

INVESTIGACIÓN-ACCIÓN Y SALUD. Una aventura pedagógica (II)¹

Action-research and health. A pedagogical adventure (II)

*Epifanio Mora Gómez-Calcerrada
Marina Beléndez Vázquez
Patricio Giralt Muíña*

RESUMEN: *El siguiente artículo describe una experiencia educativa basada en el modelo de investigación-acción llevada a cabo por un grupo de profesionales sanitarios. Mediante este método se pretendió aumentar la formación pedagógica y mejorar la práctica laboral de los profesionales sanitarios. Los resultados mostraron un elevado grado de satisfacción del personal sanitario con su tarea profesional y una mejora general de todas las variables estudiadas relacionadas con el estado de salud integral de sus pacientes pediátricos.*

Palabras clave: *investigación-acción, práctica educativa, intervención social, educación para la salud, formación permanente.*

ABSTRACT: *This paper describes an educational experience, based on the action-research model, carried out by a health professional group. The aim of this method was improving the health workers pedagogic formation and professional practice. The results showed a high level of satisfaction with their professional skill and a general improvement of all the studied variables related to their pediatric patients health state.*

Key words: *action-research, educational practice, social intervention, health education, permanent formation.*

¹ Este artículo es la continuación de otro publicado en esta misma revista: Mora Gómez-Calcerrada, E. (2005) Investigación-Acción y Salud. Una Aventura pedagógica (I). *Papeles Salmantinos de Educación* 4, 35-63.

INTRODUCCIÓN

*Cualquier profesional que quiera desempeñar adecuadamente su trabajo se ve obligado a actualizarse continuamente si no quiere quedar al margen del desarrollo social y tecnológico*². Además de este interés personal, la necesidad de una formación permanente nace del derecho que todas las personas tienen de recibir la mejor atención posible, ya sea en educación, en sanidad o en cualquier otro servicio social. Consecuentemente, la formación permanente o continua se ha convertido en un elemento clave del desarrollo profesional, y, en casos como la educación sanitaria, una demanda urgente.

Habitualmente, este tipo de formación se ha dirigido a la persona, individualmente considerada, traduciéndose en la asistencia a cursos y congresos; lo cual, aisladamente, no siempre repercutía en la mejora de la atención al paciente por resultar acciones puntuales y desconectadas del trabajo grupal que, en definitiva, se le ofrecía a la población.

La medicina, y en general todas las ciencias relacionadas con la salud, han depositado en la educación, tanto preventiva como terapéutica, un enorme elenco de esperanzas que ofrezca como fruto una sociedad más comprometida con su salud y más responsable. Para llevar a cabo este empeño ha tenido que emprender un tipo de intervención nuevo y multidimensional. Frente al modelo clásico biomédico, se propone una intervención bio-psico-social³ que trate al paciente teniendo en cuenta todas sus dimensiones. Este concepto del tratamiento y de la enfermedad requiere, además de la citada formación permanente del médico o enfermero, la participación de diversos profesionales (pedagogos, psicólogos, asistentes sociales, etc.) que den lugar a una verdadera intervención integral.

Esta nueva perspectiva permite y anima iniciativas de formación de los profesionales sanitarios que les acerquen al resto de disciplinas y les sean útiles en su trabajo. Una de estas iniciativas es la formación pedagógica y psicológica de aquéllos que dedican gran parte de su desarrollo profesional a la educación terapéutica de pacientes. El estudio que se describe a continuación pretende ser un ejemplo de ello.

2 Pérez Serrano, M.G. (1990), *Investigación-Acción. Aplicaciones al campo social y educativo*. Madrid: Dyckinson. pág. 182.

3 Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4286), 129-136.

1. NUESTRO ESTUDIO

En el verano de 2003 se propuso al doctor Patricio Giralt⁴, director de la Fundación de Castilla la Mancha para la Diabetes (FUCAMDI), la posibilidad de desarrollar un proyecto educativo con niños y adolescentes con Diabetes Mellitus Tipo 1, basado en presupuestos pedagógicos y psicológicos elegidos por su efectividad y actualidad. Este tipo de intervenciones resultaba, sin lugar a dudas, de gran interés y novedad en el campo de la educación sanitaria, por lo que el Dr. Giralt aceptó la propuesta y sugirió desarrollarla (organización y financiación) desde FUCAMDI.

La meta principal del estudio fue que los pacientes aprendieran a controlar su enfermedad y a cuidar de su salud, lo cual debería reflejarse en la mejora de su calidad de vida y el aumento de su grado de autonomía, siempre dependiendo de la edad y evolución de cada individuo.

Dentro de las estrategias metodológicas que se utilizaron se decidió que fueran los propios enfermeros y médicos quienes desarrollaran las tareas educativas, tras un proceso de formación en cuestiones pedagógicas y psicológicas. Esta idea no era novedosa. Otros grupos de profesionales sanitarios ya habían realizado tareas educativas en múltiples ocasiones. Sin embargo, el hecho de que su trabajo formara parte de un proyecto más complejo en el que se coordinaran intervención terapéutica, formación psico-pedagógica y mejora continua de la práctica sí lo era.

1.1. ¿Por qué la Investigación-acción?

Las razones que nos movieron a elegir la investigación-acción como metodología de trabajo fueron varias. En primer lugar, el propósito principal de nuestra investigación (mejorar el estado de salud integral de los pacientes) requería la intención constante de corregir aquello que no consiguiera los efectos deseados, de modo que el trabajo supusiera un continuo proceso de optimización. La investigación-acción ofrecía la flexibilidad y apertura necesarias para ir rec-

4 Médico especialista en endocrinología pediátrica y diabetes. Hospital de Alarcos (Ciudad Real).

tificando nuestras propuestas metodológicas a medida que se desarrollaba el programa, y potenciaba las relaciones entre los profesionales, lo cual facilitaba el trabajo con los pacientes y hacía que toda la intervención resultara más coordinada. En segundo lugar, la idea de un estudio en el que los médicos y enfermeras pudieran investigarse a sí mismos, es decir, analizaran su práctica para tratar de mejorarla, resultaba muy atractiva e innovadora.

Además de estas razones, la investigación-acción daba respuesta a un problema grave que resultaba una constante perjudicial de las intervenciones educativas llevadas a cabo por personal sanitario: la falta de formación pedagógica. Esta limitación había dado lugar a múltiples “actuaciones educativas” en las que las estrategias metodológicas no eran las adecuadas a las situaciones ni a la población para la que se destinaban.

A todo ello se unía la decisión y el convencimiento de que el programa educativo debía ser fruto del trabajo coordinado de todos los profesionales implicados. De esta forma conseguiríamos que la intervención fuese lo más integral posible y que recogería las ideas y experiencias de todos.

Así, nuestro estudio se consideró como una investigación-acción práctica, basada en el currículo⁵, donde la enseñanza se concebía como una actividad práctica, y la deliberación y reflexión sus elementos sustanciales. El currículum se desarrolló como instrumento de transformación y formación de los educadores y de mejora de la actividad educativa. Al mismo tiempo se pretendía que la acción fuera crítica, pues incorporaba algunas de las ideas de la teoría crítica, y se centraba en la práctica para profundizar en la emancipación del educador, la cual era entendida como una progresiva adquisición de potencial de cambio orientada en la mejora constante de la praxis.

5 Elliott, J. (1993). *El cambio educativo desde la investigación-acción*. Madrid: Morata.
Kemmis, S. y McTaggart, R. (1988). *Cómo planificar la investigación-acción*. Barcelona: Laertes.
Stenhouse, J. (1984). *Investigación y desarrollo del currículum*. Madrid: Morata.

1.2. Priorización del problema

Tras mantener varias conversaciones con el Dr. Patricio Giralt, el cual se había encargado durante los últimos años de la educación y atención clínica de la práctica totalidad de los niños y adolescentes que iban a acudir al curso, se establecieron una serie de necesidades educativas que el programa debía tener en cuenta, y que se referían principalmente al trabajo de los profesionales implicados:

- La distribución de las intervenciones en grupos homogéneos evolutivamente.
- La organización del trabajo de los educadores (médicos y enfermeros/as).
- El diseño de un programa que resultara novedoso y atractivo a los pacientes.
- La formación psico-pedagógica de los médicos y enfermeras.
- La elaboración de un material adecuado a los fines del programa y a las características de los pacientes.
- Una metodología que reforzara los aprendizajes prácticos y el desarrollo de actitudes favorables al tratamiento de la Diabetes.

Analizadas todas estas observaciones se comprobó que una de ellas (la formación de los médicos y enfermeras) resolvía en gran medida el resto de necesidades pues ofrecía la posibilidad de que fueran los propios interesados los que propusieran soluciones fundamentadas a todas las demás cuestiones. Debido al reducido número de educadores (seis en total incluyendo al facilitador o experto externo) se decidió formar un único grupo de trabajo que tuviese un mismo proyecto común: la mejora de la práctica docente desarrollada mediante una intervención psico-educativa destinada a pacientes pediátricos con Diabetes Mellitus tipo 1 y la participación simultánea en un breve plan de formación programado por el pedagogo. Como fruto de ello se esperaba conseguir los siguientes objetivos con los profesionales sanitarios:

- Promocionar la reflexión sobre la tarea educadora de los profesionales dedicados a los cuidados de las personas con diabetes.

- Incorporar, o al menos considerar, una nueva manera de llevar a cabo su trabajo.
- Valorar las aportaciones provenientes de las ciencias de la educación y la psicología como estrategias adecuadas para ofrecer una asistencia sanitaria más completa y de mayor calidad.
- Adquirir unos conocimientos pedagógicos básicos que sean útiles en sucesivos proyectos de educación sanitaria.

1.3. Fases de la Investigación acción

Cuadro 1.
Fases y temporalización del ciclo de investigación

<i>Fases</i>	<i>Temporalización</i>
Planificación	Marzo – Septiembre 2004
Acción	Octubre – Noviembre 2004
Observación y reflexión	Octubre – Noviembre 2004

Procedimientos

Cuadro 2.
Características y procedimientos de la investigación-acción

FASES	ACTIVIDADES	PROCEDIMIENTOS
Planificación	Elaborar el plan de acción	Análisis de necesidades Priorización de actuaciones Establecimiento de los objetivos del plan. Elección de estrategias y principios metodológicos de enseñanza y aprendizaje. Diseño de las Unidades Didácticas. Definición y organización del grupo de trabajo. Elaboración del material didáctico. Búsqueda y adquisición de los recursos materiales que se van a necesitar. Convocar a los participantes en el curso.

Acción	Implementar el plan de acción	Aplicar las actividades planificadas
Observación	Recoger información Observación participante	Filmación de videos Registros Notas de campo Entrevistas no estructuradas con los padres
Reflexión	Análisis de la información y re-planificación	Triangulación Reuniones abiertas Revisión en grupo

El facilitador o experto

La experiencia de investigación-acción que se llevó a cabo incluyó la figura de un *facilitador*, que, en nuestro estudio, tuvo varias responsabilidades especiales, principalmente asesorar, dirigir y formar. Este cargo, desempeñado por el pedagogo del equipo, debía:

- establecer una interacción cooperativa que facilitara a los educadores una exploración constante de sí mismos y de su situación.
- Hacer que el grupo progresara conjuntamente, estimulándolo y animándolo constantemente.
- Facilitar la toma de decisiones fundadas para la planificación de la acción, tratando de encontrar la mejor solución para cada problema.
- Contribuir a la formación continua de los educadores en cuestiones de tipo metodológico y didáctico.
- Indicar o sugerir aquellos métodos que sirviesen para que los educadores descubriesen las necesidades o equivocaciones de su práctica educativa.
- Dirigir las sesiones o momentos de evaluación, asesorando sobre el análisis, tratamiento e interpretación de los datos.
- Participar en la observación constatando los hechos mediante su registro en un cuaderno de campo.

Según la conceptualización del modelo investigación-acción realizada por Carr y Kemmis⁶, la función del experto elegida para nuestro estudio se corresponde con la del facilitador externo que entra en relación cooperativa con los prácticos; les ayuda a articular sus preocupaciones, a planear la acción, a desarrollar estrategias de observación y reflexión, de modo que todos compartan y trabajen con una misma idea temática común (*investigación-acción práctica*).

1.3.1. Planificación

La fase de planificación comenzó en el momento en que se aprobó la idea de llevar a cabo la intervención psicopedagógica. Desde entonces y hasta el momento en que dio comienzo la intervención se sucedieron diversas reuniones entre el personal médico y el pedagogo.

Como hemos visto en el establecimiento de prioridades, analizadas las necesidades de los niños y adolescentes con Diabetes tipo 1 a los que se dirigía la intervención y las del equipo de médicos y enfermeras que iban a formar el grupo de educadores, se acordó, como objetivo prioritario y previo a la intervención, la elaboración y desarrollo de un plan de formación. Este plan, destinado a los educadores del curso, pretendía paliar en la medida de lo posible la falta de formación pedagógica de éstos e introducirles en un ejercicio de reflexión sobre la actividad que iban a desarrollar.

El plan de formación comenzó dos meses antes de la intervención y se prolongó hasta el final de la misma. En el cuadro 3 se puede ver cuál fue el desarrollo del curso y los temas que se trataron.

6 Carr, W. y Kemmis, S. (1988). *Teoría crítica de la enseñanza*. Barcelona: Martínez Roca.

Cuadro 3. Desarrollo del plan de formación.

<i>Momento</i>	<i>Actividad</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Tema</i>
Abril 2004	Presentación de la investigación.	Reunión del grupo	Diseño de la investigación: muestra, objetivos, métodos y evaluación.
Septiembre 2004	Presentación del plan de formación.	Formación	Reunión del grupo En qué consiste la Investigación-acción. Cuál va a ser su desarrollo en nuestra intervención.
Septiembre – Noviembre 2004	Formación	Ficha	La importancia de la motivación en el aprendizaje
Septiembre – Noviembre 2004	Formación	Ficha	Importancia y utilidad del diseño de una Unidad Didáctica. Cómo se hacen.
Septiembre – Noviembre 2004	Formación	Ficha	Selección de objetivos y contenidos en la educación.
Septiembre – Noviembre 2004	Formación	Ficha	Actitudes psicológicas de los niños y adolescentes en el afrontamiento de la enfermedad
Septiembre – Noviembre 2004	Formación	Ficha	Etapas del desarrollo evolutivo y su importancia en el diseño de programas educativos.
Septiembre – Noviembre 2004	Formación	Ficha	Traspaso de responsabilidades de padres a hijos en el tratamiento de la Diabetes

El simple hecho de entregar a los médicos y enfermeros un dossier con el diseño de la intervención y con el desarrollo de seis Unidades Didácticas despertó en ellos, cuanto menos, la curiosidad, por ser este un modo de trabajo inusual para ellos. Estas Unidades sirvieron como elemento de reflexión y soporte didáctico.

Conforme al carácter abierto y flexible que se quería dar a toda la intervención, se indicó que las Unidades debían tomarse como material de apoyo, fuente de sugerencias metodológicas, nunca como elemento prescriptivo y cerrado; de tal forma que podían ser modificadas según fuera necesario.

1.3.2. Acción

En los meses de Octubre y Noviembre de 2004 se llevó a cabo un programa de intervención psicopedagógica con niños y adolescentes con Diabetes Mellitus tipo 1⁷.

1.3.3. Observación

La recogida de información se llevó a cabo durante los meses de Octubre y Noviembre. Para ello se utilizaron diversas técnicas como la filmación de las sesiones en video y las notas de campo, aunque los principales métodos fueron la observación participante y la observación en el aula. Mediante estas observaciones se quería recoger no sólo lo que ocurría en las aulas durante las sesiones, sino también aquellas opiniones personales de los educadores sobre los que se estaba haciendo.

Otras de las estrategias que se utilizaron para valorar los efectos y el desarrollo del programa psico-educativo, y concretamente el trabajo desempeñado por los educadores, fueron los encuentros y el intercambio de opiniones con los padres de los niños y adolescentes. Esto se hizo de dos formas. La primera, más espontánea, se llevó a cabo mediante conversaciones no estructuradas tras cada sesión. La

⁷ Puesto que el objeto de este artículo es describir la aplicación del modelo de investigación-acción y su efecto en la práctica profesional de los profesionales sanitarios, he preferido no comentar el programa psicoeducativo que se desarrolló con los niños y adolescentes, salvo en aquello que sea relevante para comprender los resultados y el sentido de la investigación.

segunda consistió en una reunión preparada y estructurada en la que se preguntó directamente por sus opiniones sobre el curso a partir de los comentarios que les hacían sus hijos y los comportamientos que observaban en éstos.

Por último, se analizaron las reacciones y valoraciones de los propios niños y adolescentes. A ellos se les pidió expresamente que manifestasen su opinión sobre las sesiones en las que estaban participando, si se respondía a sus expectativas, y cómo consideraban el programa en sí y el trabajo de los educadores.

La propuesta de llevar a cabo un proceso de práctica reflexiva y el entusiasmo mostrado por todo el equipo de educadores en el proyecto permitió que a las sesiones de intervención acudieran, además del educador responsable de cada una, el resto del equipo. De este modo, todos observaban la práctica de sus compañeros, veían cómo se llevaba a cabo el proceso de enseñanza y cómo los niños y adolescentes respondían al mismo. Así, todo el equipo fue objeto y a la vez sujeto de la evaluación. Observada esta situación ventajosa, se pidió a los educadores que estuviesen especialmente atentos al desarrollo de las sesiones y tomaran nota de todas aquellas cosas que eran susceptibles de mejora.

En nuestro caso, el principal objeto de evaluación fue la tarea docente, y para ello se tuvieron en cuenta los siguientes indicadores:

- la preparación de las sesiones: planificación.
- el desarrollo de las sesiones:
 - la enseñanza de los contenidos
 - los métodos aplicados
 - la capacidad de adaptarse a las necesidades o imprevistos de cada sesión.
 - La participación de los pacientes.
 - La aplicación de los nuevos aprendizajes pedagógicos.
- la eficacia de la intervención a corto plazo

1.3.4. Reflexión

La fase de reflexión se caracterizó por su continuidad y repercusión a lo largo de toda la intervención. No quiere decir esto que no hubiese momentos concretos destinados a la reflexión, sino, más

bien, que todo el trabajo realizado llevó implícito el acto de reflexionar sobre lo que se hacía. El curso en su totalidad supuso para los educadores un proceso de reflexión en la acción, en el que ponían en práctica métodos que en aquel momento les eran novedosos y cuyos resultados y eficacia les suscitaban un especial interés.

Cuadro 4.
Fase de reflexión.

<i>Momento</i>	<i>Actividad</i>	<i>Objetivo</i>
Mañana antes de cada sesión	Reunión del educador responsable de la sesión de esa tarde con el Pediatra y con el pedagogo.	Reflexionar sobre el desarrollo de la sesión anterior. Proponer posibles mejoras Revisar el plan para la sesión de la tarde.
Después de cada sesión	Reunión de los miembros del equipo que hayan acudido a las sesiones	Analizar la sesión que se ha llevado a cabo. Señalar aspectos que deben mejorarse en siguientes sesiones.
Durante la semana	Correo entre los educadores, el pediatra y el pedagogo.	Proponer estrategias de mejora de la actividad.
22 de Octubre	Reunión de todo el equipo de trabajo.	Analizar el trabajo realizado y proponer modificaciones y mejoras
19 de Noviembre	Reunión de todo el equipo de trabajo.	Evaluar el trabajo realizado

En las reuniones del equipo de trabajo la técnica más utilizada fue la triangulación en la que se compartieron tres puntos de vista: el educador responsable de la sesión sobre la que se reflexionaba, el resto de educadores que habían asistido a la sesión como observadores participantes, y el facilitador u observador externo. En definitiva, la reflexión consistió fundamentalmente en el intercambio de los testimonios de todos ellos.

Cambios en el proceso

Algunas de las decisiones que se tomaron a lo largo de la intervención modificaron los planes que previamente se habían establecido para el desarrollo de las sesiones:

- Utilizar las presentaciones en Power Point exclusivamente para ilustrar contenidos, no para desarrollar todo el tema de la sesión.
- Repetir las explicaciones varias veces, sobre todo en el caso de los niños, de forma que las memoricen. Se pidió expresamente que los niños que verbalizaran o demostraran prácticamente los nuevos conocimientos delante del educador y de los compañeros.
- No dar por hecho nada con los adolescentes. “En algunos casos aparentan saber más de lo que saben en realidad”. No todos los adolescentes tenían el mismo nivel de conocimientos, por lo que se decidió explicar todos los contenidos repasando primeramente lo más obvio y esencial de cada uno.
- Invitar a los niños y adolescentes a una constante participación. Antes de introducir un nuevo contenido, preguntarles qué conocen acerca del mismo.
- Aumentar el tiempo dedicado con los adolescentes al entrenamiento en habilidades de afrontamiento y reducir la parte explicativa a lo más esencial.

1.4. Evaluación

La evaluación de un proceso de investigación-acción como el que se llevó a cabo requiere hacer un análisis doble. Por una parte, el éxito de esta experiencia se puede concluir de los resultados que obtuvieron los niños y adolescentes en las variables estudiadas tras la intervención psicoeducativa⁸. Nosotros preferimos, no obstante, analizar las impresiones de los educadores sobre su práctica y el propio proceso de investigación-acción. Este análisis, aunque corría el

⁸ La intervención con niños y adolescentes obtuvo como resultados a corto plazo mejoras en todas las variables estudiadas (conocimientos sobre la enfermedad y su tratamiento, auto-cuidados, calidad de vida, y responsabilidad), dándose en algunas de ellas un cambio significativo.

riesgo de ser demasiado subjetivo, nos permitió conocer la valoración que los profesionales sanitarios hacían de su experiencia como educadores reflexivos.

Varios meses después del término de la intervención se pidió a todos los miembros del equipo que elaborasen un pequeño informe sobre el proceso seguido, una valoración sobre , al menos, los siguientes apartados: los métodos (el juego en los niños y el entrenamiento en los adolescentes), el tiempo dedicado a cada sesión, la preparación de las sesiones, las Unidades Didácticas, las fichas de formación, los temas que se trataron, la novedad que había supuesto en su tarea profesional, las dificultades que habían tenido, carencias y dificultades, y aprendizajes realizados que consideraban más valiosos.

Las siguientes tablas muestran las valoraciones del equipo (excepto las del facilitador externo):

Organización

- bien estructurado en cuanto a las edades de los chavales
- el trabajo del curso fue acertado sobre todo en los niños

Unidades Didácticas

- muy bien estructuradas y muy claras
- la preparación de las sesiones para mí fue muy fácil y cómoda.
- bastante adecuadas; ha facilitado mucho la preparación
- bien por la asignación de temas
- adecuadas. Incluían los puntos fundamentales
- muy útil

Fichas de formación

- ayudó a preparar las sesiones y facilitó mucho el trabajo
- fundamentales. Han sido la mejor arma para la preparación.
- muy útiles porque orientaban sobre cómo dirigirme a los niños desde el punto de vista más pedagógico
- he aprendido mucho, sobre pedagogía partía prácticamente de cero

Tiempo dedicado a cada sesión

- me parece que duraban poco

- el tiempo de las sesiones me pareció suficiente
- podía haber sido algo más larga cada sesión
- fue correcto. De haber sido más largo, los chicos se hubiesen cansado.
- parecido algo insuficiente

Métodos

- creo que han sido novedosos
- métodos me parecieron suficientes y muy adecuados
- muy interesante
- acertados y novedosos
- creo que ha sido muy novedoso y original el planteamiento. Pienso que los cursos a chavales deben ser en esta línea.

¿Qué has aprendido de nuevo?

- he aprendido cómo hay que preparar una clase y explicarla
- me gustó observar la forma de pensar de los chicos. No me había detenido en ello.
- He visto la importancia de la pedagogía en la instrucción. No es suficiente saber sino saber transmitirlo y viendo a todos vosotros y a los chicos he aprendido mucho.
- he aprendido mucho fijándome en cómo trabajaban los compañeros.

¿Qué faltó?

- charlas paralelas a los padres.
- algo que hubiéramos podido preparar para padres
- más material

Comentarios

- ayudó comentar lo que preparaba cada semana con mis compañeros
- me hubiese gustado tener más tiempo aún para hacer reuniones con el equipo docente
- Valoro positivamente: el abordaje bio-psico-social. Muy útiles los consejos de última hora.

- Tengo la sensación, no sé si subjetiva, de que los niños y adolescentes que han participado están ahora más motivados cuando vienen a las revisiones en el hospital, participan más, me escuchan con más atención (creo ...)
- Está claro que los pequeños han aprendido más y han sido más participativos y en cuanto a los adolescentes puedo ver alguno con un cambio importante en su actitud.

Dificultades

- no hemos acertado del todo los “profes” en la forma de atraer a los adolescentes
- para los mayores creo que fueron algo repetitivos.

2. REFLEXIÓN Y CONCLUSIONES FINALES

La educación para la salud ha mostrado dos dimensiones principales según la amplitud de su aplicación. La primera de ellas se refiere a la prevención y conservación de la salud de la población en general, mientras que la segunda se ha centrado en la enseñanza de conceptos y conductas para la terapia o curación de enfermedades concretas. De acuerdo con estas dos funciones, en la práctica sanitaria de los últimos años se ha otorgado gran importancia a la educación de la población y especialmente de los pacientes. Sin embargo, en pocas ocasiones las intervenciones educativas han contado con una programación o un asesoramiento pedagógico adecuados.

En el estudio que se describe en este artículo se consiguió, además del perfeccionamiento profesional de los educadores sanitarios, mejoras en los resultados de su práctica sanitaria. Se demostró que, mediante la reflexión continuada y la deliberación grupal, los médicos y enfermeros interpretaban de manera más completa sus intervenciones y las reacciones de sus pacientes, consiguiendo una práctica en continuo proceso de perfeccionamiento, flexible y adaptada a cada paciente.

Dada la sencillez de su aplicación, la investigación-acción ha demostrado ser una estrategia adecuada para su utilización en cualquier ámbito en el que un grupo de personas pretendan mejorar una situación. En el sistema sanitario, debido a la necesaria y constante

colaboración entre los profesionales, este método promueve la mejora de la práctica médica y de las relaciones entre los participantes, respondiendo así a la deseada y actualísima pretensión de tantos médicos de “humanizar” la medicina.

En definitiva, este artículo pretendía destacar la importancia y utilidad de los diseños de intervención educativa en cualquier tipo de ambiente social, y más concretamente en la Sanidad. La investigación-acción es tan sólo una propuesta más, existen otras muchas iniciativas (*aventuras pedagógicas*) que pueden y deben ser aprovechadas para mejorar la sociedad.

