

Análisis integral de las prácticas pedagógicas de un programa educativo en Colombia

Fernando Peñaranda-Correa, MD, MSP,⁽¹⁾ Miriam Bastidas-Acevedo, MD, Ped,⁽²⁾
 Gloria Escobar-Paucar, DDS, Odontopediatra, MSP,⁽³⁾ Julio Nicolás Torres-Ospina, MD, Ped,⁽²⁾
 Adriana Arango-Córdoba, MD, Ped.⁽²⁾

Peñaranda-Correa F, Bastidas-Acevedo M,
 Escobar-Paucar G, Torres-Ospina JN, Arango-Córdoba A.
**Análisis integral de las prácticas pedagógicas
 de un programa educativo en Colombia.**
Salud Pública Mex 2006;48:229-235.

Resumen

Objetivos. Exponer parte de un estudio dirigido a evaluar los efectos e impacto de la educación y los procesos que los explican desde el punto de vista de los actores, en relación con la propuesta educativa, basada en el diálogo de saberes, del Programa de Crecimiento y Desarrollo implementado en la ciudad de Medellín, Colombia. **Material y métodos.** Se llevó a cabo una investigación evaluativa por medio de un estudio de casos múltiples. **Resultados.** Se encontró que los educadores de la salud, conocedores de la propuesta y comprometidos con ésta, terminan realizando prácticas pedagógicas que corresponden al modelo que se pretende transformar. **Conclusiones.** Para explicar estos resultados, se propone un modelo ecológico conformado por tres niveles: contexto, racionalidad y prácticas pedagógicas. Se identifica la transformación del educador como elemento central de la educación para la salud desde un paradigma diferente, y la complejidad de la misma.

Palabras clave: educación; salud; promoción de la salud; puericultura; investigación cualitativa; Colombia

Peñaranda-Correa F, Bastidas-Acevedo M,
 Escobar-Paucar G, Torres-Ospina JN, Arango-Córdoba A.
**Integral analysis of the pedagogical practices
 of an educational program in Colombia.**
Salud Pública Mex 2006;48:229-235.

Abstract

Objective. To present a portion of a study aimed at evaluating the effects and impact of education and processes explained from the actors' point of view and relating to an educative proposal that is based on knowledge dialogues from the Growth and Development Program in the city of Medellín, Colombia. **Material and Methods.** An evaluative, multiple case research study was carried out. **Results.** Among the study results is the finding that, even though health educators were familiar with and committed to the educative process, they applied pedagogical practices that were related to the pedagogical model they wanted to change. This constitutes the theme of this article. **Conclusions.** These results are explained using an ecological model that contains three levels: context, rationality and pedagogical practices. The transformation of the educator is identified as a central element in health education based on a different paradigm, as well as the complexity of such transformation.

Key words: education; health; health promotion; child rearing; qualitative research; Colombia

(1) Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Colombia.

(2) Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Colombia.

(3) Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, Colombia.

Fecha de recibido: 11 de julio de 2005 • **Fecha de aprobado:** 9 de febrero de 2006
 Solicitud de sobreídos: Mtro. Fernando Peñaranda-Correa. Facultad Nacional de Salud Pública
 de la Universidad de Antioquia, Calle 62, No. 52-59, Medellín, Colombia.
 Correo electrónico: fpenaranda@epm.net.co

Influida por la Carta de Ottawa cristalizó en Medellín, Colombia, una propuesta de origen intersectorial e interdisciplinario para el Programa de Crecimiento y Desarrollo de los niños a partir de la promoción de la salud denominada Salud Integral para la Infancia (SIPI).¹ Se estructuró desde una concepción de educación basada en “un diálogo de saberes entre el equipo de salud, los padres y la comunidad”,¹ con el propósito de “acompañar y estimular al niño en su proceso de crecimiento y desarrollo promoviendo su salud, autonomía, creatividad, solidaridad, autoestima y felicidad”.¹

Por su carácter participativo y pertinencia teórica la propuesta ganó legitimidad y fue adoptada con convicción por las instituciones prestadoras de servicios de salud que participaron en su diseño. Sus postulados teóricos y metodológicos han tenido gran influencia en el desarrollo del programa en la ciudad. Por ello el SIPI constituye una experiencia valiosa para analizar el impacto de perspectivas alternativas de la educación en los programas de promoción de la salud; más aún si se tiene en cuenta que existen cuestionamientos sobre la eficacia de la educación para la salud y sobre el avance de la promoción de la salud, esto es, acerca del paso de la retórica a la práctica.²⁻⁵

El programa, reglamentado por la *Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en el Menor de 10 años* –que forma parte de la resolución 0412 del año 2000 del Ministerio de Salud, en la cual se regulan las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad–, consta de tres componentes: control del desarrollo psicomotor y social, control del crecimiento y educación sobre puericultura.

El programa lo implementan todas las instituciones prestadoras de servicios de salud para los usuarios adscritos al Sistema General de la Seguridad Social. La norma define sus actividades, secuencia y contenidos educativos. El niño y sus acompañantes tienen derecho a una consulta de ingreso y a tres controles en el primer año, a dos controles en el segundo año y luego a uno por año. El control se lleva a cabo con grupos de aproximadamente 10 niños con sus adultos significativos, generalmente madres, pero asisten también abuelas, padres y otros familiares. Dura dos horas, de las cuales unos 45 minutos se dedican al componente educativo. El desarrollo del programa requiere un equipo de salud compuesto por enfermera, nutricionista, médico, auxiliar de higiene oral y psicólogo, con variantes según las particularidades de cada institución. Este personal cuenta con una vasta experiencia, fruto de su capacitación y su vinculación por varios años a este proyecto.

La investigación surge como resultado de dos estudios realizados previamente con las instituciones vinculadas. En el primero⁶ se analizaron las consecuencias que tuvo la implantación de la ley 100 de 1993 –la cual reestructuró el sistema de salud hacia un modelo de competencia regulada–. En el segundo⁷ se buscó avanzar en la comprensión del proceso educativo del programa. En ambos, los actores plantearon la necesidad de evaluar los efectos e impacto logrados, asunto de la presente investigación. Sus objetivos se dirigieron a identificar el espectro de efectos e impacto del proceso educativo y avanzar en la comprensión de la participación misma de los actores y el funcionamiento del programa. Lo anterior, con el propósito de calificarlo e identificar categorías que pudieran ser útiles para analizar la educación en los programas de promoción de la salud en un ámbito general.

En esta publicación se discuten dos de las categorías analíticas del estudio: los hallazgos relacionados con las prácticas pedagógicas y las concepciones sobre educación que tienen los miembros de los equipos de salud. El análisis se hace desde la sociología educativa, en especial con los aportes de Bourdieu⁸ y Bernstein,^{9,10,11} quienes conceptualizan la educación como medio fundamental para la producción, reproducción y transformación de la cultura. Esto implica analizar las relaciones entre el micronivel (el programa) y los aspectos macroestructurales (sociales, culturales e institucionales),¹² y la forma en que el “poder” afecta las prácticas, las relaciones y los discursos pedagógicos.

Material y métodos

Se llevó a cabo una investigación evaluativa¹³⁻¹⁵ desde una perspectiva cualitativa que pretendió recoger la voz de los actores sin partir de parámetros pre establecidos,¹⁶ evaluación entendida como un espacio participativo de negociación y aprendizaje,^{3,16,17} dirigida a la comprensión del sentido de los resultados para los actores y de las razones que explican dichos resultados.

Entre noviembre de 2002 y abril de 2005 se realizó un estudio de casos múltiples^{18,19} caracterizado por la construcción de una visión holística –que rescata la particularidad del caso y su relación con un contexto determinado–. Se orientó a recoger los aprendizajes de programas bajo distintas condiciones, sin la pretensión de comparar los casos o establecer nexos de representatividad.^{18,19} Participaron cuatro instituciones con características diferentes, las cuales atienden una proporción importante de la población beneficiaria del programa en la ciudad. Cada institución eligió un grupo de niños y adultos inscritos en una de las sedes

donde éste fuera considerado como exitoso por sus actores, siguiendo el criterio de Stake, para quien el caso se selecciona según la oportunidad de aprendizaje que provee.¹⁸

En cada caso se observaron las actividades regulares de un grupo de niños y sus acompañantes (adultos significativos): el ingreso al programa, así como tres controles grupales de crecimiento y desarrollo durante el primer año de vida, realizados cada tres meses. Despues de cada actividad –ingreso o control– se realizaron dos entrevistas grupales, una con miembros de los equipos de salud y otra con adultos significativos que participaron en las actividades del programa, para lo cual se obtuvo su consentimiento informado y se realizó un compromiso de confidencialidad, avalado por el Comité de Etica de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. En total se hicieron 16 visitas de observación, 16 entrevistas grupales con adultos significativos (cuatro asistentes en promedio, generalmente los mismos) y 16 entrevis-tas grupales con los miembros de los equipos de salud (entre dos y cinco personas, según el tamaño de los equipos).

El análisis de los datos se realizó de manera simultánea a la recolección de la información. Las notas de los investigadores y las transcripciones del material grabado se codificaron; a partir de los datos se elaboraron categorías emergentes hasta consolidar una estructura categorial más elaborada. La codificación y análisis se realizó con ayuda del programa Atlas Ti 4.2.

Para analizar los hallazgos se efectuaron reuniones periódicas con algunos miembros de los equipos de salud y coordinadores institucionales seleccionados por las mismas instituciones; los resultados finales fueron discutidos con los actores. De ello surgió una descripción de cada caso, un análisis del contexto del programa en el sistema de salud colombiano, así como diferentes visiones sobre sus resultados por parte de los actores.

Resultados

Se encontraron concepciones paradójicas sobre la educación, el educando y la posición del educador ante su conocimiento. Por un lado, plantearon su intención de llevar a cabo una educación diferente a la tradicional, que promoviera el fortalecimiento del criterio del educando, que tuviera en cuenta sus características y que partiera de sus intereses y necesidades, para lo cual era fundamental su participación. Hicieron referencia a una educación fundada en el reconocimiento de los conocimientos del educando, basada en el diálogo de saberes, donde no se pretendía hacerle una imposición, sino dejarle en libertad de asumir su responsabilidad,

lo cual supone un educando activo en el proceso peda-gógico. Al mencionar estas concepciones, los educado-res describieron en las entrevistas sentimientos de satisfacción en relación con la educación llevada a cabo en el programa:

Educar no es tanto hablar como escuchar [...], es apren-dedor a escuchar al otro [...], es percibir sus motivacio-nes, sus intereses, qué es aquello que los mueve a tener ciertas actitudes.

[...] a mí me parece que es fundamental la motivación que en un momento dado tenga la madre, el nivel de conciencia y la madurez, la capacidad de desaprender y de tener su propio criterio y tomar sus propias deci-siones con respecto al cuidado y atención del bebé. Entonces se dan cuenta que no siempre el conocimien-to parte de nosotras, sino que en ellas (las madres) tam-bién hay mucho conocimiento y que en ellas hay muchas cosas muy buenas y muy positivas que les pueden ser-vir a las otras mamás.

Educar al adulto tiene la dificultad de que yo no puedo llegar a imponer, a decirle: "haga esto y haga esto". Yo tengo que escucharlo.

Nosotros cumplimos con decirles lo que debe ser y lo que no debe ser. Esto es producto de una experiencia, de investigaciones [...] pero ya ustedes son los que de-ciden [...] y los que asumen la responsabilidad y con-secuencia.

Por otro lado, los educadores manifestaron concepcio-nes que entraron en tensión con las anteriores, al afir-mar que hay aprendizaje sólo en la medida en que se logra un determinado comportamiento, y al considerar al educando como carente de conocimientos correctos, con creencias y arraigos culturales perjudiciales y difí-ciles de erradicar –en especial si tiene un bajo nivel edu-cativo que lo hace más refractario al cambio-. Estas concepciones se acompañan de pesimismo y frustración frente a los resultados de la educación, como puede leer-se en el siguiente fragmento de entrevista:

[...] venir aquí cada tres meses y "hablan muy rico pero no aplicamos". Entonces el que aprende y no aplica no aprendió [...]

[...] por más que se desgaste la nutricionista hablá-do-les de eso, llegan al otro control comiendo frijoles y co-miendo de todo; eso es una tarea muy difícil.

[...] entonces eso sí lo pone a uno triste, que la gente no quiera abrirse al cambio, sino que quieren seguir en la misma.

Por medio del análisis de casos, preguntas, uso de carteles y exposiciones por parte del educador, se pre-tende no sólo transmitir la información establecida

en los protocolos institucionales, sino también identificar los conocimientos de los participantes, para reforzar los que se consideran adecuados y corregir los errados. De igual manera, se pretende recoger las inquietudes y experiencias de los asistentes para responder a sus necesidades y socializar prácticas de crianza valiosas.

Estos propósitos del educador entran en tensión por la presión del tiempo y la dificultad que encuentra en lograr los cambios esperados, tensión que se expresa de dos formas: una en relación con los contenidos y la otra con la manera de realizar la enseñanza. En relación con la primera, el educador resuelve la tensión tendiendo a priorizar los contenidos educativos establecidos en el programa:

Cuando manejábamos a libre decisión de los padres, era una dificultad tratar los temas y quedaban muchos vacíos. ¿Por qué? Porque a ellos no se les ocurría, o no se acordaban, o les daba pena preguntar [...]

Con respecto a la segunda, el educador busca resolver la tensión mediante seis estrategias:

1. Razonar: mediante preguntas o análisis de casos se lleva al educando a reflexionar. El educador presenta las razones válidas para que el propio educando pueda identificar su error, y de esa manera promueve un proceso participativo en el cual se "desarman" los argumentos esgrimidos por el adulto significativo al hacer evidente que carecen de fundamento:

Educador 1: [...] y que no se ataca al padre cuando está haciendo algo mal, algún error [...].

Educador 2: De que ellos razonen y vayan sacando las conclusiones de por qué no, o por qué sí.

[...] cuando uno los confronta de que no tienen bases sólidas ... como que hacen conciencia. Como: "ah, porque sí". Pero no tienen una razón de peso.

2. Tareas: se establecen tareas para promover el cumplimiento de los comportamientos esperados, verificadas en la siguiente sesión, de manera colectiva e individual, como muestra el fragmento de una de las sesiones de control:

Educador: ¿Cuántos son?

Adulto significativo: cero.

Educador: cero teteritos (biberón) es la tarea para la próxima cita, que es en tres mesecitos.

3. Estímulos: se felicita en grupo o en forma individual a los adultos significativos que implemen-

taron los comportamientos esperados y se los propone como ejemplo a emular, ilustrado en este segmento de sesión:

¿Quiénes están alimentando con leche materna? Levántenme la mano. Bueno, los felicito.

4. Advertencias: se presentan los peligros y consecuencias que acarrea la falta de implementación de los comportamientos recomendados; como en la siguiente sesión:

[...] puede producir el sangrado intestinal, se empieza a botar sangre, a catabolizar proteína, y es el niño que empieza a manifestar anemias y empieza a no crecer, a decrecer [...] Entonces, lácteos en general, no [...].

5. Insistir y repetir: los contenidos se presentan de diferente manera en las siguientes sesiones.
6. Demostraciones: cuando es posible, las explicaciones se acompañan con actividades prácticas.

Estas estrategias evidencian una nueva tensión entre la libertad planteada para que el educando tome la decisión de acoger o no las recomendaciones hechas, y la intención del educador de promover comportamientos considerados necesarios para mejorar las condiciones de salud del niño; de ahí que busque convencerlo de manera activa, imponiendo su posición y afectando la comunicación y el respeto por el conocimiento del educando, como muestra este segmento de entrevista:

Investigador: ¿Por qué crees que no te escuchan?

Adulto significativo: Creo que ahí hay una razón fundamental, y es contraponer un conocimiento científico a la experiencia, y que simplemente ellos le dan prelación [sic] a esos conocimientos científicos.

Discusión

Las prácticas educativas que priman en el programa se dirigen al cambio del comportamiento de los adultos significativos a través de preguntas encaminadas a lograr respuestas esperadas (estímulo-respuesta), reforzamientos y transmisión de contenidos definidos en protocolos estructurados; en dichas preguntas se da una participación regulada por el educador, en una perspectiva conductista.²⁰⁻²² Pero también corresponden estas prácticas a perspectivas tradicionales o transmisionistas centradas en la precisión del mensaje transmitido y en la implementación de técnicas que ayuden a fijar la imagen del concepto enseñado en la mente del educando.^{20,21}

Los cambios sufridos en las prácticas pedagógicas del programa no logran una transformación radical de la perspectiva educativa. Surge entonces la siguiente pregunta: ¿por qué educadores para la salud comprometidos con una propuesta educativa centrada en el diálogo de saberes, con conocimientos y experiencia en ella, terminan por ejercer prácticas pedagógicas que corresponden al modelo educativo que ellos mismos describen como tradicional y que se proponen modificar?

Para explicar este fenómeno, los investigadores construyeron un modelo ecológico con tres niveles que interactúan entre sí, con las categorías emergentes, y bajo la influencia de la sociología de la educación de Bernstein⁹⁻¹¹ y Bourdieu,⁸ que pretende analizar la educación como fenómeno social desde sus raíces estructurales. Al primer nivel, constituido por el modelo biomédico, las políticas de salud y la cultura, se le denominó contexto; al segundo, racionalidad, y en él están las concepciones, las posiciones ante el otro y su conocimiento y otras condiciones personales. El tercer nivel lo constituyen las prácticas pedagógicas, configuradas desde los discursos²³ y las relaciones¹⁰ (figura 1).

El modelo biomédico, caracterizado por su orientación normalizadora (diferencia normalidad/anormalidad: diagnóstico), intervencionista (tratamiento), positivista (la verdad de la ciencia positiva autoriza para actuar)^{5,23,24} y medicalizadora (interviene en múltiples campos de la vida social),²³ influye en las políticas de salud y en la formación disciplinar y profesional, conformando así un subuniverso de significado²⁵ para el agente de salud, que lo afecta poderosamente en sus concepciones y sus acciones.²⁵ La cultura, por su parte, constituye la red de significados construidos por la sociedad que permite dar sentido a las acciones.²⁶

El agente de salud, con un subuniverso de significado producto del contexto y de condiciones personales particulares, construye un "discurso pedagógico"¹⁰

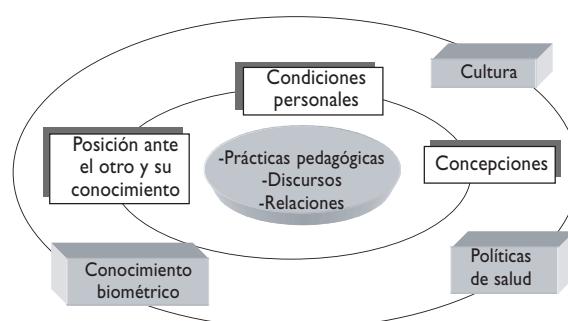


FIGURA 1. MODELO ECOLÓGICO DEL PROCESO EDUCATIVO

desde una racionalidad que, aunque se expresa de manera diferente según cada individuo, tiene rasgos comunes. En ella, la verdad fundada en la ciencia positiva prevalece sobre el saber cotidiano como conocimiento pragmático, atado al éxito y a un contexto particular, configurado desde tres dimensiones: cognoscitiva, moral y afectiva²⁷. Así, la racionalidad del educador constituye una "utilización no comunicativa de un saber proposicional, basado en un estado de cosas, en un mundo objetivo, ajeno al individuo".²⁸

Por otro lado, el interés del agente de salud dirigido hacia la modificación de comportamientos desde una lógica preventiva, central en el modelo biomédico^{3,29,30} y los contenidos definidos por la institución sanitaria, se impone en el marco de prácticas pedagógicas y relaciones en las cuales el "control y el poder" se encuentran en el educador. Así, un grupo –los agentes de salud– tiene el poder para definir los significados legítimos sobre la crianza, tras lo cual se produce un "control simbólico".¹¹

La situación antes mencionada se presenta en el marco de dos procesos que terminan de explicar el fenómeno. El primero de ellos, descrito por Bernstein, hace referencia a que los educadores no son conscientes de esta serie de "reglas" (o influencias) que terminan por transformar relaciones de poder y control en "discurso pedagógico".¹¹ El segundo, planteado por Greene y Simons-Morton,³¹ consiste en que los profesionales del área de la salud pueden adoptar perspectivas amplias de salud –que superan visiones morbicéntricas–, pero sus prácticas son fundamentalmente preventivas, dirigidas hacia la enfermedad: "las profesiones de la salud son culpables de la práctica común de decir una cosa y hacer otra". Esta percepción la comparten Whithead,²⁹ Restrepo,³² Tones,³ y Ziglio y colaboradores⁴ al analizar el impacto de la perspectiva de promoción de la salud en la reestructuración de los servicios de salud y concluyen que éstos aún tienen su centro en la enfermedad (en el objeto y no en el sujeto, a quien debería dirigirse la educación). Pero no es tanto que se "diga una cosa y se haga otra", como lo plantean Greene y Simons-Morton; más bien es que el discurso alternativo es resignificado y absorbido desde el subuniverso de significado dominante,²⁵ con lo cual finalmente el agente de salud encuentra sentido y coherencia entre lo que dice y hace.

Además, una propuesta alternativa de educación centrada en el desarrollo del sujeto,^{3,20-22,33,34} en la promoción de sus potencialidades y de su capacidad de tomar decisiones³ y de actuar con moral, y no en la adquisición de conocimientos y el cambio de comportamientos (el objeto) plantea una profunda reflexión epistemológica y teórica. Por lo tanto, el debate sobre

la educación para la salud y la promoción de la salud no es un asunto de campos de acción, sino del paradigma con el cual se abordan: el foco en el sujeto –el ser humano–, o en el objeto –la enfermedad.⁴

A partir de este trabajo se pueden ver como insuficientes los planteamientos que fundan la explicación del fenómeno analizado en la falta de conocimientos de los agentes de salud^{5,35} o en la confusión generada por múltiples perspectivas y concepciones sobre educación para la salud y promoción de la salud.³² Se necesita ir más allá y reconocer la existencia de los diferentes factores presentados en el modelo ecológico desde intereses concretos, que ejercen poder.³

De otro lado, no sería conveniente asumir posiciones pesimistas que minimicen la capacidad de los servicios de salud para introducir modificaciones en la educación para la salud como respuesta a una posición desesperanzadora ante el peso del modelo biomédico,⁵ pues existen agentes de salud comprometidos con el cambio dentro del sector,³⁶ como se evidenció en las concepciones de la educación para la salud expuestas por los educadores.

En conclusión, reconocer una estructura compleja, ecológica, con múltiples intereses y posiciones dentro de las relaciones de poder es útil para adoptar posiciones más pertinentes y realistas sobre la educación para la salud. Una de ellas es comprender que una concepción de educación para la salud centrada en el desarrollo del ser humano es una opción teórica y epistemológica en competencia con otras. La reflexión teórica y epistemológica es central para trascender lo aparente y vislumbrar las dimensiones y las repercusiones de lo que se persigue, tanto en el ámbito individual como institucional y político, y así enfrentar un contexto y una razonabilidad que tienden a resignificar las nuevas perspectivas manteniendo el “estado de cosas”.

Por último, y teniendo en cuenta las consideraciones anteriores, se hace necesario insistir en la importancia de la dimensión individual del educador, sin cuya transformación no es posible el desarrollo de un paradigma alternativo de educación, el cual precisa un proceso de reflexión-acción (praxis) desde una perspectiva de evaluación participativa orientada hacia el aprendizaje.

Referencias

- I. Lalinde M, Vargas J, Gómez L, Beleño A, Botero S, Estrada H et al. Salud integral para la infancia: manual de normas técnicas y administrativas. Medellín, Colombia: Servicio Seccional de Salud de Antioquia, 1993.
2. Whitehead D. Health promotion and health education viewed as symbiotic paradigms: bridging the theory and practice gap between them. *J Clin Nurs* 2003;12:796-805.
3. Tones K. Reveille for radicals! The paramount purpose of health education? *Health Educ Res* 2002;17:1-5.
4. Ziglio E, Hagard S, Griffiths J. Health promotion developments in Europe: achievements & challenges. *Health Promot Int* 2000;15:143-154.
5. Robinson SE, Hill Y. Our healthier hospital? The challenge for nursing. *J Nurs Manag* 1999;7:13-7.
6. Peñaranda F, Bastidas M, Ramírez H, Lalinde M, Giraldo Y, Echeverri S. El Programa de crecimiento y desarrollo: otro factor de inequidad en el sistema de salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 2000;20:89-99.
7. Blandón L. Educación a madres: entre la comprensión y la verdad (tesis). Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia, 2002.
8. Bourdieu P, Passeron JC. La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza. 3a. edición. México, DF: Editorial Laiza S.A., 1998.
9. Bernstein B. Poder, educación y conciencia: sociología de la transmisión cultural. Barcelona: El Roure Editorial, 1990.
10. Bernstein B. La estructura del discurso pedagógico. Clases, códigos y control. Madrid: Ediciones Morata, 1997.
11. Bernstein B. Hacia una sociología del discurso pedagógico. Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio, 2000.
12. Díaz M. Bernstein y la pedagogía. En: Bernstein B. Hacia una sociología del discurso pedagógico. Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio, 2000:11-28.
13. Escudero T. Desde los tests hasta la investigación evaluativa actual. Un siglo, el XX, de intenso desarrollo de la evaluación en educación. Disponible en: www.uv.es/RELIEVE/v9n1/RELIEVEv9n1_I.htm. 2003 [consultado 2005 mar 12].
14. Lincoln Y, Guba E. Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. En: Denzin N, Lincoln Y, comp. *Handbook of qualitative research*. 2a. edición. Thousand Oaks, California: Sage Publications, 2000: 163-188.
15. LeCompte M. Un matrimonio conveniente: diseño de investigación cualitativa y estándares para la evaluación de programas. Disponible en: www.uv.es/RELIEVEv1n1.htm. 1995 [consultado 2005 mar 12].
16. Oakley P, Pratt B, Clayton A. Outcomes and impact: evaluating change in social development. Oxford: Intrac, 1998.
17. Swanson J, Chapman L. Dentro de la caja negra: asuntos teóricos y metodológicos en la realización de una investigación evaluativa con enfoque cualitativo. En: Morse J, comp. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia, 2003:66-93
18. Stake R. Case studies. En: Denzin N, Lincoln Y, comp. *Handbook of qualitative research*. 2a edición. Thousand Oaks, California: Sage Publications, 2000:435-454.
19. Creswell J. Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions. Thousand Oaks, California: Sage Publications, 1998.
20. Not L. Las pedagogías del conocimiento. Bogotá: Fondo de Cultura Económica, 2000.
21. González E. Corrientes pedagógicas contemporáneas. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia, 1999.
22. Flórez R. Hacia una pedagogía del conocimiento. Bogotá: McGraw Hill, 1996.
23. Foucault M. Historia de la medicalización. *Educ Med Salud* 1977;11:3-25.
24. Achard P. Discurso biológico y orden social: crítica de las teorías biologistas, psicología y ciencias sociales. México: Editorial Nueva Imagen, 1980.
25. Berger P, Luckmann T. La construcción social de la realidad. Avellaneda, Argentina: Amorrortu, 1978.
26. Geertz C. Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura. En: Glazer M, comp. *Antropología: lecturas*. Madrid: McGraw-Hill, 1993: 547-568.
27. Heller A. Sociología de la vida cotidiana. Barcelona: Ediciones Península, 1997.

28. Habermas J. Teoría de la acción comunicativa. Madrid:Taurus, 1987.
29. Whitehead D. Health promotion and health education: Advancing the concepts. *J Adv Nurs* 2004;47:311-320.
30. Piper S, Brown P. Psychology as a theoretical foundation for health education in nursing: empowerment or social control? *Nurse Educ Today* 1998;18:637-641.
31. Greene W, Simons-Morton B. Educación para la salud. México, D.F.: Interamericana-McGraw Hill, 1988.
32. Restrepo H. Conceptos y definiciones. En: Málaga H, editor. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Bogotá: Editorial Médica Panamericana, 2001: 24-33.
33. Freire P. Pedagogía del oprimido. Buenos Aires: Editorial Siglo XXI, 1972.
34. Stenhouse L. Investigación como base de la enseñanza. Madrid: Ediciones Morata, 1966.
35. Whitehead D. A social cognitive model for health education/health promotion practice. *J Adv Nurs* 2001;36:417-425.
36. Harm T. Patient education in Estonia. *Patient Educ Couns* 2001;44:75-78.