

DISEÑO Y VALIDACIÓN DE GUÍA DIDÁCTICA PARA LA EDUCACIÓN DE
PACIENTE CRÓNICO

HERRERA SOTO SANDRA YANETH

RODRIGUEZ GUZMAN WINY KATHERINE

SUAREZ RIVAS CLAUDIA ISABEL

UNIVERSIDAD EL BOSQUE.

FACULTAD DE EDUCACIÓN.

ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA

Bogotá, Colombia. 2019

DISEÑO Y VALIDACIÓN DE GUÍA DIDÁCTICA PARA LA EDUCACIÓN DE
PACIENTE CRÓNICO

HERRERA SOTO SANDRA YANETH

RODRIGUEZ GUZMAN WINY KATHERINE

SUAREZ RIVAS CLAUDIA ISABEL

Trabajo De Grado Para Optar Por El Título De

Especialista en Docencia Universitaria

Director(a)

Carlos Alberto Puentes Morales. Director de investigación

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

FACULTAD DE EDUCACIÓN 2019

Artículo 37

Ni la Universidad El Bosque, ni el jurado serán responsables de las ideas propuestas por los autores de este trabajo.

Acuerdo 017 del 14 de Diciembre de 1989

Agradecimientos

HERRERA SOTO SANDRA YANETH

Agradezco a Dios por cada una de las bendiciones que pone en mi vida, a mis padres por el apoyo incondicional que me brindan en cada etapa y proyecto de mi vida, a mi hija por ser el motor que inspira cada acción, por el apoyo moral que me brindó cada día desde el inicio de esta especialización y al resto de mi familia como mi hermano y abuelos que hacen parte fundamental en el cumplimiento de cada sueño y vivencia; a Javesalud por la oportunidad y apoyo de crecimiento personal y profesional, igualmente agradezco a mis compañeros de clase con quienes a su vez trabajo por apoyarnos mutuamente para lograr los objetivos de manera conjunta, adicional a mis compañeras de trabajo de grado por el total compromiso y por su puesto al docente Carlos Alberto Puentes Morales quien nos acompañó y asesoro durante este proceso.

RODRIGUEZ GUZMAN WINY KATHERINE

Agradezco a Dios por las bendiciones recibidas entre ellas mi salud, mi familia y mi trabajo. Agradezco a mis padres por todo su apoyo y a mi pareja por su acompañamiento en este hermoso proceso; de igual manera agradezco a Javesalud por confiar en mí y haberme elegido para este proceso de formación educativa. Por último y no menos importante, agradezco a mis compañeros que se

convirtieron en un pilar importante para lograr la culminación de este programa pedagógico.

SUAREZ RIVAS CLAUDIA ISABEL

Agradezco a Dios por las oportunidades que día a día me presenta, a mi familia por su apoyo incondicional y paciencia durante todo este proceso, a Javesalud por la posibilidad y facilidad para acceder a la especialización, a mis compañeras por su compromiso en la realización de este trabajo, al Profesor Carlos por el direccionamiento en la elaboración de la investigación y a todos aquellos profesionales que participaron con su tiempo y conocimientos, para que este proyecto se hiciera realidad.

Tabla de contenido:

Índice Anexos	10
Capítulo I. Planteamiento de la Investigación	13
1.1. Planteamiento de Investigación.....	13
1.2. Hipótesis.....	17
1.4 Pregunta de investigación	18
1.4.1. Pregunta Directrices	18
1.5. Objetivos General de investigación.....	19
1.5.1. Objetivos Específicos de investigación.....	19
1.6. Justificación.....	19
Capítulo II. Referentes de Investigación	23
2.1. Marco Teórico / Conceptual.....	23
2.2. Marco Normativo.....	31
2.3. Estado de la Cuestión	33
2.4. Antecedentes de Investigación.....	35
Capítulo III Metodología del proyecto.....	40
3.1. Metodología.....	40
3.1.1. Planificación	45
Cuestionario 1	46
Cuestionario 2	46
Cuestionario 3	48
3.1.2. Aplicación de cuestionarios a los expertos:.....	48
3.2. Análisis de Resultados	50
Capítulo IV Sistematización y análisis de los resultados.....	56
4.1. Análisis de Datos	56
Capítulo V Conclusiones	71
5.1. Conclusiones.....	71
Anexo 1	73
Referencias.....	91

Índice de Tablas

Tabla 1: Clasificación Coeficiente de kappa.....	54
Tabla 2 Tabulación respuestas de expertos software spss.....	58
Tabla 3: Resultado de procesamiento de casos.....	58
Tabla 4: Tabla cruzada entre variables 6 y 7 de instrumento 2.....	59
Tabla 5: Medidas Simétricas de variable 6 y 7 de instrumento 2.....	60
Tabla 6: Tabla cruzada variable 6 y 8 de instrumento 2.....	60
Tabla 7: Modificación simétrica variable 6 y 8 de instrumento 2.....	61
Tabla 8: Tabla cruzada variable 6 y 9 de instrumento 2.....	62
Tabla 9: Modificación simétrica variable 6 y 9 de instrumento 2.....	62
Tabla 10: Tabla cruzada variable 6 y 10 de instrumento 2	63
Tabla 11: Modificación simétrica variable 6 y 10 de instrumento 2.....	63
Tabla 12: Tabulación respuestas de expertos software spss instrumento 3.....	64
Tabla 13: Resultado de procesamiento de caso instrumento 3.....	65
Tabla 14: Tabla cruzada entre variables 1 y 2 de instrumento 3.....	65
Tabla 15: Medidas Simétricas de variable 1 y 2 de instrumento 3.....	66
Tabla 16: Tabla cruzada variable 1y 3 de instrumento 3.....	66

Tabla 17: Modificación simétrica variable 1 y 3.....	67
Tabla 18: Tabla cruzada variable 1 y 4 de instrumento 3.....	68
Tabla 19: Modificación simétrica variable 1 y 4 de instrumento 3.....	68
Tabla 20: Tabla cruzada variable 1 y 5 de instrumento 3.....	69
Tabla 21: Modificación simétrica variable 1 y 5 de instrumento 3.....	69

Índice de Figuras

Figura 1: Características y diferencias de los modelos pedagógicos.....	26
Figura 2: Hacia una pedagogía dialogante.....	27
Figura 3: Concordancia entre R y E1.....	51

Índice Anexos

Anexo 1: Validación de cuestionarios Método Delphi	73
Anexo 2: Consentimiento informado.....	78
Anexo 3: Cuestionario de Evaluación por Expertos de la Cartilla No.1	85
Anexo 4 Cuestionario de Evaluación por Expertos de la Cartilla No.2.....	87
Anexo 5 Cuestionario de Evaluación por Expertos de la Cartilla No.3.....	90

Resumen

El objetivo de la investigación fue el diseño y validación de una guía didáctica que oriente pedagógicamente a los profesionales de salud en la realización de talleres dirigidos a los pacientes crónicos de una IPS de primer nivel en cumplimiento con la legislación actual. El diseño que se utilizó fue investigación acción. Para la elaboración de la cartilla se realizó una revisión literaria de los procesos cognitivos de aprendizaje no solo de pacientes con diagnóstico de enfermedades crónicas sino de la población general mayor de 60 años, esto con el fin de determinar e impactar en la educación de este grupo poblacional. La metodología empleada para la validación de la cartilla fue por medio del Método Delphi, se contó con la participación de 5 profesionales de la salud que desarrollan talleres dirigidos a este grupo poblacional, por medio de la aplicación de 3 cuestionarios por medio de los cuales se evaluaban los contenidos, el diseño, la metodología de la cartilla. Se evidenció a partir de los resultados del análisis de la tabulación que se cumplen las hipótesis planteadas al evidenciar que la elaboración y validación de una herramienta didáctica servirá como guía pedagógica para los profesionales de la salud ya que los resultados arrojan un alto nivel de concordancia y significancia entre las apreciaciones y validaciones de los participantes.

Abstract

The project design aims to validate by experts a didactic guide that pedagogically guides, health professionals in conducting workshops for chronic patients of a first level IPS in compliance with current legislation. The elaboration of the booklet was carried out based on the literary review of the cognitive learning processes in patients diagnosed with chronic diseases, for the purpose of determining and impacting their education. The methodology used to achieve this objective was Delphi Method, by which, with the participation of five experts in the application of three questionnaires. It was evidenced by the results of the tabulation analysis that the alternate hypothesis is met by demonstrating that the development and validation of a didactic tool will serve as a pedagogical structural guide for health professionals since the results show a high level of concordance and significance between the assessments and validations of the experts.

Capítulo I. Planteamiento de la Investigación

1.1. Planteamiento de Investigación

Las enfermedades cardiovasculares como la hipertensión y la diabetes son las enfermedades crónicas que ocupan la primera causa de morbilidad a nivel mundial, más de mil millones de personas son hipertensas lo que equivale a un 25% de prevalencia a nivel mundial esperando un incremento del 50% de los casos en la próximas dos décadas. “En cuanto a la diabetes en Latinoamérica 19 millones de personas la padecen y se prevé que para el 2025 habrá 40 millones de personas con esta enfermedad, mientras a nivel nacional se reporta una prevalencia del 3.5%” (Rodríguez. M, 2015). Estas cifras nos muestran cómo paulatinamente la hipertensión y la diabetes se convertirán enfermedades de gran importancia en nuestra población, por lo que se deben prevenir la aparición de esta en la población sana.

En Colombia la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 oscila entre el 4 y el 8%, en función del rango de edad de la población estudiada, en las zonas rurales es menor del 2%. El mestizaje, el envejecimiento y los factores asociados a la urbanización son los principales determinantes de la epidemia de diabetes que se observa en la región. Entre estos últimos destaca la alta frecuencia de sobrepeso (más del 30%) y de síndrome metabólico (entre 20 y 35%). La intolerancia a la glucosa es casi tan frecuente como la diabetes. Esta enfermedad se encuentra entre las primeras cinco causas de muerte en Colombia y su morbilidad también es considerable. “El sistema integrado de seguridad social ha permitido que la mayoría de los colombianos tengan acceso a una atención diabetológica

aceptable en cuanto al alcance de metas, aunque todavía existen importantes limitaciones” (Ashner, P, 2010).

Se tiene evidencia que una adecuada intervención en educación al paciente crónico tiene efectos favorables asociados con la flexibilización de creencias y constructos rígidos, dogmáticos con que manejaban los significados en torno a la enfermedad crónica. En términos de su proyecto de vida, los participantes consiguieron plantearse pautas de afrontamiento proactivas frente a el control de la enfermedad; una vez realizada la intervención se hizo evidente un reconocimiento de metas alcanzables para los pacientes de acuerdo con sus capacidades físicas y etapa vital, además de un mayor compromiso con la condición patológica, en cuanto al cuidado pertinente de ésta. Con respecto a las creencias distorsionadas acerca de las causas, control, curso y desenlace de la enfermedad fueron reemplazadas por otras de mayor flexibilidad, permitiendo una mejor comprensión de la enfermedad repercutiendo en un mayor compromiso hacia ésta. (Álvarez, L., Rueda, Z., González, L., & Acevedo, L., 2010).

La precaria educación sobre el tema de enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión han generado que estas patologías afecten cada año a mayor número de personas ya que desconocen la magnitud de esta enfermedad, las repercusiones en otros órganos y el desencadenante de diversas enfermedades además del impacto en el rol familiar y comunitario. Es por esto por lo que “es necesario orientar, educar, aconsejar y hacer partícipe al paciente para fomentar un rol de autorresponsabilidad consigo mismo, promoviendo una comunicación eficaz entre el equipo de trabajo de salud, el paciente y la familia

que permitirá una continuidad en el manejo de su salud “(Mendinueta, D., Valderrama, Z., Trout, G., & Paredes, M., 2017).

Con base a esto en un estudio realizado por Pino (2008), “Educación para la salud con personas mayores: descripción de una experiencia” se evidencia el impacto favorable que genera la educación en salud, este fue realizado en cuatro centros de Atención Primaria dirigido a personas mayores de 65 años del medio rural del sur de la provincia de Pontevedra. Muestra como resultado que la comunicación médico-paciente se hizo más fluida y se detecta una mayor comprensión de la información que los médicos ofrecen al usuario. Los propios mayores revelan al médico la experiencia vivida como un auténtico aprendizaje, así como su deseo de continuar en otras ediciones del programa.

En este punto se ve como cumple un papel de vital importancia la educación en salud ya que, al lograr que el paciente entienda su enfermedad, complicaciones y tratamientos, logrará manejar mejor su enfermedad y de esta misma manera disminuir las posibles complicaciones; pero este proceso de aprendizaje debe estar basado en modelos pedagógicos enfocados a la población y su proceso de educabilidad, cosa que no se está viendo reflejada en el diario vivir.

De esta manera, el gobierno nacional de Colombia en la resolución 4003 de 2008, destaca la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus Tipo 2 como enfermedades de alto costo y de interés en salud pública, desarrollando programas para prevenir la aparición de complicaciones crónicas que puedan generar incapacidad, centrado en el cambio de hábitos saludables y la adherencia al tratamiento, dirigido no solo al paciente sino a la familia y comunidad. En la Ley

715/2001 se contemplan las acciones de salud pública de prioridad para el país, como la promoción de estilos de vida saludable para la prevención y control de las enfermedades crónicas. Con la resolución 1841/2013 con el Plan Decenal de Salud Pública se orienta la actuación articulada entre los diferentes sectores públicos, privados y comunitarios que garantizan el bienestar integral y de calidad de la población, desarrollando políticas públicas a nivel económico, social y ambiental cuyo objetivo es el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población.

Sin embargo, no establece una guía educativa, solo se nombra que el enfoque de educación debe ir orientado en la participación del paciente, por lo que en las IPS que brindan este servicio educativo lo realizan de una forma independiente y algunos casos sin una base que unifique los contenidos o utilice una metodología eficaz que genere prácticas de autocuidado en los pacientes y así impacte en la calidad de vida de la población, mejorando los resultados en salud.

En este proceso de educación es importante entender cómo se desarrolla la enseñabilidad en los pacientes crónicos, por esto se debe tener en cuenta la forma como se adquieren los conocimientos. Basados en una entrevista realizada por Menarguez 2017 al periódico El País, Francisco Mora refiere que el aprendizaje viene de forma genética en cada individuo y en esencia todos los cerebros usan el mismo mecanismo neuronal de aprendizaje. Describe además que la manera en cómo el cerebro aprende es por medio de la motivación, se debe provocar curiosidad y promover emociones, con el fin de lograr almacenar y recordar de forma más efectiva la información.

Según la American Academy of Family Physicians (2017), las personas de edad adulta, se pueden presentar factores que alteren la memoria, como es el caso de la demencia, la cual se considera un síntoma de la presencia de células dañadas en el cerebro, este daño puede derivarse de enfermedades como el Alzheimer (la forma N°1 de demencia) o la diabetes tipo 2 no controlada, que causa demencia vascular. Esta segunda condición puede ser controlada y de esta forma disminuir los casos de pacientes con demencia vascular.

Por previo diagnóstico pedagógico ya mencionado, se evidencia un vacío muy grande dado que no se cuenta en el ámbito ambulatorio con una pedagógica que oriente y caracterice la docencia que se imparte en los grupos de talleres dirigidos a los pacientes crónicos, que debiera ser conocido por todos los profesionales de la salud y guiar su desempeño académico.

Tal es así que el problema de esta investigación radica en lograr diseñar una herramienta didáctica pedagógica que oriente a los profesionales en el proceso de enseñanza y aprendizaje dirigida a los pacientes crónicos buscando generar interés y despertar la curiosidad en esta población, que favorezca el estado de su enfermedad y la calidad de vida de él y su familia o cuidador, permitiendo así una continuidad en su tratamiento.

La línea de investigación de este proyecto es la de Pedagogía.

1.2. Hipótesis

El contenido de la herramienta didáctica está acorde a las temáticas planteadas en la normatividad vigente y las habilidades cognitivas del paciente crónico.

El diseño de la guía brinda claridad a los profesionales de la salud para su desarrollo.

La herramienta didáctica permite a los profesionales de la salud contar con una estructura pedagógica adecuada que aporta al proceso de educación a pacientes crónico.

1.4 Pregunta de investigación

¿La elaboración y validación de la herramienta didáctica, tendrá como resultado una concordancia y significancia entre los evaluadores, lo cual favorecerá al profesional de la salud en el proceso pedagógico?

1.4.1. Pregunta Directrices

1. ¿Cuáles con los fundamentos de enseñabilidad que intervienen en la educación de pacientes crónicos?
2. ¿Analizar los datos recolectados en las encuestas realizadas por los expertos, permitirá la elaboración de una guía didáctica pedagógicamente efectiva?
3. ¿Mediante la implementación del método Delphi con la intervención de un grupo de expertos, se podrá validar la guía didáctica y hacer ajustes del instrumento de ser necesario?

1.5 Objetivos General de investigación

Diseñar y validar por expertos una guía didáctica que oriente pedagógicamente a los profesionales de salud en la realización de talleres a los pacientes crónicos de una IPS de primer nivel en cumplimiento con la legislación actual.

1.5.1. Objetivos Específicos de investigación

1. Construir una revisión literaria en torno a la salud y la educación en pacientes con patologías crónicas.
2. Determinar los fundamentos de enseñabilidad en el grupo interdisciplinario que interviene en la educación de pacientes crónico.
3. Diseñar una guía didáctica que oriente el proceso de enseñanza aprendizaje a los profesionales en salud que educan por medio de talleres a pacientes crónicos.
4. Analizar los datos recolectados en las encuestas realizadas por los expertos, por medio de métodos cualitativos para generar resultados de impacto a partir de los hallazgos encontrados.
5. Validar por expertos la guía didáctica y hacer ajustes del instrumento de ser necesario.

1.6 Justificación

Como ya es bien sabido, el importante papel que cumple la educación en salud para los pacientes hipertensos y diabéticos, vale la pena resaltar que las personas

encargadas de esta educación por medio del taller, deben contar con un conocimiento previo con el fin de lograr la transmisión del mismo, guiar, orientar y transformar a través de la transposición didáctica (acorde, pertinente y fundamentada) la complejidad de los conceptos en términos comunes al nivel del paciente, logrando que se de en forma óptima el proceso de enseñanza aprendizaje. Pero el hincapié se genera en el momento de determinar ¿cómo debe ser este proceso?

El proceso de transposición didáctica, como lo dice Chevallard,(2000) “es el trabajo que transforma de un objeto de saber a enseñar en un objeto de enseñanza”. Así teniendo la claridad del concepto se observa como todos los procesos pedagógicos en algún momento tuvieron esta transformación y alguien realiza la transposición didáctica.

De esta manera se asume que los profesionales quienes se encargan de la educación en salud, realizan una transposición didáctica de los temas definidas para cada sesión, así por ejemplo con el concepto de hipertensión se deberá transformar el concepto en términos entendibles para los pacientes y sus familiares, y de esta manera pasara con cada termino o contenido a enseñar.

La enseñabilidad en pacientes adultos con diagnóstico de hipertensión y diabetes se debe basar en el proceso como ellos adquieren conocimiento y este punto es donde el funcionamiento del cerebro del adulto y la forma como aprende pasa a ser de vital importancia, ya que si se conocen estos aspectos se podrá dirigir la enseñanza de forma más acertada.

De esta misma manera se debe identificar como el proceso de educación en salud dirigido a pacientes mayores tiene beneficios en cuanto a la apropiación de la enfermedad, es así como se han realizado varios estudios con respecto al proceso de memoria en el adulto mayor, ya que el aumento de la población adulta con hipertensión y diabetes en Colombia y en el mundo va en aumento.

Para Hidalgo & Jiménez (2018), quienes describen el proceso de aprendizaje del adulto basados en el modelo de Kolb , mostrando en sus resultados que los adultos mayores participantes tienen una prevalencia en la presencia de creatividad, pero presentan una variabilidad en las formas en como aprenden, aun así, se muestran una homogenización en las fases del modelo Kolb.

Esto nos muestra cómo se debe contar con una base en cuanto al proceso de enseñanza aprendizaje, no se puede solo transmitir la información de forma magistral, se deben tener en cuenta todas y cada una las características de la población, sus intereses y estado de salud, con el fin de generar el mejor proceso de educabilidad basado siempre en modelo pedagógico que se adecue a las necesidades de la población.

Se debe entender también las habilidades cognitivas de los adultos, para esto podemos tener en cuenta el estudio de Naranjo (2018) donde se logró observar que las actividades que implican conocimiento léxico se desarrollan de manera más óptima, así como en la identificación de figuras y la retención de información auditiva que genera secuencialidad y orden, así como en el desarrollo del lenguaje. Pero ese encontró que es limitada el proceso de memoria a corto plazo secundario a la lenta velocidad de procesamiento de la información, el proceso de

almacenamiento ya que tienden a tener desconcentración con facilidad, el proceso de recuperación y categorización de información.

Partiendo de estos resultados podemos dirigir las actividades de educación en salud en las habilidades mejor conservada en los pacientes adultos, con el fin de lograr un mejor resultado, así se dejará de lado la exposición con mucha información y se mostrarán más imágenes y representaciones auditivas con secuencialidad para facilitar el procesamiento de la información. Cabe resaltar que las habilidades cognitivas de los adultos no son iguales a la de los jóvenes por lo que la herramienta didáctica a realizar se debe direccionar a esta población.

Con el fin de lograr un mejor resultado también se debería fortalecer el proceso cognitivo de los adultos, para esto la psicóloga Jara (2012.) plantea la importancia de hacer uso de intervenciones no farmacológicas para estimular las funciones cognitivas para así minimizar el deterioro de estas funciones. Para ello describe algunos tipos de estimulación cognitiva entre los que se nombran:

Terapia de Reminiscencia por el que se busca mantener el pasado personal y la identidad; grupos de buenos días donde en el grupo participan dos subgrupos, el primero se conforma de adultos cognitivamente sanos con un segundo grupo con demencia senil, esto con el fin de que el primer grupo estimule la cognición por medio del diálogo y la realización de preguntas de las actividades cotidianas; Grupo de orientación a la realidad; Programa de Psicoestimulación Cognitiva en el que se realiza una intervención terapéutica donde se estimula la autonomía por medio de actividades que intentan mantener las habilidades intelectuales.

Son muchas las variables para tener en cuenta en el momento de educar a pacientes adultos, y más si nos referimos a su salud, ya que como se evidencia el proceso de enseñanza aprendizaje se modifica según la etapa de la vida, es nuestro caso la etapa de la adultez. Se debe tener en cuenta el estado cognitivo de los participantes del taller, sus habilidades y así mismo dirigir toda la información de la forma más acorde para ellos.

Capítulo II. Referentes de Investigación

2.1 Marco Teórico / Conceptual

Es importante comprender el concepto de modelo pedagógico y por consiguiente los diferentes modelos y clasificación de estos, podemos precisar la definición de modelo pedagógico teniendo en cuenta que la palabra modelo, según la Real Academia de la Lengua Española significa un “esquema teórico de un sistema o de una realidad compleja que se elabora para facilitar su comprensión y el estudio de su comportamiento. Según (Flórez, 1999), “un modelo pedagógico es una “herramienta conceptual” que recopila una serie de relaciones para describir un sistema complejo de la educación en el aula”; a partir de esto, se infiere que es la relación de enseñar, aprender y evaluar, teniendo en cuenta cada una de las características, habilidades, actitudes y aptitudes que definen a un estudiante o un maestro.

Otra definición complementaria de modelo pedagógico es “ un conjunto de atributos que caracterizan el proceso de la educación y formación “que se

construye y orienta según un método históricamente determinado por una concepción del hombre, la sociedad y el conocimiento” (Claret, 2003, p.16)

Teniendo en cuenta que los modelos se determinan a raíz de una corriente y un modelo filosófico acompañado de un modelo psicológico del conocimiento, es importante hacer referencia a los modelos pedagógicos con mayor trascendencia en el tiempo, como son tradicional, conductista, romántico, constructivista, social.

El modelo pedagógico tradicional, es un modelo del que se podría afirmar que nace a partir de la necesidad de estandarizar los conocimientos, por lo cual basa su proceso de enseñanza y aprendizaje en un alumno o estudiante en un rol pasivo que intenta memorizar la información y un maestro o docente conocedor experto del tema a enseñar, quien deberá generar estrategias para que el alumno entienda y aprenda lo enseñado.

El modelo pedagógico conductista se caracteriza en que el maestro o docente realiza determinados estímulos sobre el estudiante para verificar y medir las capacidades y el nivel de aprendizaje del estudiante, se puede decir que el maestro es un instrumento para permitir que el alumno desarrolle todas sus capacidades teniendo en cuenta y como base una metodología y unos objetivos fijados previamente.

El modelo romántico es un modelo que deposita la confianza en el estudiante como un ser con capacidades y habilidades que se deben desarrollar durante el proceso de aprendizaje, pero que a la vez es un modelo flexible que permite desarrollar sus intereses y conocimientos, así como verdades, entregando al alumno una libertad de la cual dependería el aprendizaje.

El modelo pedagógico constructivista es un modelo que tiene una concepción de igualdad respecto a la construcción del aprendizaje entre los saberes y conocimientos del estudiante y los del maestro, dando un papel totalmente activo al estudiante, permitiendo el aporte a la generación de aprendizaje a partir de la evidencia y de las vivencias o conocimiento empírico de los estudiantes, esto siendo guiado y estructurado bajo una metodología del maestro.

En el siguiente cuadro comparativo se puede observar la relación entre cada uno de los modelos pedagógicos con mayor trascendencia a través del tiempo, con variables claves en el proceso de aprendizaje tales como son el concepto de desarrollo, el contenido curricular, la metodología, la relación maestro estudiante y el proceso de evaluación, de esta manera podríamos tener una base de partida para hacer una comparación y de esta manera poder terminar los posibles componentes de uno o varios modelos pedagógicos que se desarrollan actualmente en las actividades educativas y capacitaciones que se desarrollan a pacientes con diagnóstico de diabetes e hipertensión.

1 Caracterización de diferentes modelos pedagógicos					
Esquema extractado de: Flórez Ochoa, Rafael: <i>Evaluación Pedagógica y Coeducación</i> , McGraw-Hill Interamericana S.A., Bogotá, 1999.					
Modelos→ Parámetros↓	TRADICIONAL	TRANSMISIONISTA Conductista	ROMÁNTICO	COGNITIVO	SOCIAL
METAS	- Humanista - Metafísica - Religiosa	Modelamiento de conducta técnico productiva. - Relativismo ético	Máxima autenticidad y libertad individual	- Acceso a niveles intelectuales superiores	Desarrollo individual y colectivo pleno.
CONCEPTOS DESARROLLO	Desarrollo de las facultades humanas y del carácter a través de la disciplina y la imitación del buen ejemplo.	Acumulación y asociación de aprendizajes	Desarrollo natural, espontáneo, libre	- Progresivo y secuencial - Estructuras jerárquicamente diferenciadas Cambios conceptuales	- Progresivo y secuencial - El desarrollo impulsa el aprendizaje de las ciencias.
CONTENIDO CURRICULAR	- Disciplinas y autores clásicos.	- Conocimiento técnico-inductivo - Destrezas y competencias observables	Lo que el alumno solicite - Experiencias libres	Experiencias de acceso a estructuras superiores Aprendizajes significativos de la ciencia	- Científico-técnico - Polifacético - Politécnico
RELACIÓN MAESTRO-ALUMNO	Autoritaria Maestro ↓ Alumno	- Intermediario - Ejecutor de la programación Programación ↓ } Maestro Alumno	Maestro auxiliar Maestro ↓ Alumno	- Facilitador, estimulador del desarrollo Maestro ↕ Alumno	Horizontal Maestro ↔ Alumno
METODOLOGÍA	- Verbalista - Transmisionista - Memorista - Repetitiva	- Fijación a través del refuerzo - Control de aprendizaje a través de objetivos conductuales	- Sin interferencia - Libre expresión	- Creación de ambientes y experiencias de desarrollo	- Variado según el nivel de desarrollo y contenido. - Énfasis en el trabajo productivo. - Confrontación social.
PROCESO EVALUATIVO	- Memorístico - Repetitivo - Evaluación producto - Evaluación = calificación	- Conductas esperadas - Evaluación según criterio - Evaluación sumativa	- Sin evaluación - Sin comparación - Sin calificación	Evaluación cualitativa De referente personal - Evaluar ≠ calificar - Evaluación con criterio	Evaluación grupal o en relación con parámetros. Teoría y praxis. Confrontación grupal.

Figura 1: *Características y diferencias de los modelos pedagógicos*

Arebalo, Alfredo; (2010); Tomado de; <https://cutt.ly/le84i66>

Basándose en lo anterior es importante mencionar la clasificación de los modelos pedagógicos a partir de las características de cada uno de ellos, actualmente existen diversas clasificaciones, “según Julián de Zubiría Samper, quien clasifica los modelos en 4 grupos, los cuales son, modelo pedagógico heteroestructurante, modelo pedagógico autoestructurante de la escuela activa, Modelo pedagógico autoestructurante y los enfoques constructivistas y el Modelo pedagógico dialogante”. (Perez, 2009; p-, 1).



Figura 2: *Hacia una pedagogía dialogante*, Arebalo, Alfredo; (2010); Tomado de; <https://cutt.ly/ge84pC7>

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, definición de modelo, tipos y clasificación de los modelos pedagógicos, no se puede dejar aun lado los pasos complementarios del proceso de enseñanza y aprendizaje, tales como la psicología según Piaget.

El organismo cognitivo que Piaget postula selecciona e interpreta activamente la información procedente del medio para construir su propio conocimiento en vez de copiar pasivamente la información tal y como se presenta ante sus sentidos. “Todo conocimiento es, por tanto, una construcción activa de estructuras y operaciones mentales internas por parte del sujeto” (Ortiz, 2003). El aprendizaje significativo es el que constituye el conocimiento como el complemento de los saberes ya adquiridos y de los nuevos para hacer una reestructuración del conocimiento y generar nuevos.

Según lo anterior para realizar el análisis se debe tener en cuenta la forma en la que aprende el cerebro el cual requiere de una sinapsis de factores interno y externos que permiten el aprendizaje, Para Sousa,(2011):

El aprendizaje se considera como un aspecto de la plasticidad neuronal, puesto que es la modificación de la conducta de la persona, a partir de experiencias previas; ello indica que el cerebro aprende y debido a su plasticidad se modifica produciéndose cambios sinápticos de orden anatómico y funcional. Lo que deja entrever que, mientras más conocimientos son acumulados, mayor es la inteligencia; el proceso de aprender está supeditado a las conexiones sinápticas”.

A su vez, la programación genética no basta para que se produzca el desarrollo normal del cerebro, pues también se requiere la estimulación ambiental. Es un hecho científico que las áreas sensoriales del cerebro sólo pueden desarrollarse cuando el entorno contiene diversos estímulos sensoriales: imágenes, texturas y sonidos; asimismo, para el desarrollo normal del cerebro son necesarias tanto la cultura como la naturaleza. Es importante señalar que el cerebro adulto es flexible, puede hacer que crezcan células nuevas y establecer nuevas conexiones, al menos en algunas regiones como el hipocampo. Aunque con el tiempo la información nueva se guarda cada vez con menos eficiencia, no existe límite de edad para el aprendizaje. Es así que “ciertos estudios sobre plasticidad sugieren que el cerebro está bien armado para aprender durante toda la vida y adaptarse al medio, y que la rehabilitación educacional en edad adulta es posible” (Blakemore, y Frith, 2008,p.25-29). Sousa, (2011) resalta la importancia del cerebro como cualquiera de nuestros órganos del cuerpo, se desarrolla y madura mientras

crecemos; experimenta un desarrollo rápido poco después del nacimiento y a lo largo de la infancia temprana y tiene períodos sensibles para el aprendizaje. En la adultez conserva su flexibilidad y plasticidad que permite el crecimiento de nuevas células y, por ende, el establecer nuevas conexiones, así como la capacidad de adaptación a diversas situaciones. En este sentido Hermann, Gardié, Jiménez Vélez, Salas Silva, Mac Clean, Sperry, Gardner, Jensen, Blakemore(2001), señalan que “se requiere que los docentes durante el proceso de acompañamiento para el desarrollo del aprendizaje transformen e innoven sus estrategias metodológicas con el objeto de potenciar los cuatro cuadrantes cerebrales como aconsejan, entre otros especialistas en el tema”.

La educabilidad lleva implícito el reconocimiento del otro y es de allí donde se desprende la concepción de educar, se traduce en un acompañamiento del educando, para que ingrese desde sí y por sí mismo, en el orden que se le ofrece como posibilidad de realización de su proyecto ético de vida. De manera consecuente, es darle la oportunidad para que construya dicho proyecto, intencionalidad para la cual los saberes científicos de la institución educativa han de ser formulados en su enseñabilidad requerida, en el orden de sus interdisciplinariedades, codisciplinariedades y transdisciplinariedades.

Teniendo en cuenta que el objeto de la investigación es el diseño de una guía pedagógica para paciente crónico es importante realizar una descripción de las patologías a tratar.

Para la OMS las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad.

Igualmente, la OMS describe la diabetes como una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre). la cual se clasifica en 3: La diabetes de tipo 1 (anteriormente denominada diabetes insulino dependiente o juvenil) se caracteriza por la ausencia de síntesis de insulina. La diabetes de tipo 2 (llamada anteriormente diabetes no insulino dependiente o del adulto) tiene su origen en la incapacidad del cuerpo para utilizar eficazmente la insulina, lo que a menudo es consecuencia del exceso de peso o la inactividad física, y la diabetes gestacional corresponde a una hiperglicemia que se detecta por primera vez durante el embarazo.

En cuanto a la hipertensión, la OMS la describe como un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos, que llevan la sangre a todas las partes del cuerpo. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón.

Cuanto más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear.

La mayoría de las personas con hipertensión no muestra ningún síntoma. En ocasiones, la hipertensión causa síntomas como dolor de cabeza, dificultad respiratoria, vértigos, dolor torácico, palpitaciones del corazón y hemorragias nasales, pero no siempre. Si no se controla, la hipertensión puede provocar un infarto de miocardio, un ensanchamiento del corazón y, a la larga, una insuficiencia cardíaca.

Estas enfermedades son consideradas como crónicas debido a que las personas que las padecen, no las pueden eliminar de su sistema, en su lugar deben adaptarse y aprender a mantenerlas bajo control y para ello lo más apropiado es que adquieran el conocimiento adecuado para que logren adquirir hábitos saludables que mejoren su calidad de vida.

2.2 Marco Normativo

La educación es un tema tan amplio que desde el inicio de la humanidad iniciaron creando normas, leyes decretos resoluciones etc, que definen, reglamentan, guían, organizan, estructuran entre otros este proceso, por ello para realizar la realización de esta investigación se van a tener en cuenta los artículos que la orienten hacia el objetivo:

En la constitución política colombiana en el artículo 67 se describe la educación como un derecho de las personas de ser formadas para el mantenimiento y

mejoramiento de los diferentes ámbitos entre los que se encuentra la salud como un derecho, responsabilizando no solo al estado sino a la sociedad y la familia, si se logra una adecuada educación donde las personas con enfermedades crónicas puedan mantener su salud entre parámetros normales no solo bajará la carga económica para el estado, sino mejorará la calidad de vida de la familia y por ende la sociedad.

En el Artículo 69 de la Constitución Política Colombiana se fortalece la investigación en universidades públicas y privadas ofreciendo condiciones para su desarrollo, lo cual llevará al encontrar los diferentes factores por los cuales la población no tiene una adherencia médica en su tratamiento lo que los lleva a afectar su calidad de vida.

La educación tiene la responsabilidad de desarrollar en la población diferentes habilidades y conocimientos, con el fin de mejorar la calidad de vida, en la Ley 115 de febrero 8 de 1994 se reglamenta, por ello es importante tenerla en cuenta, ya que integra el currículo, por medio del cual se describe, los criterios, planes de estudio, programas, metodologías, y procesos que contribuyen a la formación integral y a la construcción de la identidad cultural nacional, regional y local, incluyendo también los recursos humanos, académicos y físicos para poner en práctica las políticas y llevar a cabo el proyecto educativo institucional.

Actualmente está en vigencia la resolución 3280 del 2018 la cual deroga a las resolución 412/2000 y se crean las rutas integrales de atención en salud, cuyo objetivo fundamental cubrir a toda la población para la promoción, mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación,

paliación y en general que se desarrollen acciones en salud, para ello se apoya en el principio de educar a la población para que se adhiera a adecuados estilos de vida saludable que mejore la calidad de vida de la población por curso de vida, hace énfasis en la educación no solo del individuo sino de la familia y la comunidad para generar adherencia en hábitos saludables.

2.3 Estado de la Cuestión

Teniendo en cuenta la revisión y definición de la población crónica es importante mencionar el déficit en la adecuada educación y proceso de transmisión y trasposición de conocimiento, teniendo en cuenta las características de la población y las características propias de la enfermedad o patología, para así lograr tener un impacto en la salud de los pacientes teniendo significancia el paso por la entidad médica y mejoría en los resultados en salud.

Por lo anterior es importante que los profesionales de la salud tengan plena conciencia de los niveles de prevención antes de la aparición de la enfermedad. En varias ocasiones se obvia la educación adecuada y de impacto dirigida a la población con un diagnóstico de enfermedad crónica, Según Tereza (2016)

“A diferencia de la educación para la salud, que tiene como finalidad promover la salud y prevenir la aparición de enfermedades, la educación del paciente es una prevención secundaria o más bien terciaria, dirigida exclusivamente a los individuos afectados por una enfermedad crónica. Su finalidad, es capacitar al paciente en la vigilancia del tratamiento, y la prevención

de las complicaciones derivadas de su propia enfermedad. En definitiva, se trata de que el paciente sea capaz de gestionar su propia enfermedad.”

Para realizar el análisis del estado de la cuestión se realizó búsqueda en bases de datos de universidades como los son la pontificia universidad javeriana, reservorio de literatura de la universidad el bosque y la universidad católica, se realizó en estas tres universidades ya que tiene diversas carreras tanto de ciencias de la salud como de administración en salud, la búsqueda inicial se hizo en material educativo en salud o documentación del mismo de manera general, posteriormente se realizó la búsqueda de manera particular para enfermedades crónicas no transmisibles, encontrando la siguiente información al respecto.

Se evidencio en bases de datos electrónicas algunos estudios mencionados en proyectos investigación para validación de cartillas o material educativo en salud tales como; Peru; Huanca; Lopez B; Lopez N;(2016); “Validación de cartillas educativas en Salud Renal para pacientes con Enfermedad Renal Crónica 3b y 4 del Hospital Nacional IV Alberto Sabogal Sologuren EsSalud, este es un estudio de validación por expertos método Delphi y una posterior validación e implementación con un grupo de pacientes con diagnostico de enfermedad renal crónica”. Otra investigación internacional realizada como proyecto de grado es de Costa – De Oliveira, Brasil. Construcción y validación de cartilla educativa para alimentación saludable durante el embarazo, esta investigación se realizó por medio de la validación del material por 22 jueces y se implementó con 20 gestantes seleccionadas por conveniencia, todo esto por medio de evaluación de concordancia de los expertos. Al revisar literatura sobre cartillas validadas por

expertos para educación en salud en pacientes con diagnóstico de enfermedades crónicas, no se encuentra cartillas validadas, en la actualidad diferentes entidades trabajan con creaciones de piezas comunicativas o creadas por profesionales que dictan talleres, pero ninguna ha sido avalada ni validada para medir coherencia ni concordancia.

En Colombia no hay bibliografía ni evidencia de cartillas avaladas y estudiadas por lo cual le brinda importancia y justificación a esta investigación ya que no es una cartilla solamente estructurada como guía para profesionales, sino que está sustentada bajo bibliografía de los procesos cognitivos de la población susceptible u objeto, para sustentar de esta manera la metodología, tiempos de duración de las actividades y objetivos a cumplir. Sin embargo, hay estudios referentes a educación a nivel hospitalario, como el de Duarte; Mantilla; Martínez (2015) Mencionan en su proyecto de investigación el cual es un estudio descriptivo transversal validación de contenido y aparente de material educativo: plan de egreso para personas en situación de cronicidad en un hospital de segundo nivel. Santander, el cual es un estudio de tipo descriptivo transversal el cual es validado por expertos e implementado en pacientes quienes tuvieron estancia hospitalaria y a los cuales se les implementaron las recomendaciones y plan de manejo pos-egreso.

2.4 Antecedentes de Investigación

Para esta sección se realizó una búsqueda en la base de datos ProQuest Central, teniendo como criterios de búsqueda los términos, educación AND adulto,

enseñanza AND adulto, metacognición AND adulto y aprendizaje AND adulto, para esto se encontraron varios artículos relacionados pero se seleccionaron 6 los cuales en su contenido tienen mayor relación con la investigación, estos serán expuestos a continuación.

Pino (2008), quien realizó: “Educación para la salud con personas mayores: descripción de una experiencia” con el cual buscaba mostrar como un programa de educación llevado a cabo en cuatro centros de Atención Primaria destinado a personas mayores de 65 años de la provincia de Pontevedra (Galicia-España), buscaba educar en sintomatología y tratamiento de las enfermedades más comunes de la vejez, la adquisición de hábitos saludables y de esta manera optimizar los recursos sanitarios.

Para la evaluación de esta experiencia se utilizaron: escalas, cuestionarios, entrevistas, observación, discusiones en grupo y registro de datos y se tuvo en cuenta la cobertura del programa, su desarrollo y el índice de impacto de este. Se obtuvo como resultado el mejoramiento de la comunicación médico – paciente y se logró mayor comprensión por parte de los usuarios hacia la información brindada en consulta, (Pino 2018).

Esta experiencia se relaciona con la investigación porque esta refleja el impacto de la educación en salud, en especial en población adulta, y se muestra como el paciente se empodera más de su estado actual de salud y muestra mayor comprensión de su enfermedad y todo lo que ella conlleva.

Un segundo trabajo de Celia, Hidalgo & Jiménez (2018), analiza las

“características personales de los adultos y el proceso de aprendizaje basados en el modelo de Kolb (1984). Esta investigación desarrollada con 75 adultos de Perú con una media de 36,94 años”

Para el desarrollo de esta investigación, se aplicó el Inventario de Situaciones Estresantes y de Riesgo ISER, en el cual se realiza un cuestionario de 12 ítems con 4 posibles respuestas que debe organizar de la que más describe el proceso de aprendizaje hasta la que menos; además de una entrevista en la que se plantea un escenario cotidiano relacionado a la crianza y se plantean 3 preguntas: ¿Cómo podría resolver la situación tu amiga/o? Y si lo intenta y no le sale, ¿cómo puede aprender? ¿Qué has hecho tú para aprender a actuar en este tipo de situaciones? Como resultado se concluyó que existe una importante variable en las formas de aprender de los adultos, y mostraron que algunas características personales como las condiciones socio laborales y la trayectoria personal de riesgo guardaban relación con las diferencias observadas. (Celia, Hidalgo & Jiménez 2018).

Este estudio se relaciona con la investigación ya que con base en estos resultados se observa cómo hay factores que caracterizan el proceso de aprendizaje de cada uno de los adultos mayores y si se tiene en cuenta esto en el proceso de enseñabilidad se lograrán mejores resultados.

En un tercer trabajo de Soto, Malasan & Barrios (2018) La Educación En Salud, Un Elemento Central Del Cuidado De Enfermería, por el que se buscó reconocer la educación en salud como parte del rol de enfermería. Esta revisión se

realizó mediante la elección de 23 artículos entre los años 2012 – 2018 de la base de datos Medline en 3 idiomas español, portugués e inglés.

Mediante esta revisión se evidenció que, desde la formación en Enfermería, la educación para la salud es desarrollada en un nivel menos importante, “lo que se convierte en una amenaza ya que se podría perder una herramienta básica para el cuidado, sobre todo, a nivel primario de atención en salud, donde la educación para la salud es fundamental para el cambio de conductas en salud”. (Soto, Malasan & Barrios 2018).

Así esta investigación muestra el gran impacto que tiene la educación en salud y el papel tan importante que juega como herramienta básica para el cuidado, lo que implica la necesidad de contar con un proceso educativo estructurado para los pacientes con el fin mejorar los estilos de vida y la apropiación de la enfermedad.

Un cuarto trabajo elaborado por Tamayo (2005) Metacognición en adultos mayores: Implicaciones para su aplicación. Se trata de una revisión de la literatura en la que se centra en el estudio de la creencia de la memoria y el envejecimiento, además del monitoreo Metacognitivo. Se concluyó que es necesario dirigir la intervención de memoria en adultos mayores hacia un entrenamiento explícito en el uso del monitoreo Meta cognitivo para lograr la auto-regulación, así como de la auto-evaluación en los ensayos y en el desempeño en tareas de memoria; además, resalta la necesidad de tener en cuenta los ritmos de trabajo y desempeño de los individuos, en las tareas de estudio y memoria, dado que esto

les permitiría beneficiarse de la auto-evaluación y la destinación de esfuerzo y tiempo de estudio adicional (Dunlosky y Hertzog, 1998, citados por Hertzog, 2002).

Por medio de esta revisión literaria se evidencia como es el proceso de aprendizaje de los adultos mayores y las intervenciones para la memoria que ellos necesitan, lo que sirve de guía para orientar los temas y formas de educación en los talleres de salud dirigidos a pacientes con diagnóstico de diabetes y/o hipertensión.

Así mismo en una investigación realizada por Campos & Ameijide (2015) “Mnemotecnia y meta memoria en personas mayores”, se busca averiguar la influencia de la mnemotecnia de las palabras clave en el recuerdo y en los juicios meta mnemónicos: juicios de facilidad de aprendizaje, juicios de aprendizaje y juicios de confianza.

Esta investigación se realiza en dos grupos de mujeres de 88 años con edad media de 74,3 años y el segundo de 84 mujeres con edad media similar al primer grupo; en el se daba un listado de palabras y se evaluaron dos métodos de recuerdo: método de la palabra clave y método de repetición, en ambos se evidencio como el método de palabra clave dio resultados superiores que el método de repetición en el recuerdo. (Campos & Ameijide 2015).

Y por último en relación con la memoria en adultos, Perez, Peregrina & Fernando (1995) en su trabajo: “Memoria Cotidiana Y Meta memoria En Ancianos Institucionalizados” busco estudiar el rendimiento objetivo en tareas de memoria como la percepción que tenía cada uno de su memoria. Para esto se utilizo Como medida objetiva de memoria cotidiana se utilizó un listado de tareas seleccionadas

de la literatura sobre este tema. Como medida tradicional de memoria se empleó el Rey Auditive-Verbal Learning Test (RAVLT) de Rey (1964). Finalmente, la meta memoria se evaluó mediante el Metamemory in Adulthood (MIA) de Dixon, Hultsch y Hertzog (1988).

Se logró ver como el proceso de aprendizaje de los adultos es más lento que un joven, en ellos, los adultos, se necesitaron más ensayos que en los jóvenes para aprender la misma información. Además de mostrar que las tareas de memoria la ejecución de los ancianos comparada con la de los jóvenes se ajusta al estereotipo cultural y que los jóvenes y ancianos se pueden distinguir en función de sus respuestas en el cuestionario de meta memoria.

Dando así más información sobre cómo debe ser el proceso de enseñanza que va dirigido a población adulta en todos los campos, incluyendo la salud, con el fin de aumentar la cantidad de información memorizada.

Capítulo III Metodología del proyecto

3.1 Metodología

El paradigma epistemológico de esta investigación de constructivista, ya que, por medio de la elaboración de las cartillas, se dan las herramientas necesarias a los profesionales encargados de capacitar a los adulto mayores. Esta herramienta didáctica está diseñada para guiar el proceso de transmisión del conocimiento a pacientes con diagnóstico de enfermedades crónicas, sin limitar los procesos de

enseñanza y aprendizaje, permitiendo transformar o modificar el conocimiento de acuerdo a las diferentes dimensiones del ser, considerando holísticamente al estudiante y el docente.

Dado que el paradigma que propone el constructivismo, según Rodríguez Arocho, W. (1999) El legado de Vygostki y Piaget a la Educación. En la revista latinoamericana de psicología, es dinámico y se percibe la enseñanza desde un enfoque participativo y bidireccional, la herramienta didáctica tiene espacios, que permiten el desarrollo de este tipo de aprendizaje, permitiendo así, tener un mejor proceso de enseñanza en el estudiante.

El enfoque es mixto ya que se realizará una recolección de información por medio de 3 encuestas una con resultados cualitativos y dos con resultado cuantitativo, la cual será expuesta a un grupo de personas, expertas en el tema, que con sus conocimientos, aporten a la construcción final de una ayuda didáctica dirigida a los profesionales en salud que logre resultados en pacientes con enfermedades crónicas. Basados en estos conceptos se analizará y se llegara a un producto final aprobado de común acuerdo con las experiencias de expertos.

Esta investigación corresponde a un diseño de Investigación acción ya que por medio de esta se busca mejorar el proceso de educación que se brinda a los pacientes crónicos, ya que se refleja como un problema debido a que no cuenta con una estructura estandarizada que guíe el proceso; en búsqueda de una solución a este problema y la mejora de una práctica concreta que en este caso es el proceso de educación al paciente.

La problemática nace de los resultados en salud de las interacciones y las prácticas pedagógicas, no se fundamenta entre pacientes y el personal de salud; de esta manera se ven involucrados los dos roles, tanto pacientes como profesionales, siendo así las investigadoras observadoras del fenómeno y de esto nace la necesidad de intervenir en el proceso de educación a pacientes a través de la guía didáctica fundamentada.

En este momento de esta investigación - acción, se encuentra en una primera parte, ya que iniciamos con la elaboración y validación de la guía para posteriormente implementar la cartilla a nivel institucional para así lograr medir los resultados en salud de los pacientes lo que a su vez arrojaría la efectividad de la misma.

Este diseño investigativo “busca resolver problemas cotidianos e inmediatos. Bailey nos habla de los pasos que contempla este diseño: Detección del problema, Investigación preliminar, Reflexión y desarrollo de la hipótesis, Plan de intervención y acción, Monitoreo y recolección de información, Observación de resultados y regreso a la reflexión y continuación del ciclo; (Alvares 2003) con esto se desarrollaran las primeras 4 fases”.

McKernan (1999) define tres pilares de participación en la investigación: “primera experimentar el problema, segundo la influencia del entorno en la conducta y por último las metodologías cualitativas en uso para la investigación”.

Teniendo en cuenta que se desarrollara un estudio con paradigma constructivista y un enfoque mixto, el tipo de estudio a realizar, es descriptivo, dado que este según Veiga de Cabo.J; De la Fuente.E; Zimmermann Verdejo.M;

2008 en su artículo Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño lo define como el paradigma que estudia en condiciones naturales y no requieren hipótesis causales, lo que se busca es describir detalladamente el fenómeno, acción u objetivo, adicional pueden ser verificadas en una fase o etapa posterior, por lo cual para ésta investigación por medio de la herramienta didáctica se guiará al profesional en las actividades a desarrollar para generar impacto en el proceso de enseñanza- aprendizaje, esto basado en las estrategias didácticas de cada perfil profesional y la población susceptible a impactar, este estudio se someterá a validación de profesionales para luego en una segunda fase implementarla para así determinar por medio de análisis el impacto

Teniendo en cuenta el gran impacto que tiene la educación en salud en la prevención de enfermedades crónicas y en nuestro caso la disminución de complicaciones en los pacientes que las presentan, elaboramos una cartilla dirigida a los profesionales de la salud que intervienen en la educación de pacientes con diagnósticos de hipertensión y diabetes, con el fin de guiar el proceso pedagógico que estos realizan.

Con el fin de avalar el contenido, diseño, tiempos de ejecución planteado, pertinencia y finalidad de la cartilla se realizó la búsqueda de un método que nos permitiera a validar estas características con el fin de lograr una herramienta de calidad y que se pueda emplear de forma clara y dinámica en diversos escenarios de educación en salud, así después de una revisión bibliográfica de métodos de

evaluación se eligió el método Delphi es el que más se adecua para esta investigación.

El método Delphi “es una técnica de recogida de información que permite obtener la opinión de un grupo de expertos a través de la consulta retirada” (Reguant & Torrado,2016,p.1). así mismo Valera (2012) en la Guía Ejecutiva para el diseño y la aplicación del método Delphi en la prospectiva Laboral Cualitativa (2013) se define el objetivo de esta metodología la cual es “lograr la identificación y la convergencia de factores de cambio claves para la construcción cualitativa de escenarios probables, posibles y deseables, además de analizar y reflexionar sobre un problema definido” (p.4).

Este método tiene 4 características principales las cuales son descritas por Valera,M, (2012):

1. Proceso iterativo: los expertos de su opinión o respuestas de los cuestionarios planteados los cuales se deben caracterizar por ser estructurado y formal en diversas ocasiones, durante este proceso se reflexiona sobre la información emitida.
2. Anonimato: no se conoce quién es el autor de qué respuesta, lo que disminuye el sesgo en cuanto a las atribuciones que pueda ejercer algún experto sobre otro.
3. Realimentación o feedback controlado: el grupo investigador al finalizar cada ronda realiza el análisis de los datos obtenidos arrojando una retroalimentación “destacando aportaciones significativas, acuerdos

explícitos entre las opiniones, posturas divergentes y cualquier otra información de interés” (Reguant, 2016, p. 5)

4. Respuesta estadística del grupo: al terminar cada ronda se analiza la información y se establecen frecuencias y medidas de tendencias, esta información se presenta de forma estadística.

Durante el la aplicación del método Delphi se desarrollaron 4 etapas:

3.1.1 Planificación

Se realizó una revisión literaria por medio de palabra claves y uso de buscadores nacionales e internacionales, en la que se extrajo el contenido de las cartillas, tales como LILACS, SCIELO, PUBMED, MEDLINE, NIOSH, y a su vez se revisaron otras cartillas educativas relacionadas con el tema.

Posterior a la elaboración de la cartilla diseñadas por las enfermeras Claudia Suarez, Sandra Herrera y Winy Rodríguez se realiza una revisión propia y de parte del tutor Carlos a esta. Así mismo por medio del análisis de la información obtenida de los expertos se modificaron características, contenidos y diálogo sugeridos en cada una de las 3 etapas de evaluación.

Se estructuraron 3 cuestionarios los cuales fueron revisados por cada una de las autoras y el tutor, esto con el fin de verificar que las preguntas incluidas en cada uno de estos respondieron a los criterios para rediseñar y evaluar la guía pedagógica elaborada.

Se estructuraron 3 cuestionarios los cuales fueron revisados por cada una de las autoras y el tutor por medio de un formato de validación, esto con el fin de verificar que las preguntas incluidas en cada uno de estos fueran claras,

entendibles, relevantes y que respondieran a los criterios para rediseñar y evaluar la guía pedagógica elaborada.

Cuestionario 1

Se entregó al grupo de expertos un cuestionario que consta de 9 preguntas abiertas relacionadas con el contenido y diseño de la guía pedagógica con el fin de conocer sus sugerencias y puntos de vista, para así realizar las correcciones en relación a estas. Las preguntas contenidas en este primer cuestionario son:

1. ¿Cuál es su opinión general acerca de la cartilla?
2. ¿Cree que servirá para guiar la metodología que debe usar el personal interdisciplinario en cada actividad planteada?
3. ¿Qué opinión tiene de las recomendaciones que se plantean en la cartilla?
4. ¿Considera adecuado el contenido de la cartilla?
5. ¿Encuentra claro, preciso y adecuado la generalidad pedagógica y los fundamentos médicos para la población a quien va dirigida?
6. ¿Cree que el diseño, incluyendo el texto, los dibujos e ilustraciones cumple con los criterios para el grupo de población a quien va dirigida?
7. ¿Qué temas le adicionaría a la cartilla?
8. ¿Qué puntos o temas cree que se deberían omitir de la cartilla?

Sugerencias y Comentarios.

Cuestionario 2

Realizadas las correcciones sugeridas en el cuestionario 1 se entregó nuevamente al grupo de expertos la guía pedagógica junto con un segundo

cuestionario. Este consta de 10 preguntas de selección múltiple con 5 variables donde 1 es deficiente y 5 es excelente, con opción de incluir observaciones, las cuales se relacionan con el diseño, contenido, metodologías propuestas, tiempos, perfiles profesionales y actividades para cada sesión. Las preguntas realizadas en este segundo cuestionario fueron:

1. ¿La metodología planteada en las cartillas es acorde a la temática de la cada sesión?
2. ¿El tiempo estipulado para cada actividad y sesión es adecuado?
3. ¿Cree que el perfil profesional asignado a cada sesión es acorde con el contenido?
4. ¿Cree usted que las recomendaciones dadas a cada sesión son aplicables?
5. ¿El diseño gráfico de la cartilla es acorde con la temática propuesta?
6. ¿Los fundamentos médicos de la cartilla es acorde con la temática propuesta?
7. ¿Los dibujos, textos e ilustraciones son afín con el contenido?
8. ¿La temática propuesta es acorde a la población que está dirigida?
9. ¿Cree usted que con la implementación de esta cartilla se transmiten y comprenden mejor los conceptos?
10. ¿El cierre conceptual y la retroalimentación individual realizada por el profesional asignado a cada sesión es adecuada?

Cuestionario 3

Tras una segunda revisión se entregó un tercer y último cuestionario en el cual 5 preguntas de selección múltiple en donde se pidió valorar cada categoría según su percepción, donde 1 es deficiente y 5 es excelente, se evaluaron el diseño y contenido de la guía pedagógica, además del tiempo de ejecución, pertinencia y finalidad propuestas para el desarrollo de cada sesión, así mismo contaba con un espacio destinado a observaciones.

3.1.2 Aplicación de cuestionarios a los expertos:

Se seleccionaron 6 expertos incluyendo profesionales la salud como profesionales en educación. Para la selección de estos se fijaron como criterio:

- El profesional debe intervenir en la educación de pacientes crónicos.
- El profesional debe contar con conocimientos mínimos relacionados a enfermedades crónicas.
- El profesional debe tener o haber tenido contacto con pacientes crónicos.
- El profesional debe tener nociones básicas de las temáticas educativas que requiere el paciente crónico.

Así se esta manera se realizaron 10 invitaciones a 10 profesionales que cumplen con los criterios de inclusión, a lo cual 6 de ellos aceptaron la participación en la investigación. Los perfiles de estos son:

1. Un médico Familiar, acompañante de practicas de estudiantes de Medicina Familiar. Medico que interviene en la educación de pacientes crónicos y

realiza acompañamiento en consultas a paciente crónico en la IPS donde labora.

2. Dos nutricionistas, acompañante de prácticas de estudiantes de Medicina.
Nutricionista que interviene en la educación de pacientes crónicos y realiza consulta externa en la IPS donde labora.
3. Una enfermera jefe, acompañante de prácticas de estudiantes de Medicina.
Enfermera que interviene en la educación de pacientes crónicos y realiza consulta de paciente crónico en la IPS donde labora.
4. Dos Psicólogos organizacional que intervienen en la educación de pacientes crónicos en la IPS donde labora.

Junto con la invitación a participar en la investigación se envió vía correo electrónico el consentimiento informado y formato de firmas con el fin de autorizar la participación de los expertos y mantener la confidencialidad de los datos de cada uno.

En este grupo se desarrollaron 3 cuestionarios con el fin de identificar características claves de modificación en las guías elaboradas, para así por medio del análisis de la información concluir con el diseño de una cartilla guía avalada por expertos.

3.2 Análisis de Resultados

Al finalizar la evaluación de expertos con cada uno de los cuestionarios se realizó la tabulación de datos, se analizó la información y por medio de los datos obtenidos se modificaron varias características claves de las guías elaboradas, las cuales después de 3 revisiones tiene su resultado final.

3.3 Revisión Final

Se realizó un análisis de las respuestas dadas por los expertos acerca del diseño y presentación de la guía la cual posteriormente se ajustó.

Con el objetivo de aumentar la validez de nuestra investigación y más específicamente de nuestra validación aplicamos métodos para determinar la concordancia y consistencia, para ello se realizó una revisión bibliografía de estos encontrando 3 coeficientes: Bland – Altman, Coeficiente de correlación intraclase y Kappa de Cohen/Fleiss.

Bland Altman lo define Cardemil (2017), en su artículo Análisis de comparación y aplicaciones del método de Bland-Altman: ¿concordancia o correlación? como “la manera más apropiada para analizar la concordancia, la que posteriormente se denominaría “límites de concordancia”(p. 1).

Así mismo en el artículo Ayuda de Concordancia y Consistencia Epidat 4 (2014) refiere que este método de Bland y Altman es útil en los estudios de comparación de dos métodos o dos mediciones repetidas. Se trata de una representación gráfica por la que evalúa la concordancia de dos variables cuantitativas. En este método el gráfico cuenta con una línea media y dos líneas de concordancia a 1.96

desviaciones por arriba y por debajo de la primera, así se logra visualizar el grado de acuerdo entre dos métodos.

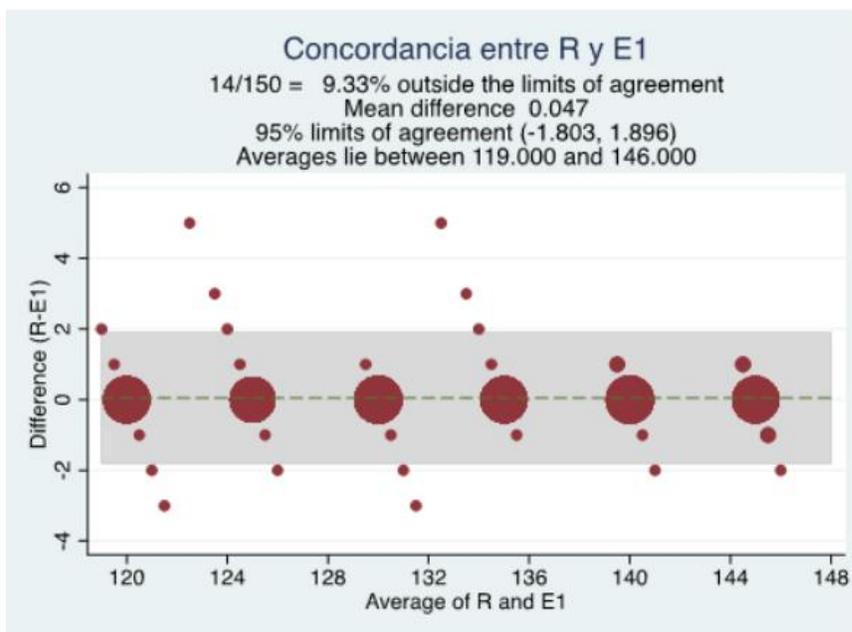


Figura 3: Concordancia entre R y E1 ; Altman (2016);tomada de Cardemil, F., en su artículo Análisis de comparación y aplicaciones del método de Bland-Altman: ¿concordancia o correlación?.

En esta investigación no se empleara el coeficiente de Bland – Altman, ya que este se utiliza para realizar medición de las diferencias entre un nuevo método en relación con uno ya existente, en este caso se realizara esta comparación sino como lo hemos mencionado la validación de una nueva herramienta didáctica, sin compararla con una ya existente ya que al realizar la revisión de datos no encontramos una igual.

El coeficiente de correlación intraclase o CCI es definido en el artículo Ayuda de Concordancia y Consistencia como el coeficiente que “estima el promedio de las correlaciones entre todas las posibles ordenaciones de los pares de observación disponible” (Epidat 4, 2014, p. 17). Se emplea en estudios cuantitativos con dos o más valores continuos valorados de forma repetida, obteniendo un valor de fiabilidad.

En el coeficiente de correlación intraclase los resultados obtenidos varían entre 0 y 1, siendo la concordancia máxima 1; para ello todos los valores debajo de 0.4 son resultados de baja fiabilidad, entre 0.4 y 0.75 son entre regular y buena y mayor a 0.75 excelente fiabilidad.

En nuestra investigación no se aplicará este Coeficiente de correlación intraclase ya que nuestros datos obtenidos no tienen una distribución normal lo que impide la aplicación de este coeficiente.

Para el análisis de datos empleamos el coeficiente o índice de kappa, definido por Cortes – Reyes É., y Rubio – Romero, J.(2010), en su artículo Métodos Estadísticos De Evaluación De La Concordancia Y La Reproducibilidad De Pruebas Diagnósticas como “un instrumento diseñado por Cohen que ajusta el efecto del azar en la proporción de la concordancia observada” (p. 249). Este coeficiente lo empleamos con el fin de lograr la estimación de concordancia entre los expertos.

Se aplicara el coeficiente de Kappa de Cohen haciendo la claridad que aunque contaremos con 6 evaluadores matemáticamente es viable, ya que se maneja un análisis bajo el concepto de uno contra todos (logrando así dos variables de evaluación) por la naturaleza misma de los datos o calificaciones otorgadas por los expertos al observar completa e invariable similitud entre los conceptos de los pares, es decir que por la baja varianza en este caso aplicaremos este coeficiente.

Cerda, J, & Villarroel,(2008) explican el proceso como se debe calcular este coeficiente:

Se construye en base a un cociente, el cual incluye en su numerador la diferencia entre la sumatoria de las concordancias observadas y la sumatoria de las concordancias atribuibles al azar, mientras que su denominador incluye la diferencia entre el total de observaciones y la sumatoria de las concordancias atribuibles al azar. (p. 56)

La interpretación del coeficiente se basa en el resultado de la ecuación, la cual por tratarse de una probabilidad su resultado varía entre 0 y 1, donde 0 se interpreta como causa del azar y lo más cercano a 1 un alto grado de concordancia. De esta manera Landis y Koch en 1977 establecen 6 categorías de clasificación para la valoración del coeficiente de Kappa, siendo estos:

Tabla 1

Clasificación coeficiente de Kappa

Coeficiente Kappa	Fuerza de concordancia
0,00	Pobre
0.01 – 0.20	Leve
0.21 – 0.40	Aceptable
0.41 – 0.60	Moderada
0.61 – 0.80	Considerable
0.81 – 1.0	Casi Perfecta

Tabla elaborada por nuestra autoría basada en los datos de Cerda, J., & Villarroel, L., en su artículo Evaluación de la concordancia inter-observador en investigación pediátrica: Coeficiente de Kappa.

Algunas de las limitaciones que se pueden presentar al uso del Coeficiente Kappa se pueden nombrar:

- Es una herramienta estadística descriptiva, pero no de predicción o inferencia.
- El uso de varias categorías aumenta la dificultad en la clasificación del observador dando como resultado Kappa valores más bajos.

Para la hallar este coeficiente se hizo uso del Software SPSS, Statistical Package for the Social Sciences, es definido por la universidad de Murcia de España en su guía SPSS 15.0 para Windows, como “un conjunto de herramientas

de tratamiento de datos para el análisis estadístico”; a diferencia de otros programas, como lo son Excel, el SPSS permite organizar y analizar datos en un mismo software, además de permitir tener una gran base de datos, la cual puede partir o ser alimentada por una banco de datos de Excel.

En el libro Procesamiento de datos y análisis estadístico utilizando SPSS de Castañeda, M., Cabrera, A., Navarra, Y., y Vries, W. del 2010 los usos potenciales del programa SPSS van desde análisis básicos hasta avanzados; así como la “comparación de dos o más grupos con respecto a diversas variables”. Esto anterior aplicable en nuestro caso en donde por medio de la realización de 3 cuestionarios, 2 de ellos con resultado cuantitativos, a los cuales aplicamos el coeficiente de Kappa, realizamos en análisis de las variables con fin de conocer la concordancia entre estas.

Este programa presenta varias ventajas y desventajas, entre las ventajas podemos nombrar:

- Apariencia de fácil uso y navegación.
- Aplicación rápida y con poco esfuerzo.
- Resultado de cálculos más exactos.
- Permite el trabajo con gran cantidad de datos.

Entre las desventajas se pueden encontrar:

- Si el usuario presenta pocos conocimientos estadísticos puede ser un software de difícil uso.

- Los resultados incluyen gran cantidad de datos lo que puede ocasionar confusión.

Con el fin de mejorar la experiencia en el uso del software SPSS contamos con el acompañamiento del tutor, lo cual permitió una elaboración de base de datos con la cual aplicando el programa obtuvimos el análisis de los datos y de esta manera las posteriores interpretaciones.

Capitulo IV Sistematización y análisis de los resultados

4.1 Análisis de Datos

Para el análisis de datos realizamos la tabulación de los 3 cuestionarios realizados a los 6 expertos en 3 tablas dinámicas de Excel.

Para el cuestionario 1 por tratarse de un cuestionario con preguntas abiertas y como resultado obteniendo datos cualitativos se realiza un análisis de los datos obtenidos por consenso de las investigadoras teniendo en cuenta las recomendaciones que coincidían entre expertos, obteniendo con resultados:

- ¿Cuál es su opinión general acerca de la cartilla?: la cartilla es completa, tienes las generalidades necesarias para la aplicación en el desarrollo de los talleres dirigidos a paciente crónico y se muestra de gran utilidad.
- ¿Cree que servirá para guiar la metodología que debe usar el personal interdisciplinario en cada actividad planteada?: La metodología es clara y se adaptan a la población a la cual va dirigida.
- ¿Qué opinión tiene de las recomendaciones que se plantean en la cartilla?: las recomendaciones son pertinentes y adecuadas para el grupo objeto.

- ¿Considera adecuado el contenido de la cartilla?: El contenido de la cartilla es adecuado.
- ¿Encuentra claro, preciso y adecuado la generalidad pedagógica y los fundamentos médicos para la población a quien va dirigida?: los conceptos son claros y precisos.
- ¿Cree que el diseño, incluyendo el texto, los dibujos e ilustraciones cumple con los criterios para el grupo de población a quien va dirigida?: el color de fondo no facilita la lectura y la tabla de contenido no tiene el nombre de cada sesión.
- ¿Qué temas le adicionaría a la cartilla?: los temas incluidos son correctos y se relacionan con la población. Se sugiere incluir información destinada al cuidador.
- ¿Qué puntos o temas cree que se deberían omitir de la cartilla?: todos los temas son útiles y no se ve la necesidad de omitir ninguno.
- Sugerencias y Comentarios: las sugerencias de cambio se relacionan con el diseño en cuanto a color de fondo y tabla de contenido. En lo referente a contenidos ya se encuentra descrito y no requiere cambios significativos.

Para los cuestionarios 2 y 3 se aplicó el coeficiente de Kappa por medio del software SPSS, en estos dos cuestionario se contó con la participación de 5 expertos, el 6 fue retirado de la investigación por incumplimiento en los tiempos.

Cuestionario 2, se realizó la tabulación de datos en Excel obteniendo por cada experto 10 variables en calificaciones entre 1 y 5, donde 1 es deficiente y 5 es

excelente. Para disminuir el número de categorías y obtener resultados Kappa más altos reclasificamos los puntajes obtenidos en dos grupos: 1 si el puntaje es menor a 2.5 y 2 si es puntaje es mayor a 2.5.

Tabla 2.

Tabulación respuestas de expertos software spss

Var 01	Var 02	Var 03	Var 04	Var 05	Var 06	Var 07	Var 08	Var 09	Var 10
5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
4,0	5,0	5,0	5,0	5,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
1,0	4,0	3,0	5,0	5,0	1,0	2,0	2,0	2,0	2,0
5,0	4,0	5,0	4,0	4,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
5,0	4,0	5,0	4,0	4,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
5,0	5,0	5,0	5,0	4,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
5,0	4,0	5,0	5,0	5,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
5,0	4,0	5,0	4,0	5,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
5,0	4,0	3,0	4,0	4,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0

Para realizar el análisis de estos datos en el software SPSS se realiza la comparación del experto número 1 en contra de los 4 expertos restante, se obtuvo la siguiente información:

Tabla 3

Resultado de procesamiento de casos.

	Valido		Casos Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Var 06 - 07	10	100,0%	0	0,0%	10	100,0%

Var 06 – 08	10	100,0%	0	0,0%	10	100,0%
Var 06 – 09	10	100,0%	0	0,0%	10	100,0%
Var 06 – 10	10	100,0%	0	0,0%	10	100,0%

En esta tabla resumen se observan el análisis de las variables 6 y 7, 6 y 8, 6 y 9 y 6 y 10, siendo la variable 6 el experto 1, la variable 7 el experto 2, la variable 8 el experto 3, la variable 9 el experto 4 y la variable 10 el experto 5, podemos decir que al realizar el análisis de uno contra todos, variable 6 contra las demás variables, se mantiene la generalidad del caso particular al caso general, siendo este de una alta concordancia entre los expertos.

Tabla 4.

Tabla cruzada entre variables 6 y 7 de instrumento 2

			Var 07 2,00	Total
Var 06	1,00	Recuento	1	1
		% del total	10,0%	10,0%
	2,00	Recuento	9	9
		% del total	90%	90%
Total		Recuento	10	10
		% del total	100,0%	100,0%

Haciendo la primera tabla cruzada entre la variable 6 (experto 1) y la variable 7 (experto 2) se ve una concordancia del 90 % de los items, ya que en 1 item no concuerda la calificación dada, este no concordante es la no claridad del perfil asignado a cada sesión.

Tabla 5.

Medidas Simétricas de variable 6 y 7 de instrumento 2

		Valor	Error Estandar Asintotico (b)	T aproximada (c)
Medidad de acuerdo	Kappa	,000 (a)		
N casos válidos		10		

- a. No se han calculado estadísticos porque Var07 es una constante.
- b. No se presume la hipótesis nula.
- c. Utilización del error estándar asintótico que presume la hipótesis nula.

Para este análisis el P valor es significativo, con un índice de concordancia alto, lo quiere decir que las medidas simétricas afirman el alto nivel de concordancia, bajo la prueba chi cuadrado.

Tabla 6.

Tabla cruzada variable 6 y 8 de instrumento 2.

			Var 08 2,00	Total
Var 06	1,00	Recuento	1	1
		% del total	10,0%	10,0%
	2,00	Recuento	9	9

		% del total	90%	90%
Total		Recuento	10	10
		% del total	100,0%	100,0%

La tabla cruzada entre la variable 6 (experto 1) y la variable 8 (experto 3) se ve una concordancia del 90 % de los items, mientras que con tal solo 1 item disconciuerdan, siendo este la no claridad del perfil asignado a cada sesión.

Tabla 7.

Modificación simétrica variable 6 y 8 de instrumento 2

		Valor	Error Estandar Asintotico (b)	T aproximada (c)
Medidad de acuerdo	Kappa	,000 (a)		
N casos válidados		10		

- a. No se han calculado estadisticos porque Var08 es una constante.
- b. No se presume la hipotesis nula.
- c. Utilización del error estándar asintótico que presume la hipotesis nula.

Se observa como el valor P valor tiene un indice de concordancia alto, bajo la prueba chi cuadrado, con un resultado de alta significancia ya que al encontrarse el indice de Kappa menor a 0,05 con lo cual observamos indice favorable para la investigacion, es decir es significativos y al mismo tiempo tiene una concordancia alta, ya que estamos sobre el 90 % de los items evaluados.

Tabla 8.

Tabla cruzada variable 6 y 9 de instrumento 2.

			Var 09 2,00	Total
Var 06	1,00	Recuento	1	1
		% del total	10,0%	10,0%
	2,00	Recuento	9	9
		% del total	90%	90%
Total		Recuento	10	10
		% del total	100,0%	100,0%

Esta tabla cruzada muestra la variable 6 (experto 1) y la variable 9 (experto 4) con una concordancia del 90 % de los ítems, mientras que con tal solo 1 ítem discrepan, siendo este la no claridad del perfil asignado a cada sesión.

Tabla 9.

Modificación simétrica variable 6 y 9 de instrumento 2.

		Valor	Error Estandar Asintótico (b)	T aproximada (c)
Medida de acuerdo	Kappa	,000 (a)		
N casos válidos		10		

- a. No se han calculado estadísticos porque Var09 es una constante.
- b. No se presume la hipótesis nula.
- c. Utilización del error estándar asintótico que presume la hipótesis nula.

La tabla simétrica nos muestra un índice de Kappa menor a 0.05 lo que nos demuestra nuevamente un alto nivel de concordancia, siendo significativo y favorable para la investigación.

Tabla 10

Tabla cruzada variable 6 y 10 de instrumento 2.

			Var 09 2,00	Total
Var 06	1,00	Recuento	1	1
		% del total	10,0%	10,0%
	2,00	Recuento	9	9
		% del total	90%	90%
Total		Recuento	10	10
		% del total	100,0%	100,0%

Por ultimo entre la variable 6 (experto 1) y la variable 10 (experto 5), la tabla cruzada nos muestra una discordancia del 10% siendo este la no claridad del perfil asignado a cada sesión y una concordancia del 90 % de los items.

Tabla 11

Modificación simétrica variable 6 y 10 de instrumento 2.

		Valor	Error Estandar Asintotico (b)	T aproximada (c)
Medidad de acuerdo	Kappa	,000 (a)		
N casos válidados		10		

- a. No se han calculado estadísticos porque Var09 es una constante.
- b. No se presume la hipótesis nula.
- c. Utilización del error estándar asintótico que presume la hipótesis nula.

Por ultimo la tabla simétrica de las variable 6 y 10 señala nuevamente un alto nivle de concordancia siendo significativo y favorable para la investigación, con un indice de Kappa menor a 0.05.

Cuestionario 3, se realizó la tabulación de datos en Excel obteniendo por cada experto 5 variables, donde tenían la opción de calificar entre 1 siendo deficiente y 5 siendo excelente, encontrando en este caso que los resultado se encontraban entre las variables 4 y 5.

Tabla 12

Tabulación respuestas de expertos software spss instrumento 3

Variable 1	Variable 2	Variable 3	Variable 4	Variable 5
5,00	5,00	4,00	5,00	4,00
5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
5,00	5,00	5,00	5,00	5,00

Para realizar el análisis de estos datos en el software SPSS se realiza la comparación del experto número 1 en contra de los 4 expertos restante, se obtuvo la siguiente información:

Tabla 13

Resultado de procesamiento de caso instrumento 3

		Valido		Casos Perdidos		Total	
		N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Variable 1	Variable 2	5	100%	0	0,00%	5	100%
Variable 1	Variable 3	5	100%	0	0,00%	5	100%
Variable 1	Variable 4	5	100%	0	0,00%	5	100%
Variable 1	Variable 5	5	100%	0	0,00%	5	100%

La tabla resumen nos muestra un alto nivel de concordancia, con resultado de alta significancia para la investigación ya que al tratarse del último cuestionario demuestran que los cambios realizados a la cartilla durante el proceso de evaluación cumplen con las expectativas de los expertos logrando una validación exitosa unánime de esta. Se demuestra el cumplimiento en los 5 ítems de evaluación: diseño, contenido, tiempo de ejecución, pertinencia, finalidad y retroalimentación.

Tabla 14

Tabla cruzada variable 1y 2 de instrumento 3

VAR00001 *	
VAR00002	
Tabla cruzada	
	Var00002

		5	Total
VAR00001	5	Recuento % del total	5 100% 100%
Total		Recuento % del total	5 100% 100%

La tabla cruzada entre la variable 1 (experto 1) y la variable 2 (experto 2) se ve una concordancia del 100 % de los items, siendo esto de alta significancia para la investigación ya que muestra que la cartilla cumple con todos los criterios de evaluación.

Tabla 15

Modificación simétrica variable 1 y 2

Medidas simétricas		Valor
Medida de acuerdo	Kappa	a
N casos validos		5

a No se han calculado estadísticos porque VAR0001 y VAR0002 son constantes

La tabla simétrica nos muestra un índice de Kappa menor a 0.05 lo que nos refleja un alto nivel de concordancia, siendo significativo y favorable para la investigación.

Tabla 16

Tabla cruzada variable 1 y 3 de instrumento 3

VAR00001 *
 VAR00003
 Tabla cruzada

			Var0003		
			4	5	Total
VAR00001		Recuento	1	4	5
	5	% del total	20%	80%	100%
	Total	Recuento	1	4	5
		% del total	20%	80%	100%

Tenemos de 5 ítems, en concordancia 4, lo que significa el 80%, con un índice de discordancia del 20%, manteniéndose en los niveles superiores de las categorías con los cual mantenemos una alta significancia con resultados positivos para la investigación.

Tabla 17

Modificación simétrica variable 1 y 3 de instrumento 3

Medidas
simétricas

		Valor	Error estándar asintótico b	T aproximada c	Significación aproximada
Medida de acuerdo	Kappa	,000a		,000a	1,000
N casos validos		5			

Ya. No se han calculado estadísticos porque VAR0001 es una constante

b. No se presupone la hipótesis nula

c. Utilización de error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula

El índice Kappa se mantiene por debajo de 0.05 con lo cual es un indicador favorable para la investigación; adicionalmente podemos observar como la significación aproximada del índice Kappa es 1,0 lo cual significa que la fuerza de concordancia es casi perfecta.

Tabla 18

Tabla cruzada variable 1 y 4 de instrumento 3

VAR00001 * VAR00004 Tabla cruzada		Var0004		
			5	Total
VAR00001	5	Recuento	5	5
		% del total	100%	100%
Total		Recuento	5	5
		% del total	100%	100%

Entre las variables 1 y 4 no se encuentran niveles de discordancia, lo que favorece la investigación ya que se apoyada a las demás tablas cruzadas se mantienen los altos niveles de concordancia.

Tabla 19

Modificación simétrica variable 1 y 4 de instrumento 3

Medidas simétricas		Valor
Medida de acuerdo	Kappa	a

N casos validos 5
 a No se han calculado estadísticos porque VAR0001 y VAR0004
 son constantes

El índice P tiene un alto valor ya que el índice Kappa continua siendo bajo 0.05 dando un alto nivel de concordancia y alta significancia para la investigación.

Tabla 20

Tabla cruzada variable 1 y 5 de instrumento 3

VAR00001 *
 VAR00005
 Tabla cruzada

		Var0005		
		4	5	Total
VAR00001	5	Recuento 1	4	5
		% del total	20% 80%	100%
Total		Recuento 1	4	5
		% del total	20% 80%	100%

Por ultimo las variables 1 y 5 tiene un bajo nivel de discordancia del 20%, lo que refleja un ítem el cual esta relacionado con el diseño de la cartilla, viendo en este caso como el experto 5 valora los cambio realizados a la cartilla pero sugiriendo una cartilla más estética.

Tabla 21

Modificación simétrica variable 1 y 5 de instrumento 3

Medidas
simétricas

		Valor	Error estándar asintótico b	T aproximada c	Significación aproximada
Medida de acuerdo	Kappa	,000a		,000a	1,000
N casos validos		5			

- a. No se han calculado estadísticos porque VAR0001 es una constante
- b. No se presupone la hipótesis nula
- c. Utilización de error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula
- c. Utilización de error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula

En este caso el índice Kappa muestra una fuerza de concordancia casi perfecta, logrando el resultado mayor posible con este índice, interpretándose como un alto grado de concordancia.

Con este análisis de información, podemos concluir que se mantiene la generalidad del caso particular para los casos generales con un alto nivel de concordancia de significancia importante y favorable para la investigación lo cual apoya la validación de la catilla elaborada y evaluada.

Esta conclusión se infiere del análisis cruzado con el coeficiente de cohen, al observar la alta concordancia o a lo que matemáticamente llamamos la superposición de los datos en el hiper plano de cohen que deduce la mínima distancia entre los conceptos de los expertos en el mismo plano, realizando el análisis de forma particular (uno contra todos) y obteniendo un similar

comportamiento del indicador se concluye generalizar a la alta concordancia entre expertos.

Capítulo V **Conclusiones**

5.1 Conclusiones

- Podemos ver a partir de los resultados del análisis de la tabulación que se cumple la hipótesis alterna al evidenciar que la elaboración y validación de una herramienta didáctica servirá como guía estructural pedagógica para los profesionales de la salud encargados en la educación de pacientes crónico de una IPS de primer nivel, ya que en los tres instrumentos presenta un alto nivel de concordancia y significancia según el coeficiente de kappa de Fleiss.
- Los resultados analizados dan respuesta la pregunta de investigación planteada ya que se obtuvo una concordancia y significancia entre la evaluación de los expertos, lo cual favorece el proceso pedagógico de educación al profesional de la salud en los talleres a pacientes crónicos.
- Teniendo en cuenta las preguntas directrices planteadas en el trabajo podemos inferir que en la actualidad no existen herramientas didácticas diseñadas con el fin de guiar el proceso pedagógico al realizar talleres educativos a pacientes crónicos, existen cartillas, pero ninguna tiene evidencia de haber sido validadas por expertos.
- Dentro de la validación de los expertos pudimos identificar un común denominador y una alta calificación en los tiempos de las actividades y la

coherencia entre las actividades, los temas tratados y la población objeto a intervenir, lo cual aporta significancia a la revisión literaria realizada para determinar los procesos cognitivos de la población con dichas características y diagnósticos, tales como los tiempos de concentración y la sinapsis neuronal.

- Se implementó el método Delphi lo cual permitió la validación del instrumento a intervención de un grupo de expertos y a partir de ello realizar dos modificaciones a la herramienta para que sea óptimo en su implementación y uso.
- Diseñar y validar por expertos una guía didáctica orientada pedagógicamente a los profesionales de salud en la realización de talleres a los pacientes crónicos de una IPS de primer nivel en cumplimiento con la legislación actual.

Anexo 1



Trabajo aplicado a Especialización en Docencia Universitaria

Validación de cuestionarios Método Delphi para la creación de una herramienta didáctica

El objetivo del presente documento es realizar una validación sobre los cuestionarios dirigidos al grupo de expertos que participaran en la aplicación del método Delphi con el fin de evaluar la herramienta didáctica catilla Guía Práctica para dictar Talleres al Adulto Mayor, el cual es producto del Trabajo de investigación de la especialización en Docencia Universitaria de la Universidad del Bosque.

A continuación, se presentan las preguntas definidas para cada cuestionario.

Usted como experto debe calificarlas según la escala Likert teniendo en cuenta la relevancia que cree tienen las preguntas.

Pregunta	Inaceptable 1	Deficiente 2	Regular 3	Buena 4	Excelente 5
¿Cuál es su opinión acerca de la cartilla?					
¿Cree que servirá para guiar la metodología que debe usar el personal interdisciplinario encargado?					
¿Qué opinión tiene de las recomendaciones					

que se plantean en la cartilla?					
¿Qué opina del contenido de la cartilla?					
¿Lo encuentra claro, preciso y adecuado para la población a quien va dirigida?					
¿Cuál es su opinión acerca del diseño de la cartilla?					
¿Cree que el diseño, incluyendo el texto, los dibujos e ilustraciones cumple con los criterios para el grupo de población a quien va dirigida?					
¿Qué temas le adicionaría a la cartilla?					
¿Qué puntos o temas cree que se deberían omitir de la cartilla?					
¿La metodología planteada en las cartillas es acorde a la temática de la cada sesión?					
¿El tiempo estipulado para cada sesión es adecuado?					
¿El tiempo estipulado para cada actividad es adecuado?					
¿Cree que el perfil profesional asignado a cada sesión es acorde con el contenido?					
¿Cree usted que las recomendaciones dadas a cada sesión son aplicables?					
¿El diseño de la cartilla es acorde con la temática propuesta?					

¿Los dibujos, textos e ilustraciones son afín con el contenido?					
¿La temática propuesta es acorde a la población que está dirigida?					
¿Cree usted que con la implementación de esta cartilla se fortalece el proceso de enseñanza que se realiza?					

A continuación, encontrara las preguntas presentadas previamente a las cuales solicitamos califique teniendo en cuenta si cumplen o no con los criterios definidos.

Pregunta	¿La redacción de la pregunta es correcta?		¿La pregunta induce a la respuesta?		La pregunta debe mantenerse (M), eliminarse (E) o modificarse (Mo)			¿La pregunta es clara?		¿La pregunta está relacionada con la herramienta didáctica?		
	SI	NO	SI	NO	M	E	Mo	Si	No	SI	No	
¿Cuál es su opinión acerca de la cartilla?												
¿Cree que servirá para guiar la metodología que debe usar el personal interdisciplinario encargado?												
¿Qué opinión tiene de las recomendaciones que se												

plantean en la cartilla?											
¿Qué opina del contenido de la cartilla?											
¿Lo encuentra claro, preciso y adecuado para la población a quien va dirigida?											
¿Cuál es su opinión acerca del diseño de la cartilla?											
¿Cree que el diseño, incluyendo el texto, los dibujos e ilustraciones cumple con los criterios para el grupo de población a quien va dirigida?											
¿Qué temas le añadiría a la cartilla?											
¿Qué puntos o temas cree que se deberían omitir de la cartilla?											
¿La metodología planteada en las cartillas es acorde a la temática de la cada sesión?											
¿El tiempo estipulado para cada sesión es adecuado?											

¿El tiempo estipulado para cada actividad es adecuado?											
¿Cree que el perfil profesional asignado a cada sesión es acorde con el contenido?											
¿Cree usted que las recomendaciones dadas a cada sesión son aplicables?											
¿El diseño de la cartilla es acorde con la temática propuesta?											
¿Los dibujos, textos e ilustraciones son afín con el contenido?											
¿La temática propuesta es acorde a la población que está dirigida?											
¿Cree usted que con la implementación de esta cartilla se fortalece el proceso de enseñanza que se realiza?											

Anexo 2



Universidad el Bosque

Consentimiento Informado

Título De La Investigación: **Diseño de guía didáctica dirigida a profesionales de la salud para la educación de paciente crónico**

Nombre Del Patrocinador: **Universidad El Bosque, Colombia.**

Nombre De Los Investigadores: **Sandra Yaneth Herrera Soto, Winy Katherine Rodríguez Guzmán, Claudia Isabel Suarez Rivas.**

Introducción:

Las enfermedades crónicas han ganado gran prevalencia en la población mayor de 65 años, el sedentarismo, los malos hábitos de alimentación, la falta de autocuidado, ha generado un deterioro en la salud a nivel mundial que a su vez aumenta el gasto en salud a nivel mundial, según al OPS cada año 30 millones de personas en el mundo muere por esta causa, en Colombia mas de 110 mil fallecen por enfermedades crónicas. Las enfermedades no trasmisibles se han convertido en un epidemia mundial con impacto en el desarrollo de los pueblos.

Justificación:

Resulta esencial que el paciente y su familia dispongan de información clara y comprensible, de modo que puedan tomar decisiones de común

acuerdo con los profesionales que le tratan. Por esto nace la necesidad de crear una guía como estrategia didáctica que ayude a los profesionales de la salud en la realización de talleres enfocados en la promoción y mantenimiento de la salud y la enfermedad.

¿En Qué Consiste Esta Investigación?

Generar una guía práctica dirigida a profesionales de la salud que facilite la alfabetización en salud a pacientes con enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes, teniendo en cuenta las diferentes metodologías didácticas que faciliten la comprensión y fomenten la participación del paciente en su formación.

¿Qué Tengo Que Hacer Si Participo En Esta Investigación?

- 1. Antes de iniciar la investigación se debe realizar lectura del consentimiento, para así tener claridad del objetivo del proyecto de investigación, como los derechos y deberes de los participantes.**
- 2. Contamos con su participación en el desarrollo de 3 encuestas que se desarrollaran posterior a la revisión de la herramienta educativa cartilla que será enviada a usted.**
- 3. Tiene derecho a retirarse del proyecto de investigación en el momento que considere pertinente.**
- 4. Al finalizar el proyecto usted tendrá derecho de acceder a la herramienta didáctica cartilla y el trabajo de investigación que la acompaña.**

¿Cuántas Personas Participarán En Esta Investigación?

Al tratarse de la aplicación del Método Delphi enviaremos la invitación a 6 experto de diversas áreas del conocimiento, incluyendo formación en educación y en salud.

¿Cuánto Tiempo Estaré En Esta Investigación?

Su participación se desarrollará de forma virtual por medio de correo electrónico, estimamos un tiempo de respuesta de 15 días para cada uno de los correos enviados, 3 en total, para un tiempo final de 45 días.

¿Qué Pasa Si Me Retiro De La Investigación?

La decisión de abandonar el proceso investigativo, NO conlleva a causas y/o efectos.

¿Por qué Podría El Investigador Principal Retirarme De La Investigación Tempranamente?

Proceder ético.

Incumplimiento en la respuesta de las encuestas.

Incumplimiento en los tiempos de respuesta.

¿Cuáles Son Los Riesgos O Incomodidades Asociados A Esta Investigación?

Si bien los riesgos potenciales para los participantes del estudio son mínimos, se pretende que a través de la formación investigación-servicio se maximicen los beneficios en el ámbito educativo.

¿Obtendré Algún Beneficio Al Participar En Esta Investigación?

El paciente y su familia dispondrán de información clara, comprensible y didáctica para su proceso, de modo que puedan tomar decisiones de común acuerdo con los profesionales que le tratan, compromiso basado

en fundamentos pedagógicos adecuados al contexto y retroalimentación constante y pertinente.

¿Qué Beneficios Obtendrá La Comunidad De Esta Investigación?

Se contará con una herramienta didáctica que guie la generación de hábitos de autocuidado entre la población con enfermedades crónica.

¿Como Se Va A Manejar La Privacidad Y Confidencialidad De Mis Datos Personales?

Dado que las acciones sobre la población objeto de estudio representa fundamentalmente un ejercicio de reflexión y responsabilidad permanente, los principios éticos se derivan del derecho a la autonomía, la confianza y el beneficio. El primero está relacionado con el derecho a la privacidad; esto se refiere a la facultad propia de proporcionar y elegir tan solo la información, posturas y opiniones que se desean compartir. Esto conlleva al derecho por la confidencialidad de los datos proporcionados, cuyo tratamiento y sistematización se establecen en los acuerdos manifestados. Tan solo la confidencialidad no será reservada si a través del estudio se evidencia delitos, vulneración, violación de derechos, enfermedades contagiosas, u otras circunstancias que impliquen manejarlas con discreción o con denuncia. Tales acuerdos en materia de privacidad y confidencialidad se han abordado, discutido y escrito en el consentimiento informado para satisfacer los derechos de los

participantes y permitir el curso de la investigación. La selección de los sujetos participantes en el estudio, ha conllevado a manifestar el principio de autonomía, los beneficios y la justicia, procediendo con cautela frente a la coerción en los procesos de cooperación, presentando posibilidades para participar en el proceso de formación para la investigación educativa a través de la sistematización de experiencias.

¿Qué Sucedería Si No Se Respeta La Confidencialidad De Mis Datos?

Se debe reportar inmediatamente a los entes directivos y académicos en el momento de vulnerar la confidencialidad de los datos, quienes evaluarán y analizarán las acciones respectivas.

¿Tiene Algún Costo Mi Participación En Esta Investigación?

Su participación no requiere de ningún costo adicional mas allá de su tiempo y dedicación.

¿Cuáles Son Mis Derechos Como Sujeto De Investigación?

El docente participante no debe ser discriminado frente a su género, creencias, orientación sexual, discapacidad, raza, nacionalidad, entre otras. Se tiene derecho a denunciar y rechazar la participación en estudios que conlleven a conflictos de intereses (AERA, 2000).

¿Qué Hago Si Tengo Alguna Pregunta O Problema?

Se sugiere comunicar las inquietudes o problemática siguiendo el conducto regular, acudiendo a cualquier miembro del equipo de investigación.

Información De Contacto

Investigador Principal: Winy Katherine Rodríguez Guzmán

Cargo: Investigador.

Teléfono de contacto: 3134973442

Correo: wkrodriguez@unbosque.edu.co

Formulario de Firmas

Por medio del presente documento acepto participar en este trabajo relacionado con el diseño y contenido de la cartilla “GUIA PRACTICA PARA DICTAR TALLERES AL ADULTO MAYOR”

Las autoras me han explicado el procedimiento a seguir para dar respuesta al test y los beneficios correspondientes. Se han comprometido a mantener mi identidad en anonimato y a responder cualquier duda que tenga durante el desarrollo del test. Además, si lo requiero, puedo retirarme durante su desarrollo. Entiendo que mi participación consistirá en compartir mis ideas y opiniones en relación con diseño y contenido de la cartilla, sin que ello requiera de intervención externa. He leído y entendido este documento de Consentimiento Informado o el mismo se me ha leído o explicado. Cuando

firme este documento de Consentimiento Informado recibiré una copia del mismo.

Acepto voluntariamente participar y sé que tengo el derecho de terminar mi participación en cualquier momento. Al firmar esta hoja de Consentimiento Informado no he renunciado a ninguno de mis derechos legales.

Firma de la participante

CC_____

Firma del investigador

CC_____

Anexo 3



Cuestionario de Evaluación por Expertos y Trabajadores de la Cartilla

No.1 “Guía Práctica para dictar Talleres al Adulto Mayor”

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

FACULTAD DE EDUCACIÓN

ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA

Teniendo en cuenta la previa revisión y análisis de la cartilla Guía Práctica para dictar Talleres al Adulto Mayor, por favor responda las siguientes:

PREGUNTA	OBSERVACIONES
1. ¿Cuál es su opinión general acerca de la cartilla?	
2. ¿Cree que servirá para guiar la metodología que debe usar el personal interdisciplinario en cada actividad planteada?	
3. ¿Qué opinión tiene de las recomendaciones que se plantean en la cartilla?	

<p>4. ¿Considera adecuado el contenido de la cartilla?</p>	
<p>5. ¿Encuentra claro, preciso y adecuado la generalidad pedagógica y los fundamentos médicos para la población a quien va dirigida?</p>	
<p>6. ¿Cree que el diseño, incluyendo el texto, los dibujos e ilustraciones cumple con los criterios para el grupo de población a quien va dirigida?</p>	
<p>7. ¿Qué temas le adicionaría a la cartilla?</p>	
<p>8. ¿Qué puntos o temas cree que se deberían omitir de la cartilla?</p>	
<p>9. Sugerencias y Comentarios</p>	

Anexo 4



Cuestionario de Evaluación por Expertos y Trabajadores de la Cartilla

No. 2 “Guía Práctica para dictar Talleres al Adulto Mayor”

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

FACULTAD DE EDUCACIÓN

ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA

Teniendo en cuenta la previa revisión y análisis de la cartilla Guía Práctica para dictar Talleres al Adulto Mayor, por favor responda las siguientes preguntas en donde 1 es deficiente y 5 es excelente, incluya observaciones si lo considera necesario:

PREGUNTA	1	2	3	4	5	OBSERVACIONES
10. ¿La metodología planteada en las cartillas es acorde a la temática de la cada sesión?						
11. ¿El tiempo estipulado para cada actividad y sesión es adecuado?						

<p>12. ¿Cree que el perfil profesional asignado a cada sesión es acorde con el contenido?</p>						
<p>13. ¿Cree usted que las recomendaciones dadas a cada sesión son aplicables?</p>						
<p>14. ¿El diseño gráfico de la cartilla es acorde con la temática propuesta?</p>						
<p>15. ¿ Los fundamentos médicos de la cartilla es acorde con la temática propuesta?</p>						
<p>16. ¿Los dibujos, textos e ilustraciones son afin con el contenido?</p>						
<p>17. ¿La temática propuesta es acorde a la población que esta dirigida?</p>						
<p>18. ¿Cree usted que con la implementación de esta cartilla se transmiten y comprenden mejor los conceptos?</p>						

<p>19.¿El cierre conceptual y la retroalimentación individual realizada por el profesional asignado a cada sesión es adecuada?</p>						
---	--	--	--	--	--	--

Anexo 5



Cuestionario de Evaluación por Expertos y Trabajadores de la Cartilla No.
3 “Guía Práctica para dictar Talleres al Adulto Mayor”

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

FACULTAD DE EDUCACIÓN

ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA

Teniendo en cuenta la previa revisión y análisis de la cartilla Guía Práctica para dictar Talleres al Adulto Mayor modificada, encontrara 5 dimensiones que engloban el diseño y aplicabilidad de la herramienta didáctica. Por favor valore cada categoría según su percepción, donde 1 es deficiente y 5 es excelente, incluya observaciones si lo considera necesario:

CATEGORIA	1	2	3	4	5	OBSERVACIONES
1. Diseño						
2. Contenido						
3. Tiempo de ejecución						
4. Pertinencia						
5. Finalidad y Retroalimentación						

Referencias

- Pino M., (2008), Educación para la salud con personas mayores: descripción de una experiencia, revista, Promotion & Education Vol 15(3), pp. 58-62er.
- Celia, A. P., Hidalgo, M. V., & Jiménez, L. (2018). Procesos de aprendizaje adulto en contextos de educación no formal. Universitas Psychologica, 17(2)
doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.unbosque.edu.co/10.11144/Javeriana.upsy.17-2.paac>.
- Soto P., Masalan P., Barrios S., (2018) La Educación En Salud, Un Elemento Central Del Cuidado De Enfermería, REV. MED. CLIN. CONDES - 2018; 29(3) 288-300, <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.05.001>.
- Menarguez, A., (2017). Hay que acabar con el formato de la clase de 50 minutos. El País. Recuperado de https://elpais.com/economia/2017/02/17/actualidad/1487331225_284546.html
- American Academy of Family Physicians (2017). Entrenamiento del cerebro para adultos mayores. Visible body American Academy of Family Physicians. Recuperado de <https://es.familydoctor.org/entrenamiento-del-cerebro-para-adultos-mayores/>

- Tamayo, A. M. C. (2005). Metacognición en adultos mayores: Implicaciones para su aplicación. *Pensamiento Psicologico*, (5), 81-85. Retrieved from <http://ezproxy.unbosque.edu.co:2048/login?url=https://search-proquest-com.ezproxy.unbosque.edu.co/docview/214143026?accountid=41311>.
- Pérez, M., Pelegrina, S., & Fernando, J. J. (1995). Memoria Cotidiana Y Metamemoria En Ancianos Institucionalizados. *Anales De Psicología*, 11(1), 47. Retrieved from <http://ezproxy.unbosque.edu.co:2048/login?url=https://search-proquest-com.ezproxy.unbosque.edu.co/docview/1288783812?accountid=41311>
- Campos, A., & Ameijide, L. (2015). Mnemotecnia y metamemoria en personas mayores. *Universitas Psychologica*, 14(1), 57-66. Retrieved from <http://ezproxy.unbosque.edu.co:2048/login?url=https://search-proquest-com.ezproxy.unbosque.edu.co/docview/1771625202?accountid=41311>.
- Jara, M., (2007) La Estimulación Cognitiva En Personas Adultas Mayores. *Revista Cúpula*, pp 4 – 14er. <https://mundoasistencial.com/documentacion/guias-estimulacion-cognitiva/estimulacion-cognitiva-personas-adultas-mayores.pdf>.
- Naranjo, L., (2018). Descripción de las habilidades cognitivas en adultos mayores del municipio de Rionegro (Trabajo de pregrado) Universidad de Antioquia, Colombia.
- Lozano, E., (2017). Funcionamiento cognitivo en adultos mayores de la Costa caribe colombiana. (Trabajo de pregrado). Universidad Cooperativa de Colombia, Santa Marta, Colombia.

- Álvarez, L., Rueda, Z., González, L., & Acevedo, L. (2010). Promoción de actitudes y estrategias para el afrontamiento de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial en un grupo de enfermos crónicos de la ciudad de Bucaramanga. *Psicoperspectivas*, 9(2), 279-290. doi:10.5027/psicoperspectivas-Vol9-Issue2-fulltext-118.
- Mendinueta, D., Valderrama, A., Guardiola, G., & Bermúdez, M. (2017). Enfoque de enfermería en la atención primaria de diabetes y corazón como herramienta fundamental para la prevención, cuidado y promoción. *Duazary*, 14(1), 79. doi:10.21676/2389783X.1738 Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1866063245>.
- Rodríguez, M., Varela, A, Rincón, H., Velasco, M., Caicedo, M., Méndez, F., & Gómez, G,. (2015). Prevalencia y factores asociados a la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con hipertensión y diabetes en servicios de baja complejidad. *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, 33(2), 192-199. doi:10.17533/udea.rfnsp.v33n2a06.
- Aschner, P. (2010). Epidemiología de la diabetes en Colombia. *Avances en Diabetología*, 26(2), 95-100. doi:10.1016/S1134-3230(10)62005-4 Retrieved from
- Pilar Hevia V, E. (2016). Educación En Diabetes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(2), 271-276. doi:10.1016/j.rmcl.2016.04.016 Retrieved from
- López de Ullibarri I, Pita S: Medidas de concordancia: el coeficiente kappa. *Cad aten primaria* 1999; 6: 169- 71. Disponible en www.fisterra.com

- Cerda, J., Villarroel, L. Evaluación de la concordancia inter-observador en investigación pediátrica: Coeficiente de Kappa. Revista Chil Pediatric 2008; 79 (1): 54-58, disponible en línea:
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v79n1/art08.pdf>
- Torres, J. & Perera, V., Cálculo De La Fiabilidad Y Concordancia Entre Codificadores De Un Sistema De Categorías Para El Estudio Del Foro Online En E-Learning, revista de Investigación Educativa, 2009, Vol 27 n °1, pag12, España. Disponible en línea:
<https://www.redalyc.org/pdf/2833/283322804006.pdf>
- Cortes-Reyes, E., Rubio-Romero, J. y Gaitán-Duarte H.,. Metodos estadisticos de evalacion de la concordancia y la reproductividad de pruebas diagnosticas, Revista Colombiana de Obstetrcia y Ginecologia, 2010, Vol 61, No3, pag 247 – 255, Colombia. Disponible en línea:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v61n3/v61n3a09.pdf>
- Mandeville, P.,. Tema 9: El coeficiente de correlación intraclase (ICC), Ciencias UANL, Julio – septiembre Vol 8, No3, Univerisada Autnoma de Nuevo Leon, Moterrey, México. Disponible en línea:
<https://www.redalyc.org/pdf/402/40280322.pdf>
- Epid 4: Ayuda de Concordancia y consistencia. Octubre 2014. Disponible en línea: https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/1894/Ayuda_Epidat4_Concordancia_y_consistencia_Octubre2014.pdf
- Cardemil, F., Analisis de comparación y apicacion del método Bland –

Alman: ¿concordancia o correlación?, 2017, Revista Medwave ene-feb; 16(1). Doi 10.5867/medwave.2017.01.6852. Disponible en línea:

<https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Series/TyC-Estadistica/6852.act>

- Flórez R. Evaluación pedagógica y cognición. En: Ariza E, editora. Bogotá, McGraw-Hill; 1999; Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/html/1631/163122508008/>
- Claret A. Las teorías pedagógicas, los modelos pedagógicos, los modelos disciplinares y los modelos didácticos en la enseñanza y aprendizaje de las ciencias; Tomado en línea de:
<https://www.redalyc.org/html/1631/163122508008/>
- En Claret A, ed. Educación y Formación del Pensamiento Científico. Cátedra ICFES. Bogotá: Arzo Editores e Impresos Ltda; 2003. p. 21-45; Tomado en línea de: <https://www.redalyc.org/html/1631/163122508008/>
- Sáenz ML. Innovación pedagógica y evaluación. En: Madiedo N, Pinilla AE;; Revista Medica; Base de datos mecmmedical; Pag ; Vol 3; Ed. 2013
- Sánchez J. eds, Reflexiones en educación universitaria II: Evaluación. Bogotá:El Malpensante S.A; 2002. p. 41-7;recuperado de:
<https://www.redalyc.org/html/1631/163122508008/>
- Hueanca; Lopez B; Lopez N; 2013; Validación de cartillas educativas en Salud Renal para pacientes con Enfermedad Renal Crónica 3b y 4 del Hospital Nacional IV Alberto Sabogal Sologuren EsSalud; Tomado en línea:
<http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/576/Validaci%C3%B3n+de+cartillas+educativas+en+salud+renal+para+pacientes+con+enfermeda>

d+renal+cr%C3%B3nica+3b+y+4+del+Hospital+Nacional+IV+Alberto+Sabogal+Sologuren+EsSalud.pdf?sequence=1

- Ortiz;2013; Modelos pedagógicos y teorías de aprendizaje; tomado en línea;;https://www.researchgate.net/profile/Alexander_Ortiz_Ocana/publication/315835198_Modelos_Pedagogicos_y_Teorias_del_Aprendizaje/links/58eafa4ca6fdccb4a834f29c/Modelos-Pedagogicos-y-Teorias-del-Aprendizaje.pdf
- Duarte Buitrago; Mantilla Bernal; Martínez Carvajal; validación de contenido y aparente de material educativo: plan de egreso para personas en situación de ; cronicidad en un hospital de segundo nivel. Santander; Tomado en línea;
<https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/393/1/Validaci%C3%B3n%20de%20contenido%20y%20aparente%20de%20material%20educativo.%20Plan%20de%20egreso%20para%20personas%20en%20situaci%C3%B3n%20de%20cronicidad%20en%20un%20hospital%20de%20segundo%20nivel.%20Santander.pdf>
- Pino M., (2008), Educación para la salud con personas mayores: descripción de una experiencia, revista, Promoción & Educación Vol. 15(3), pp. 58-62
- Álvarez, L., Rueda, Z., González, L., & Acevedo, L. (2010). Promoción de actitudes y estrategias para el afrontamiento de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial en un grupo de enfermos crónicos de la ciudad de

Bucaramanga. *Psicoperspectivas*, 9(2), 279-290.

doi:10.5027/psicoperspectivas-Vol9-Issue2-fulltext-118

- Daulys Alessa Mendinueta Marin, Zayne Alejandra Valderrama-Cadavid, Guillermo Trout-Guardiola, & Marta Paredes Bermúdez. (2017). Enfoque de enfermería en la atención primaria de diabetes y corazón como herramienta fundamental para la prevención, cuidado y promoción. *Duazary*, 14(1), 79. doi:10.21676/2389783X.1738 Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1866063245>
- Rodríguez Lopez, M. R., Varela A, M. T., Rincón H, H., Velasco P, M. M., Caicedo B, D. M., Méndez P, F., & Gómez G, O. L. (2015). Prevalencia y factores asociados a la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con hipertensión y diabetes en servicios de baja complejidad. *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, 33(2), 192-199. doi:10.17533/udea.rfnsp.v33n2a06
- Aschner, P. (2010). Epidemiología de la diabetes en Colombia. *Avances en Diabetología*, 26(2), 95-100. doi:10.1016/S1134-3230(10)62005-4 Retrieved from
- Pilar Hevia V, E. (2016). EDUCACIÓN EN DIABETES. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(2), 271-276. doi:10.1016/j.rmclc.2016.04.016 Retrieved from
- Rodríguez Arocho, W. (1999) El legado de Vygostki y Piaget a la Educación. En revista latinoamericana de psicología.

- Monje, C., 2011 Metodología de la Investigación Cuantitativa y Cualitativa, Guía didáctica
- Alvares, G. 2003. Como hacer investigación cualitativa: Fundamentos y metodología. Mexico, D.F.: Paidós.
- Bailey, K., Curtis, A. y Nunan, D. (2001) Pursuing professional development: The self as a source. Boston MA.: Heinle & Heinle.
- McKernan, J., (1999) Investigación Acción y Currículo. España, Madrid: Ediciones Morato, S.L
- Veiga de Cabo.J; De la Fuente.E; Zimmermann Verdejo.M; 2008. Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. Disponible en línea:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100011
- Giraldo, O., Guía de aplicación del Método Delphi, Prospectiva cualitativa Laboral, 2013, DOI:10.13140/RG.2.1.3439.4004
- Reguant-Alvarez, M., Torrado-Fonseca, M., El Metodo Delphi, 2016. Universidad de Barcelona, Instituto de Ciències de l'Educació. Disponible en línea: file:///C:/Users/Compaq/Downloads/14631-28704-1-PB%20(2).pdf