

ORIGINALES

Educación para la salud en escuelas de adultos: ¿por medio del profesor o mediante charla de educación sanitaria?

J. Tormo Molina^a, M.J. Rodríguez Fernández^b, M. Hernán García^c, A. Fernández Ajuria^c
y A. García-Marcos^d

Centro de Salud Salvador Caballero. Escuela Andaluza de Salud Pública y Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Granada.

Objetivo. Comparar los resultados de dos modalidades de enseñanza sobre uso racional de medicamentos en alumnos de centros de educación permanente de adultos (CEPA): la realizada a través del profesorado (formado previamente por los sanitarios) o mediante charla de educación impartida por el personal sanitario.

Diseño. Estudio de intervención sin distribución aleatoria, con grupo control.

Emplazamiento. Cinco CEPA de un núcleo urbano.

Participantes. Trescientos ochenta y cinco alumnos y 15 profesores de CEPA.

Intervenciones. Tres grupos: *a)* grupo «profesores», constituido por alumnos que recibieron educación sobre medicamentos en el aula, mediante sus profesores, los cuales habían sido formados previamente por los sanitarios; *b)* grupo «charla»: alumnos que recibieron una charla de educación sanitaria sobre medicamentos impartida por los sanitarios, y *c)* grupo *no intervención*. En los 3 grupos se realizó encuesta previa y posterior a la intervención. Ambas encuestas fueron apareadas.

Mediciones y resultados principales. Doscientos cuarenta y ocho sujetos completaron la primera encuesta y 149 la segunda. Sólo se encontraron ganancias significativas de conocimiento en el grupo de intervención con profesores ($p < 0,01$; 7,8% de ganancia de puntos relativa). Si dividíamos a los alumnos en terciles, estas ganancias eran superiores (11,7%) significativamente en los alumnos del grupo «profesores» con puntuaciones previas intermedias en la primera encuesta, en comparación con los alumnos de puntuación intermedia de los otros grupos.

Conclusiones. La intervención mediante «profesores» parece mostrarse más efectiva que la realizada mediante «charla de educación sanitaria» o la «no intervención», y se diferencia de éstas en la mejoría de conocimientos en los alumnos con conocimientos previos intermedios.

Palabras clave: Atención primaria; Educación salud; Escuela; Evaluación; Medicamentos; Profesor.

HEALTH EDUCATION IN SCHOOLS FOR ADULTS: THROUGH THE TEACHER OR A HEALTH EDUCATION LECTURE?

Objective. To compare the results of two ways of teaching the rational use of medicines to students of centres of permanent education of adults (CPEA): one taught by the normal teachers (after training by health personnel) and one through a lecture given by the health staff.

Design. Intervention study without randomised distribution and with a control group.

Setting. Five CPEA in an urban centre.

Participants. 385 students and 15 CPEA teachers.

Interventions. Three groups: *a)* «teachers» group: consisting of students who received education on medicines in the class-room through their teachers, who had been previously trained by health personnel; *b)* «lecture» group: students who had received a health education lecture on medicines given by health staff; *c)* non-intervention group. All three groups were administered a questionnaire before and after the intervention. Both questionnaires were paired.

Measurements and main results. 248 people completed the first questionnaire and 149 the second. Significant gains in knowledge were only found in the teachers intervention group ($p < 0.01$; 7.8% increase in score). Dividing the students into terciles made these gains significantly greater (11.7%) in the students of the teachers group who in the first questionnaire had intermediate scores than in the students in the other groups who had intermediate scores.

Conclusions. Intervention with teachers seems more effective than either a health education lecture or no intervention, especially in the improvement in knowledge of students who already had beforehand intermediate knowledge.

(*Aten Primaria* 2000; 25: 242-247)

^aMédico de Familia. Centro de Salud Salvador Caballero. Granada. ^bTrabajador Social. Centro de Salud Salvador Caballero. Granada. ^cProfesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. ^dMédico de Familia. Unidad Docente de Medicina de Familia de Granada.

Correspondencia: Juan Tormo Molina.
C/ Era del Cura, 81. 18170 Alfacar (Granada).
Correo electrónico: tormo@samfyc.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 6-IX-1999.

Introducción

En nuestro país es escasa la tradición de evaluación de las intervenciones educativas en promoción de salud basadas en estrategias de educación para la salud de personas adultas, lo que hace difícil saber en qué consiste la buena práctica en este campo^{1,2}. Tanto en la educación informal y no formal de adultos como en la educación formal o escolar de los mismos, se ha ido generando la necesidad de desarrollar estudios de intervención con una doble función metodológica: *a)* aplicar modelos y técnicas de intervención educativa en salud, y *b)* desarrollar estrategias y técnicas de evaluación del impacto y los resultados de las intervenciones³.

Por otro lado, es conocido el elevado porcentaje de automedicación entre la población^{4,5} y la escasa proporción de usuarios (4%) que conocen los efectos adversos de los fármacos que utilizan⁶. Así mismo, existen trabajos⁷ que nos indican que los problemas derivados del uso de medicamentos disminuyen si se educa a la población sobre su manejo.

La Ley del Medicamento de 1990⁸ refiere que la educación sanitaria sobre fármacos es necesaria para influir en el nivel de conocimientos de la población y en sus actitudes en el uso de los medicamentos. Desde diversos ámbitos se propugna que los programas de educación deben justificarse con estudios que determinen los conocimientos y actitudes que tiene la población sobre los medicamentos y, especialmente, el valor que ésta concede a los fármacos en la atención sanitaria⁹. Así mismo, la educación para la salud está incorporada en el currículo de los centros de

TABLA 1. Contenido de la encuesta (pre y postintervención)

1. Preguntas sobre conocimientos generales de medicamentos (12)

Caducidad ^a
Efectos secundarios ^b
Tomar siempre fármacos en caso de enfermedad ^b
Leer el prospecto ^b
Qué hacer en caso de diarrea ^c
Qué hacer en caso de gripe ^a
Qué hacer en caso de fiebre ^b
Eficacia de los fármacos en relación al precio ^c
Eficacia de los fármacos en relación a la antigüedad del fármaco ^c
Eficacia en relación a la vía de administración ^a
Necesidad de que el médico siempre recete ^a
Utilidad de los antibióticos ^c

2. Preguntas sobre variables demográficas (8)

Edad ^d
Sexo ^a
Nivel de ingresos ^c
Ocupación ^d
Nivel de instrucción ^c
Estado civil ^c
Número y parentesco de convivientes ^d
Tipo de asistencia médica (centro de salud, ambulatorio, medicina privada) ^c
3. Circunstancias médicas personales que podían estar relacionadas con el grado de conocimiento sobre los fármacos (4)
Si estaba realizando algún tratamiento farmacológico en el momento de realizar la encuestaa y cuál era ^d
Si padecía alguna enfermedad en el momento de realizar la encuesta ^d
Si había padecido anteriormente alguna enfermedad que le obligara a estar con tratamiento farmacológico por un período de tiempo superior al mes o a ingresar en un hospital ^a
Existencia de automedicación ^a y qué fármacos eran los automedicados ^d

Las cifras entre paréntesis indican el número de preguntas de cada apartado.

^aRespuesta dicotómica. ^bRespuesta de escala de Likert. ^cRespuesta de elección múltiple. ^dRespuesta abierta.

educación permanente de adultos (CEPA)¹⁰.

En este sentido, entre las actividades periódicas del Centro de Salud Salvador Caballero se encuentra el taller de educación para la salud de adultos, que se lleva a cabo en los CEPA de nuestra zona. Para la programación del curso 1995-1996, se incluyó un módulo dedicado a conocer las actitudes de los alumnos de los CEPA hacia los medicamentos, con el fin de trabajar con ellos aspectos relacionados con el uso racional de los fármacos. La hipótesis de la que partíamos para el presente estudio es que es más efectiva la intervención del profesional sanitario con los profesores, a la hora de modificar los conocimientos de los alumnos, que la intervención directa de los profesionales sanitarios sobre los alumnos.

Por tanto, el objetivo de nuestro trabajo es describir los resultados de

una intervención sobre el grado de conocimiento sobre los medicamentos, basada en la formación de profesores y en la educación de éstos a los alumnos, comparándola con una intervención tradicional, mediante charla de educación sanitaria.

Material y métodos

Hemos llevado a cabo un estudio de intervención, siguiendo una metodología de diseño cuasiexperimental. Se seleccionaron, para ello, los 2 CEPA de la zona de salud, los cuales fueron asignados al grupo de intervención mediante profesores (grupo «profesores») y 3 CEPA de las zonas limítrofes al centro, que fueron asignados al grupo de intervención mediante charla de educación sanitaria (grupo «charla»). Un total teórico de 385 alumnos fueron incluidos en el estudio. Este tamaño de muestra permitiría identificar, con una potencia del 80% y una precisión del 95%, diferencias medias intraindividuales entre la prueba antes de la intervención y postintervención, del 5% en el grado de

adquisición de conocimientos. La selección de los alumnos se llevó a cabo intentando igualar por nivel académico, según las aulas, ambos grupos («profesores» y «charla»).

Para valorar los resultados de las intervenciones, se utilizó una encuesta basada en una anterior de González¹¹ modificada después de realizar un pilotaje de la misma en 25 alumnos. Nuestra encuesta constaba de 27 preguntas y su composición se resume en la tabla 1. A las 12 preguntas que versaban sobre conocimientos sobre uso racional de fármacos se les aplicó una escala de puntuación para poder comparar numéricamente los resultados. La encuesta fue llevada a cabo por entrevistadores, previamente entrenados, que no participaban en la fase de intervención del estudio y desconocían los objetivos finales del mismo. Ni alumnos ni profesores conocían tampoco el objetivo final del trabajo, en el sentido de que se intentaba comparar dos modalidades de educación para la salud. Por tanto desconocían la existencia de otro grupo de intervención, para intentar evitar contaminación del efecto. La primera encuesta (preinterven-

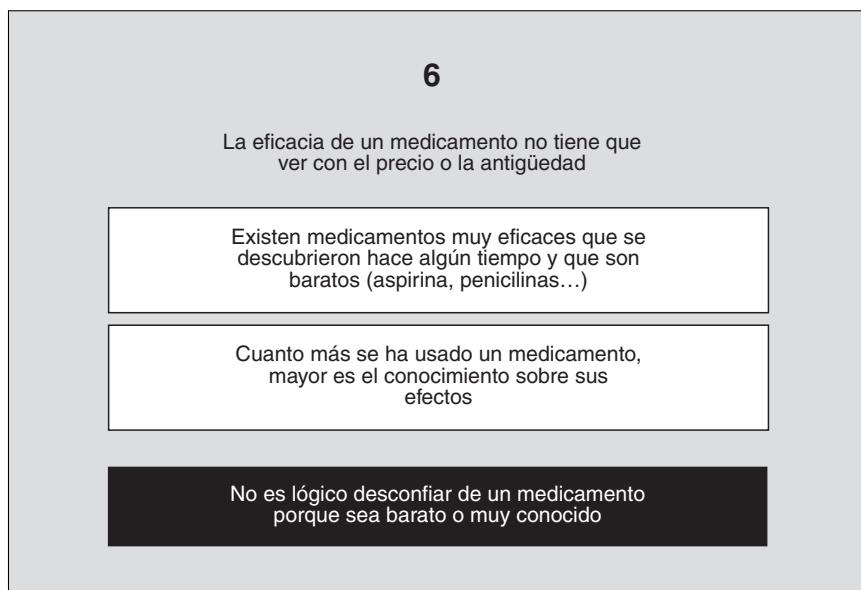


Figura 1. Ejemplo de una de las fichas sobre medicamentos (ficha n.º 6, de las 10 entregadas a los profesores).

ción) fue contestada, además de por los alumnos, por los 15 profesores (6 del grupo «profesores» y 9 del grupo «charla») que atendían a los alumnos de ambos grupos, con el fin de comprobar sus conocimientos sobre el tema y apreciar posibles diferencias entre ellos.

Un mes después de realizada la primera encuesta (preintervención) tuvieron lugar las intervenciones. En el grupo «profesores», y basados en los resultados de la encuesta, se planificó una sesión formativa de una hora con los 6 profesores del grupo. En ella se les notificó a los profesores los resultados globales de la primera encuesta en sus alumnos. Por medio de la participación y el descubrimiento de los contenidos no erróneos, se llegó a la conclusión de lo que debían saber, en conjunto, los alumnos, lo que quedaba reflejado en 10 fichas que debían servir para trabajar el profesor con los alumnos; en ellas había tres apartados: el encabezado con el mensaje a aprender, un segundo apartado con razonamientos de ¿por qué es necesario ese conocimiento?, y un tercero con el encabezado de ¿qué hacer para estar acorde con el contenido del mensaje educativo?

TABLA 2. Principales características de los participantes en el estudio y su distribución según grupo de intervención

	«Profesores»	«Charla»	«No intervención»	Significación	Totales
N.º de sujetos	68	46	35		149
Edad media (DE)	51,5 (16) años	49,9 (16,8)	45,9 (19,3)	n.s.	49,7 años (17,1)
Sexo					
Varones	10 (15%)	5 (11%)	8(23%)	n.s.	23 (15,4%)
Mujeres	58 (85%)	41 (89%)	27 (77%)		126 (84,6%)
Nivel económico					
Bajo	27 (43%)	25 (58%)	23 (70%)	p = 0,03	75 (54%)
Alto	36 (57%)	18 (42%)	10 (30%)		64 (46%)
NS/NC	5	3	2		10
Nivel de instrucción					
Analfabetos	19 (28%)	15 (33%)	4 (11%)	p = 0,08	38 (25%)
No analfabetos	49 (72%)	31 (67%)	31 (89%)		111 (75%)
Estado civil					
Solteros	14 (21%)	11 (24%)	13 (37%)	n.s.	38 (26%)
Casados	40 (59%)	25 (54%)	16 (46%)		81 (54%)
Viudos	13 (19%)	10 (22%)	5 (14%)		28 (19%)
Separados/divorciados	1 (1%)	0	1 (3%)	n.s.	2 (1%)
Automedicación					
	25 (37%)	17 (37%)	10 (29%)	n.s.	52 (35%)
Antecedente de enfermedad importante	43 (63%)	30 (65%)	25 (71%)	n.s.	98 (66%)
Tratamiento farmacológico actual	40 (59%)	28 (61%)	19 (54%)	n.s.	87 (58%)

El nivel económico fue ordenado en diez categorías y agrupado, a efectos de comparación, en 2 grupos: bajo (sujetos que declararon ingresos mensuales inferiores a 116.000 pts.) y alto (ingresos mayores de 115.000 pts./mes). Como analfabetos incluimos a los sujetos matriculados en los grupos de neolectores y alfabetización; como no analfabetos, incluimos a los alumnos matriculados en los cursos de certificado escolar, graduado escolar y posgraduado. Automedicación: si tomaba medicamentos por su cuenta (sin prescripción de su médico). Antecedente de enfermedad importante: si había presentado anteriormente alguna enfermedad que le hubiera obligado a estar con tratamiento farmacológico más de un mes o a ingresar en algún hospital. Tratamiento farmacológico actual: si, en el momento de realizar la encuesta, estaba realizando algún tipo de tratamiento farmacológico prescrito por su médico. NS/NC: no sabe/no contesta, y n.s.: no significativo.

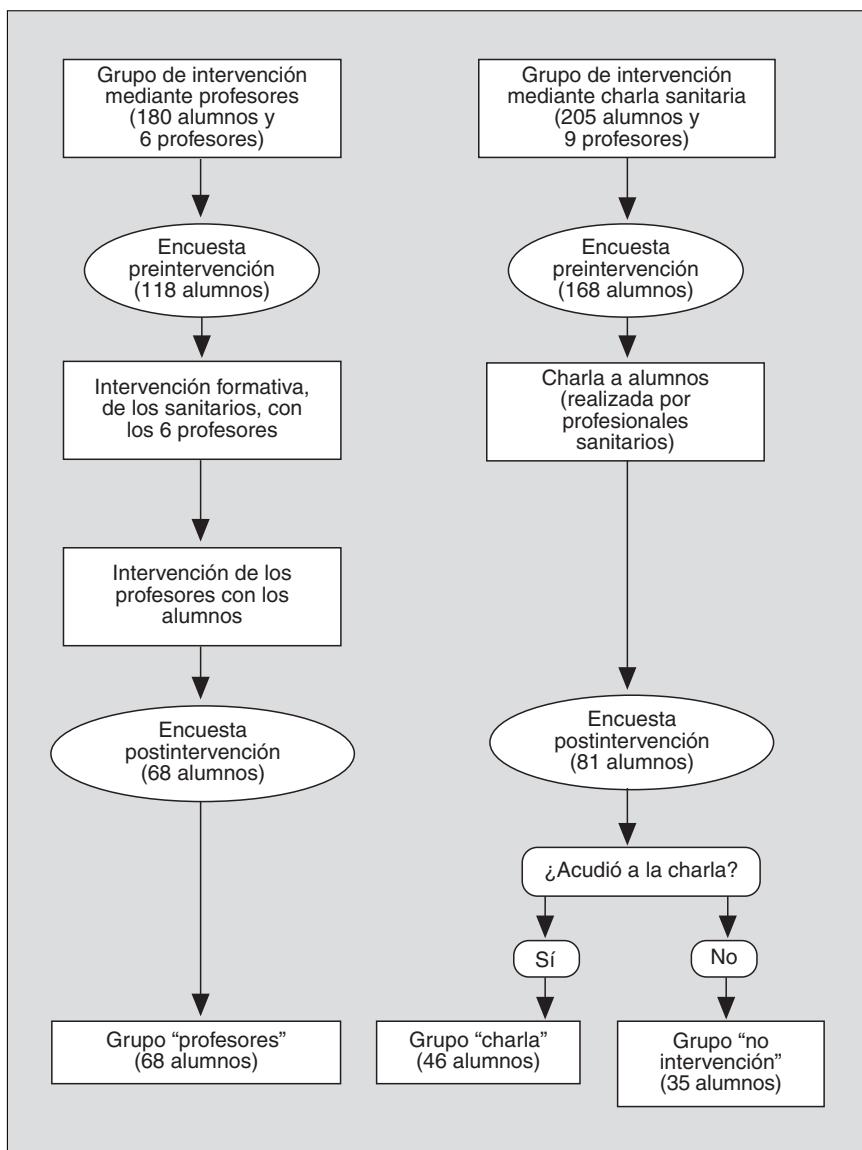


Figura 2. Esquema de intervención.

Los mensajes a aprender versaban sobre los conocimientos de medicamentos que se debían transmitir, los cuales estaban basados en las preguntas de la encuesta. (Un ejemplo de una de las 10 fichas utilizadas puede observarse en la figura 1.) En esta misma sesión se acordó que los profesores transmitirían estos conocimientos a sus alumnos, en un plazo máximo de 2 semanas, con la intensidad y continuidad que ellos consideraran adecuada y sin que difiriera de la metodología que utilizaban habitualmente en el aula. En la intervención formativa con profesores participaron un maestro y un médico. Ambos no tuvieron participación ni en el diseño ni en la intervención del grupo «charlas». En el grupo «charlas» se realizó una charla de educación sanitaria a los alumnos sobre

uso racional de medicamentos, de 30 minutos de duración y 10-15 de debate. El contenido de la charla se ajustaba a las preguntas que aparecían en la encuesta. El número de alumnos por charla no superaba los 40, y se repitió a 5 grupos diferentes de alumnos. La charla era impartida por un médico y una enfermera. Ambos no participaron en la intervención con profesores y desconocían el contenido de la intervención con éstos, aunque sí conocían los resultados de la encuesta previa. La coordinación del trabajo con las escuelas y la formación de los encuestadores fueron llevadas a cabo por la trabajadora social del centro de salud.

Dos meses después de la intervención en los 2 grupos, se realizó la segunda encuesta (postintervención). Esta sólo se llevó a

cabo en los alumnos que se encontraban en el aula cuando fue a realizarse, y que habían contestado la primera encuesta. Ambas encuestas fueron apareadas. El diseño de la segunda encuesta sólo difería de la anterior en que se añadían 2 variables: el número de días que se había faltado a clase en el período de estudio (para el grupo «profesores») y si había acudido a la charla (para los alumnos del grupo «charla»). La metodología de aplicación fue similar a la descrita para la primera encuesta. Los alumnos del grupo «Charla» que no habían acudido a ésta, pero que habían realizado la encuesta pre y postintervención, fueron incluidos en un nuevo grupo: «no intervención», ya que estos alumnos no habían recibido información sobre uso racional de fármacos ni a través del profesorado, ni mediante charla. De esta forma, se obtuvieron 3 grupos de estudio, que fueron comparados entre sí, según la diferencia de puntuación obtenida por cada sujeto en las preguntas sobre grado de conocimiento, antes y después de la intervención mediante profesores, o mediante charla, o no intervención.

Un esquema de la metodología empleada puede observarse en la figura 2.

Para el análisis estadístico se utilizaron las variables descriptivas habituales, junto con los test de ji-cuadrado, t de Student y ANOVA para la comparación de medias independientes y apareadas.

Resultados

El primer cuestionario fue realizado por 286 sujetos, y 149 de éstos completaron también el segundo, constituyendo estos últimos el grupo de los que se extraen los resultados expuestos. En ambos casos estas cifras representan el número de alumnos que se encontraban en el aula en el momento de realizar las encuestas.

En la tabla 2 se exponen las características principales de los participantes y su distribución según grupos de intervención. Un 54% estaba casado; el 16% de la población encuestada vivía solo; la mayor parte (60%) estaba atendida sanitariamente en ambulatorios; la ocupación mayoritaria (58%) era de ama de casa. En el grupo «charla» había una mayor proporción de analfabetos y el nivel económico era superior en el grupo «profesores». El grupo de «no intervención» estaba constituido por sujetos más jóvenes, con menor nivel económico, mayor porcentaje de varones y solteros y menor porcentaje de analfabetos.

No había diferencias en las variables analizadas entre los alumnos que sólo contestaron la primera encuesta (137) y los que respondieron ambas

TABLA 3. Medias de puntuación obtenidas en los cuestionarios

	Grupo «profesores»	Grupo «charla»	Grupo «no intervención»
Número de alumnos	68	46	35
Media de puntuación en la primera encuesta (DE)	77,92 (15,6)	74,77 (14,1)	75,9 (16,5)
Media de puntuación en la segunda encuesta (DE)	84,01 (18,7)	78,07 (16,8)	79,83 (16,9)
Media de las diferencias de puntuación entre las 2 encuestas	6,1 puntos	3,29 puntos	3,93 puntos
Porcentaje de ganancia relativa en puntuación entre las 2 encuestas	7,8	4,4	5,1
p entre las medias apareadas de la primera y segunda encuesta en cada grupo	< 0,01	n.s.	n.s.
Intervalo de confianza del 95%	2,18-10 puntos		

n.s.: no significativo.

(149), si se exceptúa un mayor nivel cultural y una puntuación inicial superior en los alumnos perdidos para la segunda encuesta, los cuales pertenecían –en su mayor parte– al grupo «charla» (87).

No encontramos en la encuesta preintervención diferencias en el grado de conocimientos sobre uso racional de medicamentos en los profesores de los alumnos de los 3 grupos. En la tabla 3 se ofrece las medias de las puntuaciones obtenidas en las encuestas, en las preguntas de conocimientos sobre medicamentos, entre los 3 grupos. Solamente se detectó ganancia de conocimientos significativa en el grupo de intervención mediante «profesores», al comparar las medias apareadas de las encuestas pre y postintervención. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar las medias de diferencias de puntuación pre y postintervención entre los 3 grupos.

Las diferencias según el método de enseñanza variaban también en función del nivel de partida de conocimiento de los alumnos. Así, para los alumnos con mayor puntuación (tercilio superior) en la encuesta preintervención, no se observaron diferencias, según el tipo de intervenciones realizadas, en los resultados de la encuesta postintervención. Igual ocurría con los alumnos con menores niveles de conocimientos en la encuesta inicial. Sin embargo, en el grupo que obtenía una puntuación intermedia en el pretest, se observaba una ganancia media de puntuación de 9,03 puntos (11,7% de ganancia relativa de puntos en la encuesta postintervención) en el grupo «profesores» (intervalo de confianza [IC]

del 95%, 2,26-15,80 puntos), mientras que esta ganancia era de 1,95 puntos (IC del 95%, -6,56 a 10,46) en el grupo «charla» y de 1,73 (IC del 95%, -8,96 a 12,42) en el grupo «no intervención».

Discusión

Los resultados obtenidos muestran sólo ganancias de conocimiento significativas en los alumnos que fueron sometidos a intervención mediante «profesores». En los otros 2 grupos, intervención con «charla» del personal sanitario y «no intervención», la ganancia ha sido menor y sin significación estadística. Por tanto, aunque la información disponible podría estar sugiriendo la necesidad de desarrollar actividades de educación para la salud en el contexto de la educación formal, apoyadas en la formación del profesorado¹²⁻¹⁴, en nuestro trabajo la ganancia de conocimientos obtenida por medio de la intervención del profesorado es, aparentemente, escasa. Esto podría deberse a dos factores: uno, las expectativas que se suelen tener con relación a la educación para la salud, cuando es sabido que ésta suele producir efectos a largo plazo, y el otro es que la formación de adultos implica un tratamiento teórico práctico específico, ya que el adulto, *per se*, es una persona formada; los procesos de formación de adultos implican una reformación que obliga a reorientar lo ya aprendido, que puede estar contaminado por creencias erróneas¹⁵ que se han convertido en normas y que será necesario modificar en procesos educativos a largo plazo¹⁶. Por tanto, cabe esperar que fuera más eficaz una intervención más prolongada

que la realizada en este trabajo, y guiada por un currículo en espiral^{14,17}, planificando la intervención educativa y la evaluación por medio de un diseño más centrado en las teorías del aprendizaje significativo¹⁸, e incorporando poco a poco la información sobre medicamentos, según la etapa y el nivel de desarrollo de cada alumno.

En relación a las diferencias entre el número de alumnos seleccionados para contestar la encuesta (386) y los que respondieron la primera (286) y la segunda (149) se debe tener en cuenta que los alumnos de escuelas de adultos suelen tener alguna ocupación prioritaria (trabajo o cuidado del hogar) y el aprendizaje en la escuela es secundario. Por tanto, lo habitual es que el número de alumnos que acuden al aula vaya decreciendo considerablemente a medida que va avanzando el curso. Esta circunstancia aconseja sobredimensionar las muestras en aquellos trabajos que se diseñen para este medio. La pérdida importante de alumnos a lo largo del estudio, por las razones comentadas, puede ser el origen de no encontrar diferencias estadísticas significativas al comparar entre sí los 3 grupos de intervención. En cuanto al mayor nivel cultural y puntuación previa de los alumnos perdidos para la segunda encuesta, pensamos que su influencia posible en los resultados es escasa, ya que, como se ha comentado, la intensidad de la intervención con profesores tiene lugar en los alumnos con puntuación previa intermedia. Así mismo, aunque se planificaron las 2 intervenciones en razón a los resultados globales de la encuesta preintervención, no tenemos evidencias de que se haya adaptado el pro-

ceso de enseñanza y aprendizaje al nivel de los conocimientos individuales de que partía cada alumno. La mejoría de la puntuación inicial en los alumnos que tenían una nota intermedia en el pretest puede estar explicada por lo anterior. Es decir, en la intervención con «profesores», aprenden menos los alumnos situados en los extremos (bajo y alto) de la escala de conocimientos previos sobre medicación, lo que podría estar sugiriendo que es necesario adaptar más los contenidos a cada alumno¹⁹. Por tanto, a la hora de diseñar intervenciones similares a la descrita en el presente trabajo, la adaptación curricular de los contenidos debería apoyarse en los resultados de pretest que evaluó los conocimientos de cada alumno, pero diseñando la intervención educativa adaptada al nivel de conocimiento de cada individuo o grupo (con conocimientos similares). Aun así, hay que tener en cuenta que el trabajo no se diseñó para evaluar las puntuaciones de subgrupos, por lo que los resultados obtenidos en relación a la división de la población en terciles hay que interpretarlos con cautela.

Por otro lado, la metodología de enseñanza aplicada por cada profesor ha sido dejada al libre criterio de cada uno de ellos; sus conocimientos sobre medicamentos han sido activados por medio de la intervención formativa, pero la adaptación de los contenidos y métodos, según sus características personales y su nivel de motivación hacia la educación para la salud sobre medicamentos, es desconocida para nosotros. Esto sugiere que la metodología de trabajo puede haber sido heterogénea, en función de las particularidades de cada profesor. En cualquier contexto educativo, ya sea la «charla» o la intervención con «profesores», las propias creencias (erróneas o acertadas) y la ideología sobre medicación generan que la información sea diferente según la persona y las ideas de partida de cada interesado: por un lado, el que enseña¹⁸ y por otro el que aprende (persona adulta formada)¹⁶. Es de esperar que el escenario educativo cotidiano de cualquier escuela de adultos sea también así; es decir, que la ideología del profesor y el currículo oculto influyan en lo que se enseña^{20,21}. En este sentido el trabajo ha intentado reproducir esa situación habitual en las escuelas.

Por último, otro factor que pudiera influir en los resultados es el hecho de que los contenidos enseñados por los profesores («uso racional de fármacos») en el grupo de intervención, al no formar parte de lo básico a enseñar y aprender en el programa oficial, pueden haber sido objeto de una menor atención²² por parte del profesorado, comparados con otras materias de sus programas de enseñanza habituales.

En definitiva, nuestro trabajo ha intentado buscar la efectividad de una de las actividades habituales de educación en las escuelas de adultos de nuestra zona: la charla sanitaria tradicional, encontrándonos con su escasa rentabilidad, pero ofreciéndonos el estudio la posibilidad de encontrar mejores resultados a través del trabajo conjunto con el profesorado. Consideramos también que se debería avanzar más en la comprensión del proceso educativo, verificando e intentando comprender los resultados cuantitativos, como los del presente trabajo, por medio de técnicas cualitativas de evaluación^{3,23,24}. Éstas permiten obtener información sobre intereses, deseos y dudas del que aprende, mejorando la capacidad de comprensión de los efectos del aprendizaje, en este caso sobre los medicamentos, en función del contexto educativo.

Agradecimiento

Al Distrito Sanitario Granada Norte, al CADIME de la Escuela Andaluza de Salud Pública y a los profesores y alumnos de los centros participantes, por la ayuda prestada para la realización de este trabajo.

Bibliografía

- Nutbeam D. Achieving «best practice» in health promotion: improving the fit between research and practice. *Health Educ Res* 1996; 11: 317-326.
- Allensworth D. The research base for innovative practices in school health education at the secondary level. *J Sch Health* 1994; 64: 180-187.
- Nutbeam D. Evaluating health promotion-progres, problems and solutions. *Health Promot Int* 1998; 13: 27-44.
- Fidalgo ML, López C. Automedicación: análisis de los resultados de una encuesta realizada a usuarios de oficinas de farmacia. *MEDIFAM* 1995; 5: 245-252.
- Turabian JL, De Juanes JR. Automedicación y cumplimiento farmacológico en una consulta de atención primaria. *Gac Sanit* 1989; 3: 510-513.
- Vander Stichele RH, Mestdagh J, Van Haecht CH, De Potter B, Bogaert MG. Medication utilization and patient information in homes for the aged. *Eur J Clin Pharmacol* 1992; 43: 319-321.
- Hammarlund ER, Ostron JR, Kethley AJ. The effects of drug counseling and other educational strategies on drug utilization of the elderly. *Med Care* 1985; 23: 165-170.
- Ley del Medicamento. BOE de 22 de diciembre de 1990
- Plaza F. Uso racional del medicamento (II). *Centro de Salud* 1993; 1: 331-336.
- Ley 3/1990 para la Educación de Adultos en Andalucía. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía* de 6 de abril de 1990.
- González Ureña A, Carvajal García-Pando A. *Educación para la salud en materia de medicamentos*. Valladolid: Instituto de Ciencias de la Educación, Universidad de Valladolid, 1994.
- Macdonald G, Veen C, Tones K. Evidence for success in health promotion: suggestions for improvement. *Health Educ Res* 1996; 11: 367-376.
- Porlán R. Investigar la práctica, ámbitos de investigación. *Cuadernos de Pedagogía* 1999; 276: 47-49.
- Williams T, Jones H. School health education in the European Community. *J Sch Health* 1993; 63: 133-135.
- Quesada F, Castro JA, Hernán M, Ruiz T, Espejo A, Prades P. Aproximación a las creencias en salud de dos zonas básicas de salud. *Aten Primaria* 1995; 15: 109-112.
- Llacuna J. *Formación del adulto*. Cuadernos de gestión 1996; 2: 23-35.
- Tones K. The health promoting school: some reflections on evaluation. *Health Educ Res* 1996; 11: 1-8.
- Ausubel DP, Novak JD, Hanesian H. *Psicología educativa. Un punto de vista cognitivo*. México: Trillas, 1993.
- Hernán M, March JC, Bimbela JL. Proceso de aprendizaje y educación para la salud. En: Gallo FJ et al, editores. *Manual del residente de medicina familiar y comunitaria* (2.ª ed.). Madrid: semFYC, 1997; 1316-1323.
- Pozuelos FJ. *Formación en el centro y mejora de la enseñanza*. En: Cañal P, Lledó A, Pozuelos FJ, Travé G, editores. *Investigar en la escuela*. Sevilla: Diada, 1997.
- Torres J. *El currículum oculto*. Madrid: Morata, 1991.
- Mauri T. Criterios de evaluación, procedimientos básicos. *Cuadernos de Pedagogía* 1996; 250: 60-64.
- Patton MQ. *Qualitative evaluation and research methods*. Londres: Sage, 1990.
- Fernández Sierra J, Santos Guerra MA. *Evaluación cualitativa de programas de educación para la salud. Una experiencia hospitalaria*. Málaga: Aljibe, 1992.