

Participants: Through a theoretical sampling involved people who are in a "mature-adult" life stage and three nurses with extensive experience in development health education programs.

Methods: Participant observation where health education sessions are recorded in video and group reflection on action. To triangulate the data, have been made in-depth interviews with 4 participants. Carried out a content and discourse analysis.

Results: Participant and nurses' Previous Frameworks, and these last ones' discourses as well, reveal a current technical rationality (unidireccional, informative,..) yet in practice that perpetuates the role of passive recipient of care. Educational keys constructed from a viewpoint of Dialogic Learning emerge as elements that facilitate overcoming these previous frames limitations. Finally, Reflective Learning launched, has provided advance in professional knowledge and improve health education.

Conclusions: Dialogical learning emerges as key to the training and empowerment, where we have seen how practical-reflexive, and not technical, rationality is meanly useful confronting ambiguous and complex situations of self-care practice and education.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El concepto de promoción de salud se ha ido ampliando y complejizando a lo largo de los años hacia una visión sistémica y comunitaria, donde la *educación para la salud* (EpS) emerge como una de las principales estrategias para su desarrollo.

En la actualidad, conviven diferentes enfoques: el *técnico*, el *práctico* y el *crítico*¹. La EpS, bajo un interés técnico, adquiere una mirada informativa y unidireccional, donde el profesional es el único poseedor del conocimiento y del poder. Bajo el interés práctico, la EpS se entiende como una actividad compleja, donde los procesos educativos hunden sus raíces en el mundo personal de los individuos y de sus significados². Por último, la educación bajo el interés crítico se orienta hacia la capacitación para la emancipación de los sujetos. La EpS bajo este interés es esencialmente

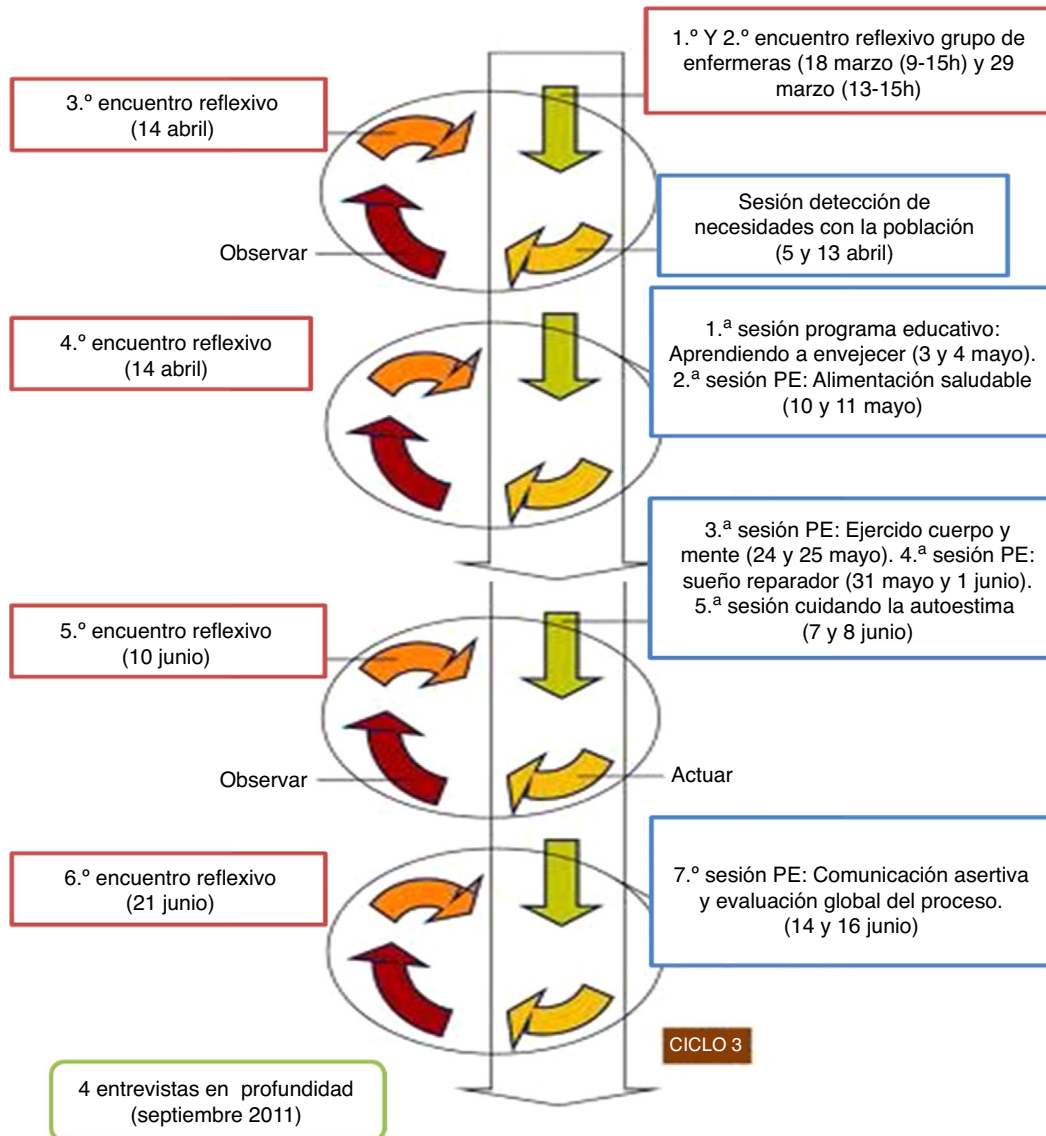
participativa y democrática; considera el diálogo y la participación crítica de los individuos como elementos clave.

Durante mucho tiempo se ha visto la práctica del cuidado y de la EpS desde una mirada fragmentada y reduccionista (técnica) que no refleja la multidimensionalidad, la subjetividad y la realidad sociohistórica bajo la cual se construye la práctica de cuidado. El predominio de esta mirada ha producido entre la población la dependencia hacia los consejos de los profesionales y la aculturización de las prácticas de autocuidado³. Sin embargo, los procesos de educación sobre el autocuidado (AC) se revelan como una realidad compleja, construida a partir de innumerables relaciones entre sujetos, instituciones y saberes, con altos grados de incertidumbre y ambigüedad⁴. Es por ello que múltiples estudios han constatado cómo la transmisión de información de manera unidireccional no es suficiente^{5,6}. De hecho, en el estudio llevado a cabo por Osteba⁷, los usuarios

expuestos a programas de EpS relatan que «las motivaciones y expectativas del paciente no siempre coinciden con las del profesional, sino que responden en gran medida a prioridades propias». Además de ello, en el informe de la Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud⁸, se señala que los métodos de investigación adoptados deben reflejar la complejidad de este fenómeno, siendo a menudo necesario que la evidencia del éxito añada una gama de fuentes mucho más amplia que los resultados de los metaanálisis y las revisiones sistemáticas.

Podemos concluir que el mito del profesional como «experto infalible» está caduco y que debemos dar pasos hacia aprendizajes que faciliten aumentar el poder de individuos y colectivos sobre su autocuidado.

En coherencia con las cuestiones previamente planteadas, el objetivo de la investigación-acción que aquí se presenta persigue explorar y transformar los procesos de aprendizaje, desarrollados por enfermeras, orientados hacia la capacitación para el autocuidado, el empoderamiento y la promoción de vida saludable del colectivo «adulto maduro».



Esquema general del estudio. Ciclos de Investigación-acción. (Kemmis, 1989. Adaptado al estudio).

Tabla 1 Características de los participantes en el estudio; «adulto maduro» (65-75 años)

Iz (10 participantes)	Gp (12 participantes)
Media de edad: 70 años	Media de edad: 71 años
Mujeres: 83,3%, hombres: 16,7%	Mujeres: 61,5%, hombres: 38,46%
Media nivel de estudios: primarios	Media nivel de estudios: primarios
Media posición socioeconómica: media	Media posición socioeconómica: media
Estado civil: 50% viudas/os	Estado civil: 69,2% casadas/os
Vive solo: 38,8%, con esposo/a: 44,4%, con otros familiares: 16,6%	Vive solo: 7,69%, con esposo/a: 69,2%, con otros familiares: 23,07%
Patologías más frecuentes: cardiovascular (hipertensión e hiperlipidemias)	Patologías más frecuentes: cardiovascular (hipertensión e hiperlipidemias)

Participantes y métodos

Diseño

El *enfoque epistemológico* de esta investigación adquiere un carácter socio-crítico⁹. La *metodología-método* mayormente vinculada a la teoría crítica es la *investigación-acción-participativa* (IAP), ya que busca la transformación mediante la acción reflexionada y dialógica¹⁰. El *trabajo de campo*, iniciado en marzo del 2011 y finalizado en junio del mismo año, se centra en la aplicación de 4 ciclos de investigación-acción y en la co-construcción del proceso de aprendizaje a través del desarrollo del programa educativo denominado «Cuidarte está en tus manos», que tiene lugar de forma paralela en 2 localidades de la zona rural de Araba. El programa consta de 7 sesiones de hora y media de duración, cuyos contenidos educativos se han construido sobre la base de una detección de necesidades previa realizada junto con el colectivo. En esta se priorizó una serie de áreas de autocuidado, como son: alimentación, ejercicio, descanso, comunicación y autoestima.

Han sido diversas las técnicas utilizadas para la generación y la triangulación de los datos: observación participante, entrevistas en profundidad y sesiones de reflexión sobre la práctica educativa.

La situación a observar han sido las acciones educativas desarrolladas por las enfermeras. Como instrumentos de apoyo a la observación, se han utilizado *grabaciones en vídeo de las sesiones educativas*. Las *sesiones de reflexión sobre la práctica educativa* nos han acercado a una interpretación colectiva de la realidad. A través de la visualización de las grabaciones, se ha reinterpretado la acción práctica con la intención de avanzar en la abstracción de elementos clave del aprendizaje dialógico y capacitante. Para triangular el proceso interpretativo, se han llevado a cabo 4 *entrevistas en profundidad*: con 2 sujetos de cada grupo.

Muestreo y participantes

Los participantes han sido seleccionados a través de un *muestreo teórico-intencional*. Por un lado, la investigadora seleccionó a 3 *enfermeras* con un perfil de amplia experiencia práctica en la Atención Primaria y en el desarrollo de intervenciones de EpS. Estas seleccionaron de forma aleatoria a los participantes de las sesiones educativas; personas que se encuentran en la etapa vital denominada «adulto

maduro» (tabla 1). La tercera enfermera participó en la última sesión de reflexión sobre la acción como observadora externa y facilitadora del ejercicio reflexivo.

Para la participación en el estudio se ha solicitado el *consentimiento informado* por escrito de los diferentes actores y se les ha asegurado la participación voluntaria bajo los principios de confidencialidad y anonimato (aprobado por el CEIC de referencia y amparado bajo el RD 1720/2007).

Análisis

Se ha llevado a cabo un *análisis del contenido* de los datos a través del método de las comparaciones constantes propuesto por Glaser y Strauss¹¹. Además, transversalmente nos hemos aproximado a realizar un *análisis crítico del discurso*¹². En este análisis se ha explorado la dimensión pragmática del lenguaje, la intencionalidad práctica del mismo¹³. En nuestro caso, la lectura de los textos se ha llevado a cabo buscando las relaciones de poder que emergen de la práctica educativa y que se desvelan a través de las posiciones discursivas de los sujetos, las cuales conforman la racionalidad bajo la que entienden la práctica educativa y del cuidado.

Tras finalizar el programa educativo, los encuentros reflexivos y las entrevistas, se puede afirmar que se ha llegado a la saturación de los datos y han emergido los primeros núcleos de interpretación. A través del *método de las comparaciones constantes*, el sistema emergente de categorías ha sido constantemente depurado y redefinido. Para esta fase de análisis se ha utilizado el programa Atlas-ti. El sistema categorial final aporta 46 categorías y 10 metacategorías donde el sentido del rompecabezas general lo trazan los 3 vectores cualitativos que representan el hilo conductor de los resultados (fig. 1).

Como procedimientos que aportan rigor y calidad al estudio, debemos destacar la triangulación de informantes y de estrategias para la generación e interpretación de los datos, así como la presencia prolongada de la investigadora en el campo y el continuado ejercicio de la reflexividad por parte de la misma¹⁴.

Resultados y discusión

El primer vector hace referencia a los *marcos previos* (perspectiva epistemológica) de *participantes y enfermeras*, así como a los *discursos* de estas últimas, los cuales desvelan

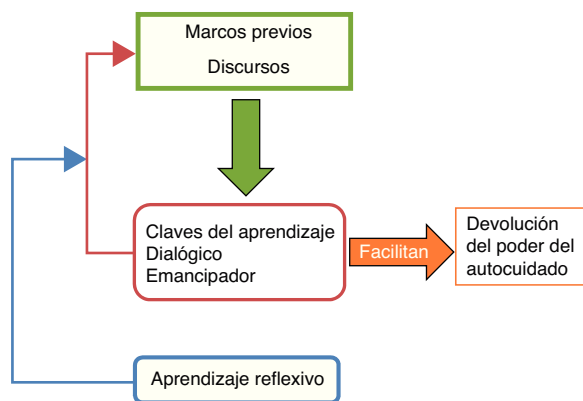


Figura 1 Relación entre los 3 vectores cualitativos de análisis.

la racionalidad que da sentido a las prácticas de autocuidado de los participantes y a las prácticas educativas de las enfermeras.

En relación con los *marcos previos del colectivo* sobre el autocuidado, encontramos que estos se encuentran altamente influidos por los valores del catolicismo predominante en su época de infancia y juventud. Valores como el sentido de «providencia divina», el desarrollo de un «papel pasivo», la «no expresión» pública y el ejercicio de «humildad»... están presentes en los discursos y prácticas del colectivo, limitando y coartando su ejercicio de libertad para compartir con el otro desde la igualdad y de autonomía en la toma de decisiones sobre su autocuidado, dejando en manos de otros (los profesionales, Dios) estas decisiones. Relacionado con ello, los marcos previos del colectivo perpetúan un papel de receptor pasivo de cuidados. Hemos observado cómo le dan al profesional el poder del conocimiento experto, otorgan el máximo valor a su voz y establecen relaciones unidireccionales con este, dificultando el trabajo de construcción colaborativa. P2: «sí, ya vosotras [las enfermeras] después mirando unas cosas y otras, ya decidís venga vamos a meter 3 temas en una charla... Pensamos que vosotras haréis lo mejor que sea para nosotras» (S0-Iz).

En relación con los *marcos previos de las profesionales*, se visualizan paradojas y contradicciones fruto de la complejidad de la acción educativa y del continuum de intereses técnico-práctico-emancipatorios presentes en la acción. Este hallazgo también se encuentra presente en el estudio llevado a cabo por Peñaranda et al.¹⁵, donde evidenciaron que aun educadores concededores y comprometidos con la propuesta del diálogo de saberes terminaban realizando prácticas pedagógicas centradas en modelos informativos y persuasivo-motivacionales que correspondían paradójicamente al modelo que se pretendía transformar. En relación con lo anterior, señalar que los *discursos* de las enfermeras transmiten de manera más o menos implícita valores, ideas, creencias en torno al cuidado y pueden contribuir a perpetuar relaciones paternalistas, a mantener una noción del autocuidado dependiente y fragmentada, o por el contrario a avanzar hacia posiciones más humanistas y socio-críticas. En el estudio, se ha constatado cómo los discursos de las enfermeras avanzan hacia estas posiciones reconociendo la subjetividad y singularidad del ser humano, alejándose de una mirada medicalizadora y del paternalismo, dando pasos

hacia una reflexión crítica sobre los planteamientos dominantes presentes en la actualidad sobre diferentes áreas de cuidado y reconociendo a los participantes como sujetos activos con conocimiento válido, facilitando por lo tanto la devolución del poder del cuidado a la población. E1: «Las personas no solo somos un cuerpo físico, somos un cuerpo físico, mental y espiritual» (S1-Iz), E2: «Tienes un aprendizaje hecho y unas vivencias... una sabiduría. Fijaros, vosotras mismas a ver, cuántos remedios conocéis caseros de curas, procedimientos, de todo, yo he aprendido mucho con vosotras» (S1-Gp).

El segundo vector recoge 6 *claves educativas* que, construidas desde una mirada de *aprendizaje dialógico y emancipador*, emergen como elementos que facilitan superar los marcos previos limitantes vistos previamente.

Por un lado, nos encontramos con el *ejercicio reflexivo*, a través de la pregunta abierta y la baja reactividad. Este pretende no solo facilitar la comprensión y la interpretación de sus prácticas de AC, sino dar un paso más y avanzar hacia el análisis y reconocimiento de las estructuras y factores que interactúan y limitan en este caso la acción de autocuidado.

Por otro lado, encontramos la *acción pedagógica centrada en lo emergente*, donde el ejercicio de reflexión durante la acción y el conocimiento previo que posee la enfermera sobre el contexto y los participantes, facilitan que su acción esté centrada en lo emergente y pueda reajustar el guion, los contenidos, las dinámicas, el lenguaje, etc., hacia las necesidades del grupo y su contexto. Es decir, la enfermera moldea y modifica la situación, la cual, a través de la respuesta que le devuelve, modifica y transforma los esquemas de comprensión y apreciación del profesional¹⁶.

Otra de las claves hace referencia a trabajar la *igualdad de las diferencias*, lo que significa reconocer, sin estigmatizar formas de AC, valores, formas de afrontamiento diferentes ante situaciones comunes del colectivo, donde la verdadera igualdad, respeta la diferencia¹⁷. Este hecho conlleva el desarrollo de las competencias y habilidades en los profesionales que permitan reconocer cuáles son las diferencias culturales y sociales que componen el complejo telón de fondo sobre el que se construyen los procesos de salud-enfermedad¹⁸. Relacionado con el anterior, encontramos el trabajo sobre la *solidaridad* en el grupo. Representan las acciones y las sinergias que emergen en y desde el propio grupo orientadas a compartir y potenciar el proceso de aprendizaje colaborativo y conseguir el éxito y la capacitación para todos los participantes, donde la enfermera estimula el que sean ellos mismos los que ejerzan el papel de facilitadores con sus iguales. Debemos señalar que en las entrevistas los participantes destacaron como fuente de aprendizaje este ejercicio colaborativo. Resultados similares arroja el estudio de Peñaranda et al.¹⁹, donde los participantes señalaron que compartir sentimientos y experiencias, así como conocer otras vivencias, les había servido para aprender a mirar de modo diferente su realidad en la medida en que la comprendían desde un contexto más amplio.

La clave sobre la cual pivotan las anteriores hace alusión a las acciones de fomento del *diálogo igualitario* las cuales facilitan la ruptura de las relaciones de poder asimétrico. En estas acciones se tiene en cuenta el poder del espacio y la enfermera gestiona la participación entre iguales

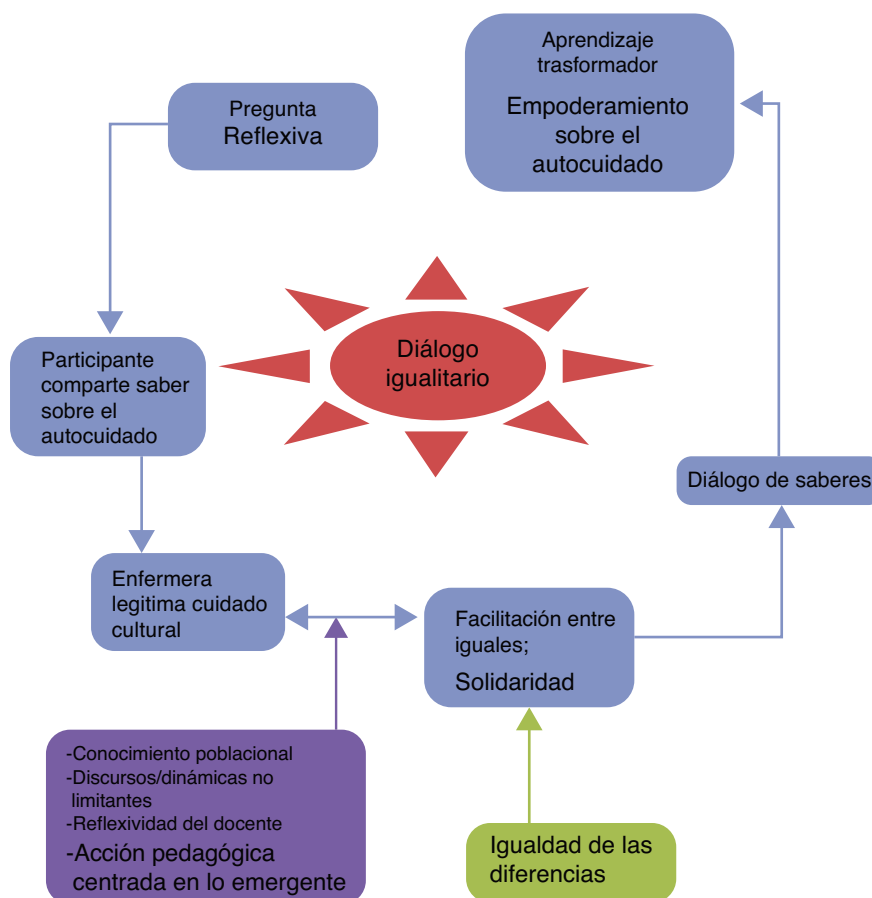


Figura 2 Ciclo de aprendizaje dialógico en salud centrado en los participantes y en la construcción colaborativa del mismo.

intentado centrar el poder de la palabra en el protagonista de la argumentación y no en las tradicionales posiciones de poder.

Por último, y fruto de la articulación de las claves anteriores, encontramos las *acciones de empoderamiento sobre el cuidado cultural*. Estas acciones se centran, en primer lugar, en buscar el AC a través de preguntas que se acercan a explorar las prácticas de AC y llevarles a pensar sobre las acciones que pueden poner en marcha para mejorar esas prácticas, o atender una nueva demanda de autocuidado. En segundo lugar, la enfermera reconoce y legitima el saber cotidiano sobre AC, para terminar construyendo desde los sujetos, lo que implica la puesta en diálogo de ambos saberes (profesional y cotidiano) y su reconstrucción dialogada. Estas acciones también han sido recogidas en otros estudios que concluyen que debemos avanzar en reconocer y respetar el conocimiento cotidiano, lo cual implica, asumir y reconocer que el conocimiento científico resulta incompleto y requiere de frecuentes revisiones, contextualizaciones y comparaciones con el conocimiento cotidiano-cultural para transformarse en conocimiento útil²⁰.

En la siguiente figura (fig. 2) podemos observar cómo se articulan en la acción práctica las diferentes claves del aprendizaje dialógico en salud.

Para finalizar, debemos señalar que los elementos clave que han emergido en esta investigación junto con los discursos de las enfermeras que se sitúan bajo posiciones

humanistas y socio-críticas han facilitado la consecución de *aprendizajes significativos* en las personas participantes; P9: «Pues yo, el ejercicio de la memoria... no me había dado cuenta de que se puede ejercitar así de esta manera» (S3-Gp), P3: «He añadido hacer más ejercicio» (S6-lz). Debemos señalar que los elementos del aprendizaje dialógico que han emergido en el estudio también han sido identificados como claves para el aprendizaje por parte de los participantes. P1: «... que eres un número o un mueble que estás ahí, escuchas y luego te vas y ¿qué?... me voy igual que si me has dicho cosas, pero no he podido decirte a ti "oyes esto, a mí me parece de esta otra manera o yo tenía esta idea", sin más, poderla decir y debatirla un poco. Para mí estuvo muy bien eso» (E-P1). Otros estudios llevados a cabo bajo un marco pedagógico práctico-crítico apoyan también estos resultados^{19,21,22}.

El tercer vector hace referencia al *aprendizaje reflexivo* a través del ejercicio de reflexión en y sobre la acción.

Las acciones que realizan las enfermeras para atender a las necesidades que emergen en la acción, el ejercicio de reajustar y cambiar el rumbo de acción prefijado, desvelan la práctica de la *reflexión en la acción*. Como elementos clave para su puesta en marcha, se han desvelado, por un lado, el ejercicio de la observación del grupo, de estar atento y percatarse de los elementos que entran en juego, así como la puesta en marcha del conocimiento profundo y contextual de la población.

Por otro lado, la *reflexión sobre la acción* ha facilitado tomar conciencia sobre los marcos previos, contradicciones y cursos de acción tomados por las enfermeras y aportar claves de avance, reconstruyendo la práctica, tal y como relata una de las enfermeras participantes: E2: «...yo creo que ha sido un enriquecimiento personal y luego ha habido muchas cosas que dentro de ti, de tu oratoria no te das cuenta de lo que estás, estás pensando, lo dices pero luego al volverlo a ver y analizarlo en profundidad efectivamente te das cuenta de que tienes interiorizada una serie de cosas que espontáneamente te salen» (RA-6). En otras investigaciones similares donde se han llevado a cabo sesiones de aprendizaje a partir de la reflexión y el análisis crítico de las experiencias^{22,23}, el proceso también ha sido valorado como constructivo al permitirles avanzar en la comprensión y análisis del programa educativo y de su papel como educadores desde un punto de referencia más amplio, el cual les ha facilitado relativizar sus conocimientos y plantearse relaciones más constructivas con los participantes.

Lo conocido sobre el tema

La educación para la salud resulta ser una de las principales estrategias para llevar a cabo promoción de la salud.

Durante tiempo, se ha llevado a cabo una EpS desde una mirada fragmentada, y reduccionista.

Se ha constatado como la transmisión de información de manera unidireccional no resulta capacitadora.

Qué aporta el estudio

En la práctica educativa conviven diferentes miradas educativas fruto de los marcos previos de los que parten los profesionales.

Claves del aprendizaje dialógico en salud: desarrollo de una acción pedagógica centrada en lo emergente, el uso de la pregunta reflexiva, el sentar las bases de la igualdad de las diferencias y del ejercicio de la solidaridad en el grupo, las acciones para el fomento del dialogo igualitario y el ejercicio de empoderamiento sobre el cuidado cultural.

La práctica reflexiva es la que ha emergido como clave para avanzar en el conocimiento y desarrollo profesional.

Conclusiones, utilidad y limitaciones

El proceso IAP ha producido cambios y aprendizajes en las enfermeras y en la población, donde hemos visto cómo la racionalidad práctico-reflexiva, y no la técnica, es la verdaderamente útil en el enfrentamiento con las situaciones complejas de la práctica y aprendizaje del autocuidado.

El aprendizaje reflexivo y las claves del aprendizaje dialógico han facilitado transformar a los sujetos cuestionando y reconstruyendo los marcos previos de los diferentes actores, devolviendo el poder del autocuidado a la población y

transformando las relaciones de dependencia generadas y perpetuadas durante años por los profesionales de la salud.

La práctica reflexiva es la que ha emergido como clave para avanzar en el conocimiento profesional. Por ello, apostamos por facilitar espacios y encuentros reflexivos de mejora y aprendizaje continuo en los equipos de AP.

Como limitaciones, debemos señalar que, en un contexto ideal, lo excelente hubiera sido tener un encuentro reflexivo tras cada sesión educativa. También considerar que el propio proceso reflexivo tiene sus límites, los límites de lo que uno mismo puede ser consciente.

Para futuras investigaciones, nos planteamos realizar IAP con otros colectivos que compartan marcos previos diferentes de los vislumbrados en este colectivo y también el poder explorar el aprendizaje dialógico en la formación de residentes de medicina y enfermería de familia.

Financiación

El estudio no ha recibido financiación alguna para su desarrollo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecer, en primer lugar, a las enfermeras y a la población participante en el estudio por su contribución desinteresada al mismo y por todo lo que he aprendido con ellas durante el proceso. A mi tutor, J.L. Medina, por su guía y acompañamiento durante el mismo y a la Comarca Araba, por posibilitar el trabajo de campo y la consecución del estudio.

Bibliografía

1. Habermas J. Conocimiento e interés. Madrid: Taurus; 1982.
2. Medina JL, Sandín MP. La complejidad del cuidado y el cuidado de la complejidad: un tránsito pedagógico de los reduccionismos fragmentantes a las lógicas no lineales de la complejidad. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*. 2006;15:312-9.
3. Comelles JM. La utopía de la atención integral en salud. *Autoatención, práctica médica y asistencia primaria. Revisiones en Salud Pública*. 1993;3:169-92.
4. Medina JL. Imágenes del otro. A propósito del sujeto destinatario de las prácticas de Educación para la Salud. *Firma invitada RIdEC*. 2012;5:5-9.
5. Bastida M, Pérez FN, Torres JL, Escobar G, Arango A, Peñaranda F. El diálogo de saberes como posición humana frente al otro: referente ontológico y pedagógico en la educación para la salud. *Invest Educ Enferm*. 2009;26:104-11.
6. Enria G, Staffolani C. Contradicciones de los discursos que dificultan la transformación de las prácticas de promoción de la salud. *Promoción Salud*. 2010;15:167-78.
7. Grandes G, Sánchez A, Cortada JM, Calderón C, Balague L, Millán E, et al. Estrategias útiles para la promoción de estilos de vida saludables en atención primaria de salud. *Informe Osteba D-08-07*. 2008. Vitoria-Gasteiz. Investigación Comisionada. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco.

8. Merino B, Arroyo H, Silva J. La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Configurando la Salud Pública en una nueva Europa. Un informe de la Unión Internacional de Promoción de la salud y Educación para la salud para la comisión Europea. Parte 2. Libro de evidencias. 2000. Versión española adaptada.
9. Guba E, Lincoln Y. Competing paradigms in qualitative research. En: Denzin N, Lincoln Y, editores. *Handbook of qualitative research*. London: Sage; 2000.
10. Carr W, Kemmis S. Teoría crítica de la enseñanza. Barcelona: Martínez Roca; 1998.
11. Glaser B, Strauss A. The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. New York: Aldine Publishing Company; 1999.
12. Criado E. Del sentido como producción: elementos para un análisis sociológico del discurso. En: Latiesa M, editor. *El pluralismo metodológico en la investigación social*. Granada: Universidad de Granada; 1991. p. 187-212.
13. Conde F. Análisis sociológico del sistema de discursos. Madrid: CIS; 2009.
14. De la Cuesta C. La reflexividad: un asunto crítico en la investigación cualitativa. *Enferm Clin*. 2011;21:163-7.
15. Peñaranda F, Giraldo A, Blandón L. La educación en el programa de crecimiento y desarrollo: entre la satisfacción y la frustración. *Revista Fac Nac Salud Pública*. 2006;24:28-36.
16. Medina JL. Pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria española en enfermería. Barcelona: Laertes; 1999.
17. Ferrada D, Flecha R. El modelo dialógico de la pedagogía: un aporte desde las experiencias de comunidades de aprendizaje. *Estud Pedagog*. 2008;34:41-61.
18. Martínez M, Sanabira G, Prieto R. Propuesta de dimensiones configurativas de la promoción de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2009;25:138-50.
19. Peñaranda F, Torres JN, Bastida M, Escobar G, Arango A, Pérez FN. La praxis como fundamento de una educación para la salud alternativa: estudio de investigación-acción en el Programa de Crecimiento y Desarrollo en Medellín, Colombia. *Interface-Comunic Saude Educ*. 2011;15:997-1008.
20. Leonello VM, Oliveire MA. Construyendo el diálogo entre saberes para resignificar la acción educativa en salud. *Acta Paul Enfermeria*. 2009;22:916-20.
21. Martínez ML, Muñoz E, Mendoza VM. Program of active aging in a rural Mexican community: A qualitative approach. *BMC Public Health*. 2007;7:276 [consultado 2 Feb 2013]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/14712458/7/276>.
22. Sanchez L, Pérez D, Alfonso L, Castro M, Sánchez LM, Van der Stuyft P, et al. Estrategia de educación popular para promover la participación comunitaria en la prevención del dengue en Cuba. *Rev Panam Salud Publ*. 2008;24:61-9.
23. Torres JN, Peñaranda F, Bastidas M, Escobar G, Pérez FN, Arango A, et al. El educador como investigador de su práctica pedagógica; la importancia de la reflexión en la educación para la salud. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2010;28: 161-268.