



**UNAE**

## **UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN**

**Maestría en:**

**Educación De Jóvenes y Adultos (EPJA)**

Elija un elemento.

Estudio exploratorio de una práctica educativa significativa en el aprendizaje en educación para la salud para jóvenes y adultos en el cantón Chambo, provincia de Chimborazo - Ecuador (2023-2024)

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Magíster en Educación para Jóvenes y Adultos (EPJA).

Autor:

Danilo Santillán Macías

CI: 060211739

Tutor:

Freddy Cabrera Martínez. Msc.

CI: 0602200149

**Azogues - Ecuador**

**2024**

**Resumen:**

La presente investigación, titulada “Estudio exploratorio de una práctica educativa significativa en el aprendizaje en educación para la salud para jóvenes y adultos en el cantón Chambo, provincia de Chimborazo - Ecuador (2023-2024)”, analiza una práctica educativa implementada en un contexto rural para promover el autocuidado y la administración de medicamentos entre adultos mayores y jóvenes. El objetivo es caracterizar, identificar, evaluar y analizar las estrategias pedagógicas que han facilitado el aprendizaje en salud, proporcionando herramientas para mejorar la educación sanitaria en zonas rurales.

A través de un enfoque cualitativo, se utilizaron entrevistas semiestructuradas, revisión documental y análisis de caso para explorar una práctica educativa significativa. La investigación se enmarca en teorías de la educación popular de Paulo Freire y la participación comunitaria, destacando el empoderamiento de los participantes y su rol activo en la gestión de su salud.

Los resultados indican que el uso de lenguaje sencillo, herramientas visuales y estrategias innovadoras contribuyó significativamente a la comprensión y aplicación de los conceptos de autocuidado. Además, se identificaron desafíos como las barreras cognitivas, la baja escolaridad y las limitaciones geográficas que afectan el acceso a los servicios de salud.

Finalmente, esta investigación aporta recomendaciones para optimizar los programas de educación en salud en Chambo y sugiere la integración de la educación para la salud en el currículo de la EPJA. Los hallazgos pueden servir como base para la mejora de políticas públicas en salud dirigidas a comunidades rurales con características similares.

**Palabras claves: Educación para la salud, Prácticas educativas, EPJA (Educación Popular de Jóvenes y Adultos), Estrategias pedagógicas innovadoras.**

**Abstract:**

The present research, titled “Exploratory Study of a Significant Educational Practice in Health Education Learning for Young People and Adults in the Canton of Chambo, Province of Chimborazo - Ecuador (2023-2024)”, analyzes an educational practice implemented in a rural context to promote self-care and medication management among older adults and young people. The objective is to characterize, identify, evaluate, and analyze the pedagogical strategies that have facilitated health learning, providing tools to improve health education in rural areas.

Through a qualitative approach, semi-structured interviews, document review, and case analysis were used to explore a significant educational practice. The research is framed within

the theories of Paulo Freire's popular education and community participation, highlighting the empowerment of participants and their active role in managing their health.

The results indicate that the use of simple language, visual tools, and innovative strategies significantly contributed to the understanding and application of self-care concepts. Additionally, challenges such as cognitive barriers, low educational levels, and geographical limitations that affect access to health services were identified.

Finally, this research provides recommendations to optimize health education programs in Chambo and suggests the integration of health education into the EPJA curriculum. The findings can serve as a basis for improving public health policies aimed at rural communities with similar characteristics.

**Keywords: Health Education, Educational Practices, EPJA (Popular Education for Youth and Adults), Innovative Pedagogical Strategies.**

## Índice

<i>Introducción</i> .....	<b>9</b>
<b>Formulación del problema</b> .....	<b>13</b>
<b>Justificación</b> .....	<b>14</b>
<b>Objetivos</b> .....	<b>17</b>
Objetivo general .....	17
Objetivos específicos .....	17
<i>Marco teórico</i> .....	<b>18</b>
<b>Estado del arte</b> .....	<b>18</b>
Antecedentes internacionales .....	18
Antecedentes nacionales .....	22
Identificación de vacíos en la literatura y tendencias comunes .....	22
<b>Referente teórico</b> .....	<b>24</b>
Determinantes sociales de la salud.....	24
La Educación para la salud .....	30
Alfabetización en salud y educación para la salud.....	42

Educación para la salud y educación para jóvenes y adultos (EPJA).....	46
Pedagogías aplicadas en educación para la salud.....	52
Teorías del aprendizaje en educación en salud .....	57
Teorías de comunicación en salud .....	71
Métodos pedagógicos aplicados en educación para la salud .....	74
Prácticas educativas .....	86
<b>Revisión de documentación .....</b>	<b>88</b>
<b><i>Marco metodológico</i>.....</b>	<b>93</b>
<b>Paradigma.....</b>	<b>93</b>
<b>Enfoque .....</b>	<b>96</b>
<b>Metodología .....</b>	<b>99</b>
<b>Técnica de investigación .....</b>	<b>102</b>
<b>Instrumentos.....</b>	<b>104</b>
<b>Muestra y selección de participantes.....</b>	<b>106</b>
Criterios de selección .....	106
Justificación de la selección.....	107

<b>Recolección de datos .....</b>	<b>107</b>
<b>Análisis de datos .....</b>	<b>111</b>
<b><i>Desarrollo</i> .....</b>	<b>115</b>
<b>Análisis previo de la entrevista semiestructurada.....</b>	<b>115</b>
Temas emergentes .....	119
Patrones identificados .....	122
Conclusiones del análisis .....	123
Análisis cualitativo por fases de codificación .....	124
Fase 1: Familiarización con los datos .....	124
Fase 2: Codificación inicial.....	124
Fase 3: Identificación de temas .....	126
Fase 4: Revisión de los temas .....	132
Fase 5: Definición y denominación de los temas.....	138
Fase 6: Producción del informe .....	142
Conexión de los hallazgos con los objetivos de la investigación.....	147
Discusión de resultados.....	156
Triangulación de los resultados .....	166



<i>Conclusiones</i> .....	176
<i>Recomendaciones</i> .....	180
<i>Bibliografía</i> .....	184
<i>Anexos</i> .....	219
<b>Anexo 1</b> .....	219
<b>Anexo 2</b> .....	222
<b>Anexo 3</b> .....	223
<b>Anexo 4</b> .....	228
<b>Anexo 5</b> .....	230



## Introducción

El cantón Chambo, ubicado en la provincia de Chimborazo, Ecuador, es una zona predominantemente rural, según lo describe el Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del cantón (GADMCH - PDOT 2020-2023). Su contexto socioeducativo y de salud refleja las complejidades características de la ruralidad ecuatoriana, tales como la pobreza, baja escolaridad, desempleo y condiciones laborales precarias. Estos factores no solo influyen en el estado de salud de la población, sino que también condicionan las posibilidades de desarrollo educativo, limitando las oportunidades para que la educación prospere de manera efectiva.

A lo largo de los años, la interrelación entre salud y educación ha sido fundamental para estructurar la educación para la salud, que se concibe como la articulación lógica, pedagógica y metodológica de dos derechos humanos esenciales. En contextos rurales, donde el acceso a servicios de salud e información sanitaria es limitado, la educación en salud se convierte en un componente clave para el bienestar de las comunidades (Hernández, J., et al. 2020). En este sentido, la educación en salud es indispensable, no solo para promover la prevención y el autocuidado, sino también para garantizar que tanto jóvenes como adultos accedan a información que les permita mejorar su calidad de vida. La Conferencia Internacional de Educación de

Adultos (UNESCO - CONFITEA VII., 2023) resalta que la salud y la educación son derechos indivisibles, cruciales para el desarrollo humano integral.

En Chambo, el acceso a servicios de salud es limitado. Según la tipología del Ministerio de Salud Pública (MSP), el cantón cuenta con un centro de salud tipo B que atiende tanto en zonas urbanas como rurales, un centro de salud tipo A en la comunidad de Llucud, y un puesto de salud que cubre las comunidades de Guayllabamba y San Francisco (MSP, 2024). El Modelo de Atención Integral en Salud - MAIS (MSP, 2018) establece que los Equipos de Atención Integral en Salud (EAIS), conformados por un médico general o especialista en medicina familiar y comunitaria, un enfermero y un Técnico de Atención Primaria de Salud (TAPS), son responsables de la educación en salud de la población. Estos equipos, que operan en los centros de salud de Chambo y sus comunidades, son piezas clave para la promoción del autocuidado, especialmente en un contexto de desigualdad socioeconómica y acceso limitado a la atención sanitaria.

El Ministerio de Salud Pública ha implementado, a lo largo de los años, varios programas nacionales donde la educación en salud se emplea como una herramienta indispensable en todas las etapas de la atención sanitaria. Estos programas incluyen la promoción de la salud, prevención de enfermedades, y el cuidado integral de la población, con el fin de mejorar los

indicadores de salud locales (MSP, 2019). La educación en salud no se restringe a los espacios formales, sino que también ocurre en entornos informales, donde el personal de salud actúa como educador en la vida cotidiana, incluyendo interacciones en la casa comunal, en el campo o en la plaza pública. Estas prácticas educativas requieren ser investigadas, comprendidas y evaluadas para mejorar su impacto.

La presente investigación, titulada "**Estudio exploratorio de una práctica educativa significativa en el aprendizaje en educación para la salud para jóvenes y adultos en el cantón Chambo, provincia de Chimborazo - Ecuador (2023-2024)**", tiene como propósito caracterizar, identificar, evaluar y analizar una práctica educativa que ha facilitado el aprendizaje en salud en este contexto rural. Este análisis tiene como objetivo no solo mejorar la estructura de los programas educativos en salud en Chambo, sino también extrapolar las lecciones aprendidas a otros contextos rurales con características similares.

La pregunta principal que guía esta investigación es: ¿Qué estrategias pedagógicas utilizadas en la práctica educativa han sido más efectivas para promover el aprendizaje en salud en la población rural del cantón Chambo? Para responder a esta interrogante, se ha optado por un enfoque cualitativo que incluye la revisión documental, la entrevista semiestructurada a actores clave y el análisis de caso. Este enfoque permite una exploración detallada de los componentes,

características y procesos subyacentes de la práctica educativa seleccionada, con el fin de generar nuevo conocimiento sobre la educación en salud en comunidades rurales (Ortiz, 2016).

El presente estudio se centra en la labor del profesional de salud que trabaja con adultos mayores y jóvenes en Chambo, visibilizándolo como un actor clave en la aplicación de los principios de la educación popular de jóvenes y adultos (EPJA) en un contexto de educación informal. Este profesional identifica las necesidades específicas de la población, como el autocuidado y la correcta administración de medicamentos, y emplea un enfoque dialógico para empoderar a los participantes, convirtiéndolos en agentes activos de su propia salud. Esta experiencia se alinea con las teorías de Paulo Freire y el enfoque de la educación popular, donde los participantes son co-creadores de conocimiento, no meros receptores pasivos de información.

Sin embargo, la investigación también reconoce que los profesionales de la salud enfrentan desafíos importantes en el ámbito de la educación sanitaria. Entre estos desafíos destacan la falta de formación en promoción de la salud Rodríguez, D., et al. (2024), así como las dificultades de comunicación intercultural en contextos rurales y multiculturales (Hernández, J., et al. 2020). Persisten brechas significativas en las estrategias pedagógicas y andragógicas, lo que dificulta la creación de experiencias de aprendizaje significativas para los adultos (De Alencar et al. 2020; López, J., et al 2018). Es esencial que el personal de salud desarrolle un enfoque

comunitario que involucre a la población en la planificación e implementación de las intervenciones en salud, fortaleciendo además sus habilidades de comunicación y sensibilización cultural.

Finalmente, este estudio se enfoca en una práctica educativa significativa que, de acuerdo con los hallazgos, demostró ser altamente efectiva. Aunque el objetivo inicial era analizar múltiples prácticas, solo una proporcionó la información necesaria para un análisis profundo y relevante. El trabajo se estructurará en capítulos que abarcarán desde la justificación del estudio, el planteamiento del problema, los objetivos, y la revisión teórica sobre educación para la salud y prácticas educativas, hasta los resultados obtenidos y las conclusiones.

Se espera que los resultados de esta investigación contribuyan a optimizar los programas educativos en salud en Chambo, y eventualmente sirvan de base para la creación de políticas públicas más adaptadas a las necesidades de las zonas rurales, aunque este no sea el objetivo primordial de la tesis.

### **Formulación del problema**

¿Qué estrategias pedagógicas utilizadas en la práctica educativa han sido más efectivas para promover el aprendizaje en salud en la población rural del cantón Chambo?

## **Justificación**

Las áreas rurales, como el contexto geográfico en el que se desarrolla esta investigación, enfrentan desafíos significativos en cuanto al acceso a servicios de salud, educación y recursos económicos (Zúñiga, P. 2022). Estas limitaciones crean un entorno de vulnerabilidad, evidenciado por altas tasas de enfermedades prevenibles, desnutrición y mortalidad (OPS y MSP, 2022). En este contexto, es urgente implementar programas educativos eficaces que empoderen a jóvenes y adultos en la gestión de su salud y la de sus comunidades, promoviendo su bienestar integral.

La educación es un elemento transformador en la sociedad (Bell, 2017), y en el ámbito de la salud, proporciona a las personas conocimientos y habilidades para tomar decisiones informadas, lo que favorece la adopción de comportamientos saludables. Este proceso no solo mejora el estado de salud individual, sino que también fortalece el bienestar comunitario (OMS, 1978). La educación en salud, al centrarse en la prevención y promoción de prácticas saludables, tiene el potencial de generar impactos duraderos, reduciendo los costos asociados al tratamiento de enfermedades a largo plazo. Esto es especialmente relevante en áreas rurales con recursos limitados, donde la prevención puede marcar una diferencia significativa en la calidad de vida de la población (OMS, 1978).

La educación en salud dirigida a jóvenes y adultos fomenta el empoderamiento comunitario. Cuando la comunidad está informada y capacitada, sus miembros pueden participar activamente en la identificación de problemas de salud, la implementación de soluciones, y la promoción de entornos saludables. Esta participación fortalece el tejido social y contribuye a la resiliencia comunitaria (OMS, 1978).

Aunque el Ministerio de Salud Pública ha implementado diversas prácticas educativas con resultados positivos (MSP, 2019), es necesario identificar, evaluar y analizar dichas prácticas para optimizar su eficacia. Esta investigación busca recopilar, documentar y analizar esas experiencias, proporcionando una base de evidencia para futuras intervenciones que mejoren la educación sanitaria en contextos rurales.

Un aspecto innovador de este estudio es demostrar que la educación para la salud trasciende los marcos tradicionales de enseñanza formal (Freire, 1970). Al considerar que la educación puede desarrollarse en entornos comunitarios diversos como hogares, centros de salud, plazas públicas, y otros espacios, se abre la puerta a una mayor flexibilidad y adaptabilidad en las actividades educativas. Esto facilita el acceso a la información y fomenta una participación significativa de la comunidad en su propio proceso de aprendizaje, subrayando que la educación en salud es omnipresente en la vida cotidiana.

Estudios como el de Del Bosque (1998) respaldan esta perspectiva, sugiriendo que la educación en salud debe tener lugar donde las personas viven y trabajan. De igual manera, García, A. (2006) concluye que la educación en salud en diversos contextos comunitarios asegura una mayor accesibilidad y relevancia para las comunidades rurales.

Este enfoque demuestra que la responsabilidad de la educación en salud no solo recae en docentes y profesionales de la salud, sino también en los propios miembros de la comunidad (Andrade, 2013), quienes juegan un papel crucial en la transmisión de conocimientos y prácticas saludables. Esta visión colaborativa amplía el impacto de los programas educativos y asegura una sostenibilidad a largo plazo.

Además, la investigación subraya que la educación en salud no tiene límites de edad; tanto jóvenes como adultos pueden beneficiarse de programas diseñados para mejorar sus conocimientos y prácticas en salud (Jenkins, 2005). Así, la educación continua a lo largo de la vida se convierte en un pilar esencial para el mantenimiento y mejora de la salud comunitaria.

Este estudio busca identificar los elementos clave que han contribuido al éxito de las prácticas educativas en salud en el cantón Chambo, tales como las estrategias pedagógicas, el grado de participación comunitaria, y la colaboración entre los actores involucrados. Este análisis será crucial para diseñar futuras intervenciones más efectivas y fortalecer el sistema de



educación en salud. Además, permitirá identificar las barreras y desafíos enfrentados, proporcionando una base para desarrollar estrategias que permitan superarlos.

Finalmente, la investigación destaca la necesidad de integrar la Educación de Personas Jóvenes y Adultas (EPJA) con la educación en salud dentro de su estructura curricular. La EPJA es vital para promover una cultura de bienestar sostenible que trascienda generaciones, asegurando una mejora continua en la calidad de vida de la comunidad rural.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

- Analizar en profundidad una práctica educativa significativa implementada por el Ministerio de Salud Pública en el cantón Chambo, con el fin de comprender los factores que influyen en su éxito y los procesos de aprendizaje que facilita en jóvenes y adultos.

### **Objetivos específicos**

- Caracterizar la práctica educativa significativa que contribuye a los procesos de aprendizaje de educación para la salud en contextos de la ruralidad.
- Identificar los procesos de aprendizaje que se generan en los participantes como resultado de la práctica educativa significativa.

- Evaluar la pertinencia y efectividad de la práctica educativa en términos de su capacidad para responder a las necesidades de salud de la población rural.
- Analizar cómo la práctica educativa contribuye a empoderar a los participantes y a fortalecer sus capacidades para tomar decisiones informadas sobre su salud, promoviendo así su autonomía y participación significativa en la construcción de su bienestar.

## **Marco teórico**

### **Estado del arte**

#### ***Antecedentes internacionales***

En el estudio de Asghari et al. (2024), se aborda cómo la creación de Comunidades de Atención Médica de Aprendizaje (CAMA) ha generado una mejora significativa en los resultados de salud en zonas rurales. Este enfoque combina la participación comunitaria con el uso de tecnologías avanzadas para capturar y compartir datos de salud en tiempo real, lo que facilita la toma de decisiones basadas en evidencia. No obstante, una debilidad significativa de este estudio es que no profundiza en cómo las características socioculturales de las comunidades rurales afectan la implementación de dichas tecnologías, limitando así su aplicabilidad en áreas con menor acceso a infraestructura tecnológica.

Por su parte, Gizaw et al. (2022) ofrecen un análisis sistemático de varias estrategias para mejorar el acceso a servicios de salud primaria en comunidades rurales. Entre estas estrategias, destacan los programas de salud comunitarios, las clínicas móviles y los servicios de salud escolares. Sin embargo, aunque los autores reconocen la efectividad de estas intervenciones, no proporcionan un análisis longitudinal de los efectos a largo plazo de estos programas, lo cual es una deficiencia importante considerando que la sostenibilidad es clave en áreas rurales.

Rural Health Information Hub (2022) destaca la importancia de los determinantes sociales de la salud, como la pobreza y el acceso limitado a recursos, en el contexto de las comunidades rurales. Aunque este estudio ofrece un panorama general de las disparidades entre las poblaciones rurales y urbanas, no explora soluciones específicas para abordar las brechas identificadas. Este vacío es relevante en contextos como el cantón Chambo, donde las intervenciones deben ser diseñadas específicamente para su contexto.

Cifuentes y Cárdenas (2020) identifican que las prácticas educativas más eficaces en contextos rurales implican fomentar el interés de los estudiantes y promover la responsabilidad social del docente. Aunque ofrecen herramientas útiles para la mejora pedagógica, su estudio no considera de manera adecuada la diversidad cultural que puede

existir en áreas rurales, lo que deja un vacío importante en cuanto a la adaptación de las prácticas a las necesidades culturales específicas de cada comunidad.

Valladares (2018), en su análisis sobre la práctica educativa como unidad de análisis ontológico, epistemológico y sociohistórico, subraya la necesidad de entender las intervenciones educativas dentro de su contexto social e histórico. No obstante, una debilidad en este enfoque es que no proporciona directrices metodológicas claras para la evaluación de las prácticas educativas en tiempo real, lo cual sería esencial en contextos rurales donde los recursos pueden ser limitados y la evaluación debe ser continua.

De Carvalho (2016) destaca la naturaleza evolutiva de las prácticas educativas, subrayando que deben ser adaptadas continuamente a las realidades socioculturales y políticas. A pesar de esta valiosa aportación, el estudio no aborda con detalle la implementación práctica de dichas adaptaciones, lo que genera un vacío en términos de cómo los profesionales de la salud en zonas rurales pueden aplicar estas recomendaciones en la realidad cotidiana de sus intervenciones educativas.

De Oliveira y Wendhausen (2014) critican los modelos tradicionales de educación en salud, los cuales a menudo son preventivos y medicalizados, limitando su capacidad transformadora. Aunque su enfoque es innovador, no consideran a fondo los desafíos

logísticos de implementar un modelo de educación dialógica en áreas rurales con pocos recursos, lo que deja una brecha significativa en su aplicabilidad práctica.

Correa, F et al. (2003, 2006, 2012) proponen un enfoque transdisciplinario para las prácticas educativas en salud, subrayando la necesidad de la investigación-acción. Sin embargo, el estudio carece de una evaluación rigurosa de la sostenibilidad de estas prácticas a largo plazo, lo que resulta fundamental para comunidades rurales como Chambo, donde los recursos externos suelen ser limitados.

Sánchez et al. (2008) introducen un marco tridimensional para analizar las prácticas educativas. A pesar de su enfoque detallado, el estudio no ofrece ejemplos suficientes de cómo aplicar este marco en áreas rurales, lo que podría limitar su implementación en contextos como el de Chambo, donde las dinámicas culturales y sociales requieren una personalización significativa.

Núñez, J. (2008) destaca la importancia de integrar los saberes locales en la educación rural. A pesar de ser un aporte valioso, el estudio no evalúa en profundidad cómo los saberes tradicionales pueden interactuar con conocimientos científicos modernos, lo que deja un vacío en términos de cómo combinar ambos enfoques de manera efectiva en intervenciones educativas.

### ***Antecedentes nacionales***

En el contexto nacional, Sevilla y Suárez (2023) analizan la gestión educativa en contextos rurales. Aunque resaltan la importancia de la participación comunitaria, el estudio no aborda de manera específica las dificultades que enfrentan los docentes en zonas rurales para aplicar prácticas reflexivas con recursos limitados, lo que representa una debilidad importante para la aplicabilidad de sus propuestas en áreas como Chambo.

El Ministerio de Educación del Ecuador (2022) ofrece una guía para prácticas educativas innovadoras, pero no contempla específicamente las adaptaciones necesarias para comunidades rurales con limitaciones tecnológicas y de infraestructura, lo que deja un vacío en su aplicabilidad en áreas como Chambo.

Velazco et al. (2020) centran su estudio en las prácticas pedagógicas en Ecuador, pero el enfoque generalizado del estudio no proporciona un análisis específico de cómo las políticas educativas nacionales impactan en la realidad diaria de los docentes en áreas rurales. Esta falta de contextualización limita la relevancia de sus hallazgos para el análisis de prácticas educativas en salud en Chambo.

### ***Identificación de vacíos en la literatura y tendencias comunes***

Una tendencia clara en la literatura revisada es la necesidad de adaptar las intervenciones educativas a las realidades culturales y sociales locales. Diversos estudios enfatizan la importancia de integrar los saberes tradicionales en las estrategias educativas, como lo señalan Núñez, J. (2008) y De Carvalho (2016). Sin embargo, existe un vacío generalizado en la literatura sobre cómo implementar esta integración de manera efectiva en zonas rurales con recursos limitados.

Además, la participación comunitaria es reconocida como fundamental para la sostenibilidad de las intervenciones educativas en salud. No obstante, algunos autores, como Sánchez et al. (2008), advierten sobre los desafíos de asegurar una participación equitativa y representativa de todos los grupos dentro de la comunidad, algo que sigue sin resolverse en muchos estudios revisados.

Otro vacío importante es la falta de estudios longitudinales que evalúen los efectos a largo plazo de las intervenciones educativas en salud. Muchos de los estudios revisados se centran en resultados a corto plazo sin considerar el impacto sostenido de las intervenciones. Este es un aspecto crítico, especialmente en comunidades rurales donde la sostenibilidad a largo plazo es un desafío.

Finalmente, la adaptación tecnológica es un área poco explorada en la literatura revisada. A pesar del creciente uso de tecnologías de la información y comunicación (TIC) en la educación para la salud, los estudios revisados no abordan adecuadamente cómo estas herramientas pueden implementarse eficazmente en contextos rurales como Chambo, donde el acceso a la tecnología puede ser limitado.

## **Referente teórico**

### *Determinantes sociales de la salud*

**Características socioculturales, económicas y políticas del contexto rural de Chambo.** Marmot (2005) destaca la importancia de los determinantes sociales en las desigualdades de salud, subrayando que factores como el estatus socioeconómico, la educación y las condiciones laborales tienen un impacto directo en la salud de los individuos. Estos determinantes sociales son particularmente relevantes en comunidades rurales como Chambo, donde la pobreza y el acceso limitado a servicios de salud exacerbaban las disparidades en los resultados de salud. Según Marmot, abordar las desigualdades en salud requiere más que intervenciones médicas; es necesario actuar sobre las condiciones sociales que estructuran el bienestar de las personas. En este sentido, las prácticas educativas en salud que incorporan una visión crítica de los determinantes sociales, como la educación popular propuesta por Freire,



pueden empoderar a las comunidades para que tomen un papel activo en la transformación de sus condiciones de vida. La integración de este enfoque en las intervenciones educativas permite que los jóvenes y adultos en Chambo comprendan los factores estructurales que influyen en su salud y les proporciona herramientas para actuar de manera informada y colectiva.

La pobreza en las áreas rurales, tal como lo describe Vera-Bachmann (2015), es un factor de riesgo psicosocial que afecta considerablemente la salud mental y los resultados educativos. En particular, los niños en condiciones de pobreza en áreas rurales se ven obligados a abandonar la escuela de manera prematura, perpetuando así ciclos de marginación y pobreza. Aunque la educación es clave para reducir estas desigualdades sociales y mejorar los resultados en salud, la realidad es que la educación en áreas rurales ha sido históricamente descuidada en toda América Latina (Vera-Bachmann, 2015).

A este conjunto de dificultades se suma el limitado acceso a los servicios de salud y el abandono de los adultos mayores, lo cual plantea un desafío adicional para la educación sanitaria en contextos rurales. Melo (2022) señala que la heterogeneidad de la población mayor en estos entornos exige intervenciones adaptadas a los diferentes estilos de envejecimiento, que pueden variar desde una participación activa hasta la discapacidad y el abandono. En este sentido, la educación sanitaria juega un rol crucial, mejorando la comunicación entre médico y paciente,

facilitando la comprensión de la información médica, y fomentando la autonomía del adulto mayor en sus actividades diarias (Pino, 2008).

Otro desafío importante en estas comunidades es la baja escolaridad, el deterioro cognitivo en los ancianos y los problemas de salud mental. Sin embargo, existen herramientas valiosas, como las evaluaciones de alfabetización en salud y los instrumentos de detección temprana de enfermedades, que pueden mejorar el manejo de estas condiciones (Santana et al. 2017).

En el contexto de Ecuador, el 35% de la población rural enfrenta acceso limitado a servicios e infraestructura, con comunidades indígenas organizadas en comunas que requieren una planificación territorial diferenciada (Porreca et al. 2024). Programas de intervención como PRODEPINE (Proyecto de desarrollo de los pueblos indígenas y negros del Ecuador), que enfatizan el fortalecimiento del capital social y organizacional, han intentado abordar las disparidades urbanas y rurales, donde la educación se destaca como uno de los factores determinantes más importantes para mejorar el capital humano (López, G., y Tinajero, M. 2009). Sin embargo, las zonas rurales también enfrentan una prevalencia significativa de informalidad laboral, lo cual agrava las condiciones de precariedad (Delgado et al. 2021).

Chambo, un cantón en la provincia de Chimborazo, presenta un conjunto único de características socioculturales y económicas. Gobernado por el Gobierno Autónomo Descentralizado del Municipio de Chambo (GADMCH, 2019-2023), este cantón enfrenta problemas medioambientales serios, como la gestión inadecuada de aguas residuales, lo que genera riesgos tanto para la salud como para el medio ambiente (León, 2023). Asimismo, la falta de acceso a la educación, especialmente en los niños rurales, se ve agravada por problemas de transporte, salud y nutrición (Cabrera et al. 2018). Aunque las familias en estas zonas valoran la educación, se reconoce la necesidad urgente de políticas públicas que se adapten a las especificidades sociales, económicas y culturales de las comunidades rurales.

En cuanto a la economía local, Chambo se basa principalmente en actividades agrícolas y ganaderas, representando el 46% de la población, seguida por actividades industriales, como el procesamiento de productos agrícolas y la producción artesanal de ladrillos, que a menudo contribuyen a la erosión del suelo y la contaminación del aire (GADMCH, 2019-2023).

### **Percepción sobre las necesidades propias de salud y su relación con el contexto social y cultural.**

*Desde la Antropología de la salud*, se enfatiza la construcción cultural de la enfermedad, donde las atribuciones causales varían significativamente entre diferentes grupos culturales

(Canelón y Díaz, 1998). Este enfoque se complementa con las contribuciones de la antropología médica, que examina la enfermedad, el malestar y la dolencia como fenómenos culturalmente definidos, en lugar de considerarlos meramente como condiciones biomédicas (Yew y Noor, 2014; De Alba, J., et al. 2004). En el contexto de Chambo, donde prevalecen prácticas médicas tradicionales como la limpia con cuy y el uso de hierbas medicinales, estas percepciones de la salud están profundamente influenciadas por la cosmovisión indígena y las dinámicas de ruralidad.

Kleinman (1988) subraya la importancia de comprender las narrativas personales y las creencias culturales en la interpretación de la enfermedad. En comunidades rurales como Chambo, donde el acceso a servicios médicos formales es limitado, la autogestión de condiciones crónicas mediante el uso de remedios tradicionales refuerza la necesidad de adaptar los programas educativos en salud para que sean culturalmente pertinentes y eficaces.

***Desde la Psicología.*** Según Locker (1988, 1997, 1994, 2011), las percepciones de salud en contextos rurales están profundamente influenciadas por factores físicos, psicológicos y sociales, que deben ser comprendidos en su totalidad para diseñar intervenciones educativas efectivas (Poggioli, 2019).

Locker ofrece un enfoque multidimensional para analizar cómo las personas perciben su salud, integrando factores físicos, psicológicos y sociales en su análisis. En contextos rurales, como Chambo, este modelo es fundamental para diseñar intervenciones educativas efectivas. Las comunidades rurales, al estar condicionadas por limitaciones físicas como la fatiga o las enfermedades crónicas, pueden percibir la salud no solo como la ausencia de enfermedad, sino también como la capacidad para realizar actividades cotidianas, tales como las labores agrícolas y artesanales que predominan en la región.

*Desde la Sociología de la salud.* Peter Conrad (2007) ofrece una perspectiva crítica sobre el fenómeno de la medicalización, es decir, el proceso mediante el cual problemas sociales y conductuales son redefinidos como condiciones médicas. Su enfoque es fundamental para comprender cómo las necesidades de salud se construyen socialmente y cómo el poder médico influye en las percepciones y experiencias de la población. En el caso de Chambo, donde las estructuras sociales y las dinámicas de poder son influyentes, este concepto ayuda a explicar cómo la comunidad aborda sus necesidades de salud.

*Desde la Geografía de la salud.* Por su parte, Haggett (1994) plantea que las enfermedades no se distribuyen de manera homogénea en el espacio, sino que están estrechamente vinculadas a factores ambientales, sociales y económicos. Este enfoque

geográfico es útil para analizar cómo las condiciones geográficas, como la ruralidad, el acceso limitado a servicios y las condiciones climáticas, afectan la prevalencia de ciertos problemas de salud, como la desnutrición o las enfermedades infecciosas.

En el contexto de Chambo, las barreras geográficas, como la lejanía, la infraestructura deficiente y las vías de comunicación limitadas, representan un obstáculo significativo para recibir atención sanitaria oportuna. Las prácticas educativas que se analizan en este estudio tienen el potencial de mejorar el acceso a los servicios de salud, al fomentar un mayor conocimiento sobre el autocuidado y el uso efectivo de los recursos de salud locales. Asimismo, el enfoque de Haggett permite destacar la importancia de los determinantes sociales de la salud, como el nivel educativo, el empleo y las condiciones de vida, que afectan la salud de los individuos de manera diferenciada.

### ***La Educación para la salud***

La atención primaria en salud es reconocida como un nivel esencial dentro del sistema sanitario, cuyo enfoque integral abarca la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades, con el objetivo de mejorar la salud general de la población y reducir las inequidades en el acceso a los servicios sanitarios. Este tipo de atención se caracteriza por estar centrada en la comunidad, lo que implica una comprensión profunda de las necesidades de la

población desde un enfoque biopsicosocial, considerando sus dimensiones sociales, culturales y económicas. Su propósito es garantizar una atención accesible, continua y coordinada, enfocada no solo en la prevención de enfermedades, sino también en la rehabilitación y el cuidado paliativo (Fajardo, et al. 2023).

Dentro de este contexto, uno de los pilares fundamentales de la atención primaria es la promoción de la salud, entendida como una estrategia clave para el desarrollo de habilidades personales que promuevan estilos de vida saludables. La promoción no solo mejora la calidad de vida de las personas, sino que también contribuye a la reducción de los costos asociados al proceso salud-enfermedad. La educación para la salud, en este sentido, desempeña un rol crucial, ya que fomenta la adopción de prácticas saludables y estilos de vida activos en la población (Fajardo, et al. 2023).

En el marco de la atención primaria, la salud es concebida desde una perspectiva integral que abarca no solo los aspectos físicos, sino también los psicológicos, sociales y espirituales. Este enfoque holístico, propuesto por Fajardo, et al. (2023), resalta la importancia de un proceso educativo que sea participativo y significativo, donde el aprendizaje se traduzca en acciones concretas de autocuidado y en la modificación de los factores que condicionan la salud.

Así, la educación para la salud cobra una relevancia crítica, ya que se convierte en un componente indispensable del proceso de promoción de la salud. Esta educación no se limita a la prevención de enfermedades, sino que también abarca la identificación temprana de patologías, el tratamiento adecuado, la atención primaria, la participación comunitaria y el acceso a los servicios sanitarios. Para ser efectiva, la educación para la salud debe implementarse mediante una variedad de metodologías pedagógicas que aseguren un proceso continuo de adquisición y actualización de conocimientos y habilidades en salud (Fajardo, et al. 2023).

Tanto la salud como la educación son derechos inalienables. En este sentido, la educación se destaca como una de las condiciones esenciales para garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud. Como lo señala la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Declaración de Alma Ata (1978), la salud no puede alcanzarse sin la satisfacción de las necesidades básicas, como la alimentación, la vivienda, la educación y el trabajo. Estos aspectos son interdependientes y fundamentales para el bienestar integral de las personas.

Esta misma Declaración hace un llamado explícito a la importancia de la educación en salud, destacando que debe ser parte integral de la atención primaria. La educación en salud permite que las personas y las comunidades adquieran un mayor conocimiento sobre su



bienestar, lo que les otorga la capacidad de tomar decisiones informadas, identificar sus necesidades y buscar soluciones adecuadas para mejorar su salud (OMS, 1978).

En el contexto sanitario, el entorno en el que viven las personas —incluidos los factores sociales, económicos y culturales— influye de manera directa en su estado de salud. Según London et al. (2009) y García et al. (2024), los niveles más altos de educación e ingresos se asocian con mejores resultados en salud, tasas de mortalidad más bajas y una mayor esperanza de vida. De hecho, la educación provee a las personas con herramientas que les permiten adoptar estilos de vida más saludables, tomar decisiones informadas y acceder a mejores oportunidades económicas (García et al. 2024).

En contraste, los niveles socioeconómicos más bajos están asociados con tasas más elevadas de obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares (Piquer y Ordovás 2015). La calidad de la dieta, por ejemplo, es afectada tanto por limitaciones financieras como por la falta de educación en nutrición, lo que agrava las condiciones de salud en las comunidades con menos recursos. De esta manera, el nivel socioeconómico y la educación forman un ciclo que influye significativamente en los resultados de salud (Agualongo y Garcés, 2020).

Además, las condiciones de salud impactan de manera directa en el rendimiento académico y la participación educativa, especialmente en las zonas rurales. La desnutrición es un

factor crítico que afecta negativamente el rendimiento escolar, mientras que las malas elecciones dietéticas agravan estos problemas (Pezo y Medina, 2024). En este contexto, los programas de educación para la salud pueden tener un efecto positivo tanto en la salud como en el rendimiento académico, como lo demuestra el programa SAFiAl (Programa para Mejorar el Rendimiento Académico a través de la Salud), que mejoró las calificaciones de estudiantes de secundaria (Rodríguez y Ortega, 2022).

Las iniciativas de educación para la salud arraigadas en la educación popular pueden movilizar a las poblaciones rurales para abordar los determinantes sociales de la salud a través de la participación comunitaria y la organización colectiva (Eugenio et al. 2015). Sin embargo, para que estas iniciativas sean efectivas, es necesario adoptar un enfoque holístico que considere no solo la salud, sino también el desarrollo ecológico, las condiciones de vida y el crecimiento humano (De Arévalo, 2001). Estos enfoques subrayan la compleja interrelación entre la salud, la educación y el desarrollo comunitario en los entornos rurales.

La evolución de la educación para la salud como campo ha sido producto de la necesidad de abordar problemas sanitarios desde una orientación educativa. Esta disciplina tiene como objetivo promover estilos de vida saludables y empoderar a las personas para tomar decisiones informadas sobre su salud (Quesada, 2001; Lorente, 2013). Su consolidación se dio con el

establecimiento de la Unión Internacional de Educación para la Salud en 1952 y se fortaleció con la Primera Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud en 1986 (Sanabria, 2007).

La educación para la salud en áreas rurales ha demostrado ser un componente esencial para mejorar la calidad de vida de las comunidades. Ejemplos recientes evidencian su impacto directo: en Colombia, la implementación de un programa de primeros auxilios en comunidades escolares rurales incrementó el conocimiento en un 40% al integrar la sabiduría local (Zúñiga, M., et al. 2021). De manera similar, en México, a través de la educación popular, se fomentó la movilización social y el empoderamiento comunitario para abordar los determinantes sociales de la salud en áreas rurales (Eugenio et al. 2015). Además, en la región rural de Oaxaca, México, un estudio resaltó la importancia de intervenciones educativas para mitigar los riesgos socioambientales, apuntando al desarrollo humano sostenible (Ruvalcaba y Cortés, 2013).

En línea con estos estudios, la Declaración de Alma-Ata de la OMS (1978) subraya la necesidad de incluir la educación sanitaria como parte integral de la atención primaria. Este enfoque permite que las comunidades comprendan mejor sus propias necesidades de salud, tomen decisiones informadas y busquen soluciones adecuadas a sus problemas de salud, adaptándose a su contexto específico.

A medida que se implementan intervenciones en salud, diversos estudios han enfatizado la importancia de un enfoque integral que considere factores socioeconómicos, culturales y ambientales (Chang, 2017; Souza 2017). El modelo dialógico, propuesto por Fernandes y Backes (2010), ha sido recomendado para desarrollar prácticas educativas que promuevan el intercambio de saberes, la problematización de la realidad local y el desarrollo de la autonomía en el cuidado de la salud.

La literatura sobre educación para la salud en América Latina refleja su naturaleza multifacética, con enfoques teóricos diversos y propósitos múltiples (López, J., et al. 2018). Sin embargo, a pesar de los avances, se destaca la necesidad de reformular el paradigma educativo hacia una mayor capacitación en atención primaria (Cassiani et al. 2017), ya que muchos estudios revelan una desconexión entre la teoría y la práctica en este campo (López, J., et al. 2018).

Un aspecto clave en los contextos rurales es que la educación para la salud debe ser culturalmente relevante y adaptada a las necesidades específicas de cada comunidad. Los programas que respetan e integran los conocimientos tradicionales tienen mayor éxito, y la participación comunitaria en el diseño y la implementación de estos programas es fundamental para garantizar su efectividad y sostenibilidad (Fernández, L., et al. 2019; Vertiz, J., et al. 2020).

No obstante, los programas enfrentan barreras significativas, como la falta de recursos, la escasez de personal capacitado y las diferencias culturales y lingüísticas que complican su implementación en áreas rurales (Vargas, 2009; González, K., y Pedraza, Y. 2021; Llopis, A. 2014; Cuestas, J. 2023; Bernal, L., y Gómez, O. 2020)

Además, la resistencia al cambio y la desconfianza hacia las intervenciones externas pueden limitar el impacto de estos programas.

La inclusión de promotores de salud locales se ha identificado como una práctica efectiva para superar estas barreras. Al ser miembros de la misma comunidad, estos promotores comprenden mejor las necesidades locales y las barreras que enfrentan, lo que les permite comunicar los mensajes de salud de manera más efectiva y construir una mayor confianza entre los profesionales de la salud y la comunidad (Díaz, L., y Rodríguez, D. 2024; Medrano, 2023).

La educación para la salud desempeña un papel crucial en la transformación de comportamientos de salud y en la promoción de una mejor calidad de vida, especialmente en comunidades vulnerables. Los estudios, como los realizados por Ortega, A., et al. (2022) y Campos, M., y Salinas, R. (2014), indican que programas bien estructurados de educación para la salud pueden aumentar la comprensión de enfermedades comunes, mejorar prácticas de higiene y fomentar hábitos preventivos, como la vacunación y una nutrición equilibrada. Estos impactos no

solo se manifiestan en mejoras inmediatas, sino que también pueden generar cambios sostenibles a largo plazo, según lo destacado por Fernández, L., et al.(2019), quienes subrayan la importancia de la educación continua y del refuerzo periódico de los mensajes de salud para asegurar la permanencia de estos cambios.

**Participación y empoderamiento comunitario.** La participación comunitaria es un eje central en las estrategias de atención primaria y promoción de la salud. Su relevancia fue establecida en la Declaración de Alma Ata (1978), la cual subrayó la importancia del empoderamiento y la participación democrática como elementos fundamentales para mejorar la salud pública. Según De Vos et al. (2009), la participación comunitaria se articula en torno a tres lógicas principales: el empoderamiento, la participación democrática y enfoques utilitaristas, todos ellos orientados a fortalecer la capacidad de las comunidades para gestionar sus propios problemas de salud.

De Restrepo (2001) enfatiza que el empoderamiento comunitario requiere de procesos políticos y sociales que integren diversas disciplinas, lo que significa que los programas de salud deben reconocer las relaciones de poder existentes y los contextos sociales en los que se implementan. Los elementos clave que permiten fortalecer la salud mediante el empoderamiento popular incluyen el análisis crítico de las dinámicas de clase y la consideración de los contextos

sociales más amplios, que son fundamentales para abordar las inequidades persistentes en América Latina (De Vos et al. 2009).

Ferrer et al. (2001) destacan que la participación comunitaria en los programas de salud puede darse en diferentes grados, tipos y fases, con mecanismos específicos para su implementación. La implicación activa de las organizaciones comunitarias en la planificación y ejecución de estos programas es crucial para garantizar su éxito y sostenibilidad a largo plazo. El movimiento de Municipios Saludables es un ejemplo relevante de cómo la participación comunitaria puede integrarse en las estrategias de promoción de la salud, promoviendo la corresponsabilidad y el empoderamiento de las comunidades en la gestión de sus problemas sanitarios Ferrer et al. (2001).

Los métodos interactivos y participativos han mostrado resultados prometedores en la educación sanitaria. Un estudio en Cuba evidenció que un modelo de comunicación interactiva mejoró significativamente la toma de decisiones y promovió estilos de vida saludables en pacientes con diabetes (García, R., et al. 1997). De manera similar, en Canadá, un programa participativo dirigido a adultos mayores con diabetes facilitó la adopción de conductas de autocuidado, al abordar las necesidades específicas de la comunidad (Camargo et al. 2020).

**Clasificación de la educación para la salud.** La educación para la salud puede ser clasificada bajo distintos criterios, como el entorno, los métodos pedagógicos, el contenido y el grupo objetivo. En este caso, se abordarán dos clasificaciones: grupo objetivo y enfoque metodológico.

***Por grupo objetivo.*** Niños, adolescentes, adultos y adultos mayores: La Carta de Ottawa (OMS, 1986) resalta la importancia de educar en salud a lo largo de toda la vida. Según esta declaración, la promoción de la salud debe integrarse en cada etapa de la vida, desde la primera infancia hasta la vejez, adaptando los contenidos y métodos a las necesidades específicas de cada grupo. La educación sanitaria debe incluir habilidades que fomenten estilos de vida saludables en todos los ámbitos de la vida cotidiana.

***Grupos vulnerables.*** En este grupo, la educación sanitaria se enfoca en atender a las poblaciones más vulnerables, aquellas que enfrentan barreras sociales como la pobreza, la marginalidad o la falta de acceso a la educación. Estos programas educativos se adaptan para cubrir las necesidades específicas de estos grupos y buscan reducir las desigualdades en el acceso a la salud.

***Por enfoque metodológico.*** Educación para la salud formal: La educación formal para la salud está integrada en los currículos educativos y busca implementar programas a lo largo del



ciclo de vida, abarcando la niñez, la adolescencia, la adultez y la tercera edad. Este enfoque promueve el desarrollo de intervenciones educativas tanto preventivas como curativas, adaptadas a las características de cada etapa y grupo social (Pérez L, 2020).

**Educación para la salud no formal.** Se caracteriza por su enfoque práctico y orientado a mejorar la calidad de vida de la población a través de la capacitación, tanto en la ciudadanía como en los usuarios de los servicios de salud. Este tipo de educación busca desarrollar habilidades que permitan la prevención de enfermedades y la mejora de las condiciones de salud, especialmente en poblaciones desfavorecidas (García, 2004).

**Educación para la salud informal.** La educación sanitaria informal no sigue un plan estructurado y ocurre de manera espontánea en la vida diaria. Amigos, familiares y miembros de la comunidad actúan como agentes de educación, compartiendo información valiosa sobre salud y promoviendo comportamientos saludables a través de ejemplos y la imitación de buenas prácticas. Aunque no tiene una metodología establecida, esta forma de educación tiene un impacto significativo en las comunidades, permitiendo la disseminación de conocimientos y prácticas útiles para mejorar la salud colectiva (De la Guardia y Ruvalcaba, 2020).

### ***Importancia de los enfoques y su aplicabilidad***

Los enfoques metodológicos en la educación para la salud se ajustan a las necesidades de diferentes grupos, contribuyendo de manera integral a la mejora de las condiciones de vida y a la prevención de enfermedades. En contextos rurales, donde el acceso a los servicios de salud puede ser limitado, la educación sanitaria no formal e informal adquiere especial relevancia, dado que permite alcanzar a las poblaciones vulnerables a través de enfoques participativos y adaptados culturalmente.

### ***Alfabetización en salud y educación para la salud***

La alfabetización en salud y la educación para la salud son dos conceptos fundamentales y complementarios que buscan mejorar la capacidad de las personas para gestionar su bienestar. La alfabetización en salud se refiere a la capacidad de comprender, procesar y utilizar la información relacionada con la salud para tomar decisiones informadas. Esto no solo implica la habilidad de leer o escribir, sino también de interpretar gráficos, entender instrucciones médicas y participar activamente en la toma de decisiones relacionadas con la salud (Vizoso, 2021). En zonas rurales como Chambo, donde los niveles educativos pueden ser bajos y las barreras cognitivas más marcadas, la alfabetización en salud es clave para empoderar a los adultos mayores, ayudándoles a gestionar adecuadamente sus afecciones y mejorar su calidad de vida.

Por su parte, la educación para la salud es un recurso clave diseñado para promover estilos de vida saludables y prevenir enfermedades. Su objetivo es empoderar a los individuos para que tomen decisiones informadas que favorezcan tanto su propio bienestar como el de sus comunidades (Mira y Rodríguez, 2001; Gavidia, V. 2021, Gavidia, V., et al. 2019). La educación para la salud, además, se centra en capacitar a las personas para el autocuidado y la gestión de su salud a través de la promoción de la nutrición, el ejercicio y la adherencia a tratamientos médicos, entre otras prácticas.

La alfabetización en salud, según Nutbeam (2000), es fundamental para mejorar la capacidad de los individuos y las comunidades para tomar decisiones informadas sobre su salud. Nutbeam expande el concepto más allá de la simple habilidad de leer y comprender información médica. Propone que la alfabetización en salud debe ser vista como una meta de la educación para la salud pública, que incluye el desarrollo de competencias críticas y funcionales para que las personas puedan interactuar de manera más efectiva con los sistemas de salud y gestionar su bienestar. En el contexto rural de Chambo, donde los niveles de alfabetización son bajos, la aplicación de este enfoque es crucial. Las estrategias educativas deben enfocarse no solo en la transmisión de información, sino también en el fortalecimiento de la autonomía de los participantes para que puedan participar activamente en la toma de decisiones relacionadas con su salud. Así, la alfabetización en salud no solo se convierte en una herramienta para el

autocuidado, sino en un proceso que empodera a las personas para influir en los determinantes sociales que afectan su bienestar.

**Alfabetización en salud y su evolución.** Rudd (2015) destaca la evolución del concepto de alfabetización en salud, subrayando que no se trata únicamente de la capacidad de leer y comprender información sanitaria, sino de una competencia más amplia que implica la habilidad de interactuar efectivamente con el sistema de salud, tomar decisiones informadas y aplicar el conocimiento en contextos reales. Esta ampliación del concepto es crucial en entornos rurales como Chambo, donde los desafíos relacionados con el acceso a la información, la comprensión y la navegación en el sistema de salud son evidentes. Las estrategias educativas deben centrarse en no solo mejorar la capacidad de los jóvenes y adultos para interpretar información de salud, sino también en fortalecer sus habilidades para utilizar esa información de manera efectiva en su vida diaria. El enfoque de Rudd nos lleva a considerar que la alfabetización en salud debe integrarse con la educación comunitaria, empoderando a los participantes para que tomen decisiones autónomas sobre su salud y se involucren activamente en su bienestar, superando las barreras tanto lingüísticas como cognitivas.

**Relación sinérgica entre alfabetización y educación para la salud.** Estos dos conceptos trabajan en conjunto de manera sinérgica: mientras la alfabetización en salud

proporciona las herramientas cognitivas para comprender y utilizar la información de salud, la educación para la salud ofrece el contenido y las estrategias para generar un cambio en el comportamiento y fomentar la adopción de hábitos saludables (Benites, et al. 2014, 2017). Esta relación es especialmente importante en el contexto de los adultos mayores en Chambo, donde los desafíos relacionados con la comprensión de información médica y la toma de decisiones son más pronunciados debido a limitaciones cognitivas y educativas.

Promover la alfabetización en salud entre los adultos mayores en Chambo no solo les permitirá recibir información, sino que también les ayudará a comprender y aplicar dicha información en su vida diaria, lo que podría mejorar considerablemente su bienestar. Esto es particularmente relevante en áreas rurales donde las barreras de acceso a la información y a los servicios de salud son significativas. La alfabetización en salud permite abordar desigualdades en el acceso a información sanitaria y asegura que las personas no solo reciban información, sino que la comprendan y la utilicen de manera efectiva (Flecha et al. 2013; Santana et al. 2017).

**Estrategias adaptadas a contextos rurales.** Las intervenciones educativas en salud deben ser personalizadas y contextualizadas. En Chambo, es esencial que estas estrategias consideren factores socioculturales, como el nivel educativo y las prácticas tradicionales, para garantizar que la información sea accesible y culturalmente relevante. Incluir a líderes

comunitarios y utilizar medios de comunicación locales puede facilitar la transmisión de información y fomentar un diálogo que mejore la comprensión de los temas de salud. Estas estrategias participativas y adaptadas han demostrado ser eficaces en la promoción de comportamientos saludables, especialmente en áreas rurales (Rodríguez, M., et al. (2024)).

**Evaluación y sostenibilidad.** Para garantizar la efectividad de los programas, es importante evaluar el impacto de estas intervenciones, lo que permitirá identificar fortalezas y áreas de mejora. La evaluación continua de las estrategias educativas en salud asegurará que estas no solo sean efectivas a corto plazo, sino que sean sostenibles a largo plazo. Al aumentar tanto la alfabetización como la educación en salud, se logra empoderar a las comunidades rurales para que no solo gestionen mejor su salud individual, sino que también influyan en el bienestar colectivo.

Si se resume, tanto la alfabetización en salud como la educación para la salud son herramientas fundamentales para mejorar los resultados de salud en comunidades rurales como Chambo. Estos programas, cuando están bien diseñados y adaptados a las necesidades locales, pueden mejorar la calidad de vida de los individuos y fortalecer la capacidad de las comunidades para abordar sus desafíos de salud de manera efectiva.

### ***Educación para la salud y educación para jóvenes y adultos (EPJA)***

La educación para la salud y su integración en la Educación para Jóvenes y Adultos (EPJA) presenta un desafío crucial en Ecuador, particularmente en comparación con la experiencia de países como Argentina, donde este campo ha sido desarrollado de manera más holística y multidimensional. En Ecuador, el enfoque de la EPJA ha sido predominantemente limitado a la alfabetización básica y la formación académica convencional, sin una consideración significativa hacia la educación para la salud, lo que ha dejado un vacío en la atención a las necesidades de salud de jóvenes y adultos en entornos de vulnerabilidad.

**Integración limitada de la educación en salud en la EPJA.** En Argentina, los Bachilleratos Populares han demostrado cómo la educación para la salud puede ser una herramienta transformadora dentro de la EPJA, abordando esta temática desde perspectivas de derechos, género y salud comunitaria (Garelli F., et al. 2019). Sin embargo, en Ecuador, no existe una integración formal de la salud dentro del currículo de la EPJA, lo que refleja una visión limitada del rol que esta educación puede desempeñar en la transformación social. Flecha y Mello (2013) resaltan que la EPJA, al adoptar una perspectiva dialógica, debe incluir temas que respondan a las necesidades vitales de los educandos, como la salud, que no solo es un derecho humano, sino también una condición esencial para un aprendizaje efectivo.

**El rol de la educación para la salud en la transformación social.** A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) han subrayado repetidamente la importancia de integrar la educación para la salud en los programas educativos para el desarrollo de capacidades humanas y la mejora del bienestar comunitario (UNESCO, 2024). En este sentido, la educación para la salud no debería ser vista como un complemento opcional en la EPJA, sino como un componente fundamental para garantizar el bienestar físico y mental de los educandos, especialmente en contextos de ruralidad y vulnerabilidad.

**Estrategias para la integración de educación en salud en la EPJA.** Para superar la deuda que la EPJA en Ecuador tiene con la educación para la salud, se pueden proponer estrategias concretas. Por ejemplo, es fundamental que la salud sea abordada como un componente transversal en los programas educativos, incluyendo módulos específicos sobre salud mental, salud sexual y reproductiva, nutrición y prevención de enfermedades. Silva, V. (2018); Silva, K., et al. (2020); y Aguilar, Alejandra., et al. (2021) sugieren que las clases de educación física pueden ser una oportunidad valiosa para problematizar la salud y promover estilos de vida saludables en la EPJA, integrando este enfoque dentro de actividades cotidianas de los estudiantes.



**Capacitación docente y pedagogías críticas.** Un aspecto crucial para la implementación efectiva de la educación para la salud en la EPJA es la capacitación de los docentes en esta área. La formación en pedagogías críticas, como las propuestas por Paulo Freire (1970), es esencial para que los educadores puedan facilitar un proceso de concientización que permita a los estudiantes no solo adquirir conocimientos sobre salud, sino también reflexionar críticamente sobre su realidad y transformarla. Esto implica un enfoque integral en la formación de los educadores, que los prepare para abordar los determinantes sociales de la salud desde una perspectiva de derechos y equidad.

**La experiencia argentina como modelo.** La experiencia de los Bachilleratos Populares en Argentina muestra cómo la EPJA puede ser un espacio para la intervención educativa en salud desde una perspectiva multidimensional, abarcando no solo aspectos médicos, sino también sociales y culturales. Garelli, F., et al. (2019) señalan que la salud debe ser un eje central en las prácticas educativas que promuevan la participación y el compromiso crítico de los estudiantes, reconociendo las dinámicas de poder y las desigualdades presentes en sus comunidades.

Para cerrar esta brecha, es necesario que Ecuador reformule los currículos de la EPJA, integrando la salud como un campo clave de intervención educativa. Esto no solo mejorará el bienestar general de jóvenes y adultos, sino que también contribuirá a la transformación social de

las comunidades. Las aportaciones teóricas de autores como Freire, Flecha y Garelli proporcionan un marco sólido para guiar este proceso de integración, asegurando que la educación para la salud se convierta en un componente esencial en la EPJA en Ecuador.

**Educación para la salud informal y EPJA informal.** La integración de la educación para la salud informal en la EPJA informal, especialmente en contextos rurales, es no solo pertinente, sino también crucial para el empoderamiento y mejora del bienestar de las personas. Ambas modalidades de educación, aunque no siguen las estructuras formales, se enfocan en brindar herramientas útiles y aplicables a la vida diaria, algo vital en áreas rurales donde las oportunidades de acceso a la educación y los servicios de salud son limitadas.

**Relación entre EPJA informal y educación para la salud informal.** Ambas formas de educación comparten la característica de estar orientadas a necesidades inmediatas de los participantes, proporcionando conocimientos prácticos para enfrentar desafíos cotidianos. Esto es particularmente valioso en contextos rurales como Chambo, donde los adultos mayores pueden recibir educación sobre el uso adecuado de medicamentos y autocuidado, lo que constituye un claro ejemplo de educación para la salud informal.

La pedagogía de Paulo Freire resalta la importancia de que la educación se ajuste a las realidades de los educandos, destacando la necesidad de involucrar a los participantes en su

propio proceso educativo. En el contexto de la salud, esto significa que los temas de autocuidado y prevención de enfermedades pueden abordarse de manera participativa, mediante diálogos y proyectos comunitarios, permitiendo que las personas compartan sus conocimientos y experiencias, tal como ocurre en la EPJA informal.

**Ejemplos de integración en contextos rurales.** En comunidades como Chambo, la EPJA informal puede promover la educación en salud a través de talleres y proyectos que empoderen a los adultos mayores y jóvenes para gestionar su propia salud. Por ejemplo, los profesionales de salud podrían trabajar con los adultos mayores para reflexionar colectivamente sobre la importancia de la correcta administración de medicamentos, abordando problemas como la mala adherencia al tratamiento.

De igual manera, la EPJA informal puede abordar temas de salud en jóvenes y adultos mediante proyectos comunitarios que fomenten la prevención de enfermedades, el autocuidado y la adopción de hábitos saludables. Programas de salud comunitaria diseñados específicamente para estos grupos pueden utilizar enfoques dialógicos y participativos, donde no solo se transmita información, sino que también se fomente la construcción de conocimientos a partir de las experiencias y aportes de los participantes.

**Relevancia del enfoque participativo en educación para la salud.** La participación activa de los educandos y la integración de sus conocimientos previos son principios fundamentales de la educación popular en salud. Este enfoque dialógico, inspirado en Freire, permite que la educación para la salud sea más relevante y efectiva, ya que los participantes no solo reciben información, sino que también contribuyen a su creación y aplicación en su vida diaria.

La educación para la salud informal y la EPJA informal se complementan perfectamente en el contexto rural, proporcionando un enfoque flexible y contextualizado para empoderar a los participantes y mejorar sus competencias en autocuidado y prevención de enfermedades. Esta sinergia permite que ambas modalidades contribuyan a la construcción de un bienestar integral, adaptado a las realidades y necesidades de los educandos en áreas rurales como Chambo.

### ***Pedagogías aplicadas en educación para la salud***

La integración de diversas pedagogías en la educación para la salud es fundamental para asegurar un enfoque integral que no solo enseñe conceptos básicos, sino que empodere a los participantes para transformar sus realidades. Las teorías del aprendizaje como el conductismo, el constructivismo y el aprendizaje social, junto con modelos como el biomédico y biopsicosocial, proveen un marco robusto para abordar los retos en este campo (Billon, 2000). Es esencial que

las intervenciones educativas sean holísticas, incluyan elementos cognitivos y sociales, y se adapten a las características específicas de los educandos, tal como lo sugieren autores como Crespo (2013) y Peña, C., et al. (2024).

**La pedagogía social de Hermann Nohl.** Nohl (1927) es una figura clave que introduce un enfoque centrado en la formación integral del individuo, abarcando aspectos emocionales, sociales y éticos. Este enfoque es particularmente útil en la educación para la salud, donde la transmisión de conocimientos debe estar acompañada de un proceso de desarrollo personal y colectivo. Nohl enfatiza la importancia de la relación educativa entre el educador y el educando, basada en la confianza y el diálogo (Rincon, J. (2016). En el contexto de la salud, este enfoque puede fomentar la adopción de prácticas saludables a través de la empatía y el acompañamiento (Ochoa, P. 2024; Arias, K. 2024). Las intervenciones en salud se benefician de este principio al generar espacios de confianza y cercanía entre los profesionales de la salud y la comunidad.

Por ejemplo, estudios de Fernández, R., y Díaz, J. (2018) y Dos Santos, S. (2023) destacan cómo los principios de la pedagogía social han sido adaptados en programas de salud comunitaria, enfatizando la relación entre el educador y la comunidad como un medio para fomentar prácticas de autocuidado y prevención. Este enfoque subraya la importancia de crear

espacios de confianza y diálogo, tal como lo sugirió Nohl, pero actualizado en el contexto de la salud.

También, Gálvez, I., y Tarrés, M. (2017) y Gálvez, G., y Rivera, J. 2021 aplican el concepto de pedagogía social para abordar la educación en salud mental en entornos vulnerables. Estos autores destacan cómo la educación informal y no formal, que se basa en la participación comunitaria, se ha convertido en una herramienta eficaz para promover el bienestar psicosocial en comunidades rurales y marginales.

Por otro lado, Carbonero, J. (2001); Casado, A. (2014); y Bosch, P et al. (2009), exploran cómo la pedagogía social puede vincularse con la educación para la salud en programas dirigidos a la tercera edad, subrayando la importancia de que los adultos mayores participen activamente en la creación de estrategias que promuevan su bienestar, aplicando métodos educativos flexibles y adaptados a sus necesidades.

El enfoque de Nohl sugiere que la educación para la salud debe ir más allá de lo técnico, promoviendo un sentido de agencia en los individuos para que puedan ser agentes de cambio en sus comunidades. Esto es particularmente importante en áreas rurales, donde la alfabetización en salud puede transformar a las personas no solo en receptoras de información, sino en actores clave para la mejora del bienestar colectivo.

**Pedagogía de la liberación de Paulo Freire.** La Pedagogía de la Liberación de Paulo Freire (1970) proporciona un marco teórico crucial para las prácticas educativas en salud, especialmente en contextos rurales como el cantón Chambo. Esta pedagogía transforma el proceso educativo en un acto liberador mediante el cual los individuos y las comunidades toman conciencia crítica de su realidad social, económica y cultural, y se capacitan para transformarla.

Freire plantea que la educación debe estar enraizada en la concientización, un proceso a través del cual los individuos desarrollan una comprensión crítica de su mundo. En el contexto de la educación para la salud, esto significa que los habitantes de Chambo deben aprender a identificar los determinantes sociales y culturales que influyen en su salud, como la pobreza, la falta de acceso a servicios médicos, y las prácticas tradicionales. Empoderar a los participantes para que cuestionen y transformen estas estructuras es esencial para crear prácticas educativas significativas en salud.

La praxis, entendida como la reflexión seguida de acción, es central en el enfoque freiriano. En un programa de salud comunitaria, no basta con proporcionar información; los participantes deben reflexionar críticamente sobre su situación y tomar medidas concretas para mejorar su salud y la de su comunidad. Esto podría traducirse en la implementación de proyectos

comunitarios que aborden problemas de salud específicos, como la desnutrición infantil o la higiene básica.

El diálogo es otro concepto clave en la pedagogía de Freire. La educación para la salud no debe ser un proceso unidireccional, sino un intercambio recíproco de conocimientos y experiencias entre los educadores y la comunidad. En Chambo, esto implica un diálogo respetuoso entre el conocimiento médico formal y los saberes tradicionales de la comunidad, como las prácticas de curación ancestral.

Freire también critica la educación bancaria, donde el conocimiento se "deposita" pasivamente en los estudiantes. En su lugar, propone una educación problematizadora, donde los participantes identifican y resuelven los problemas que afectan su salud y bienestar. La educación para la salud, bajo este enfoque, no es solo transmisión de información, sino un proceso que permite a las personas tomar las riendas de su propia salud.

Finalmente, la pedagogía freiriana destaca la importancia de la transformación social. Las prácticas educativas en salud deben ir más allá de cambios individuales y promover la organización colectiva. En Chambo, esto podría incluir el fomento de la acción comunitaria para mejorar las condiciones de salud pública, como la creación de redes de apoyo para el acceso a servicios de salud o campañas comunitarias de prevención de enfermedades.



Al integrar estos principios, la educación para la salud en Chambo puede convertirse en un vehículo de transformación que no solo mejore el bienestar físico, sino que también capacite a los habitantes para transformar las condiciones sociales que afectan su salud y calidad de vida.

### *Teorías del aprendizaje en educación en salud*

**Teoría de la andragogía de Malcolm Knowles.** La teoría de la andragogía de Malcolm Knowles ha sido fundamental en el campo de la educación para la salud, especialmente en contextos de adultos y jóvenes adultos, donde se valora la experiencia previa y la autonomía en el aprendizaje. Esta teoría se adapta perfectamente a entornos rurales, donde los participantes a menudo traen consigo conocimientos valiosos sobre sus contextos y culturas. Al aplicar principios como la horizontalidad y la participación en el diseño de programas de educación para la salud, se fomenta un entorno de aprendizaje más inclusivo y significativo (Azofeifa, 2018; Aguilar et al., 2019).

Una característica clave de la andragogía es su enfoque en la experiencia previa de los participantes como una fuente valiosa de aprendizaje. En un entorno rural, donde las prácticas culturales y los saberes tradicionales tienen un peso significativo, integrar estos conocimientos en los programas de salud permite una mayor apropiación de los contenidos y promueve la identidad cultural. Por ejemplo, en áreas rurales, los programas que integran el conocimiento

sobre plantas medicinales y prácticas ancestrales en el diseño de los módulos de salud tienden a ser más efectivos (Núñez, J. 2004).

Además, la teoría del aprendizaje experiencial de Kolb complementa la andragogía al proporcionar un marco para aprender haciendo, lo cual es especialmente útil en la educación en salud. A través de ciclos de estudio colaborativo, los participantes pueden no solo adquirir conocimientos teóricos, sino también aplicarlos en su vida diaria, lo que contribuye a un cambio de comportamiento duradero (de Carvalho, V. 2016; y Ministerio de Salud y Protección Social Colombia. 2018).

Por otro lado, las estrategias participativas como los talleres y las dramatizaciones se han demostrado más eficaces que los métodos tradicionales de enseñanza pasiva, permitiendo a los participantes involucrarse activamente en su proceso de aprendizaje (Martínez y Sánchez, 2020). Estas metodologías promueven la retención del conocimiento y su aplicación en la vida cotidiana, lo cual es crucial en áreas rurales donde los recursos y la accesibilidad a la atención médica pueden ser limitados.

**Teoría del aprendizaje significativo de David Ausubel.** La teoría del aprendizaje significativo de David Ausubel (1968) es fundamental para la educación en salud, ya que su enfoque en la asimilación de nuevos conocimientos a través de la conexión con los

conocimientos previos facilita la creación de aprendizajes más duraderos y aplicables a situaciones de la vida real (Rodríguez, A. 2011). En el contexto de la educación para la salud, este enfoque puede ser particularmente valioso, ya que permite que los estudiantes integren conceptos nuevos, como prácticas saludables o información sobre enfermedades, con sus propias experiencias y saberes previos. Esto fomenta una comprensión profunda, más allá de la simple memorización.

Ausubel (1968) plantea que para que el aprendizaje sea significativo, el contenido debe tener relevancia lógica y psicológica, es decir, el nuevo conocimiento debe estar relacionado con la estructura cognitiva del individuo. Moreira (2012) también destaca que la aplicación superficial de esta teoría en contextos educativos puede derivar en la memorización mecánica, lo cual no favorece el verdadero aprendizaje. Sin embargo, cuando se implementa adecuadamente, la teoría del aprendizaje significativo tiene un impacto directo en el desarrollo de competencias críticas en los estudiantes, facilitando una comprensión más holística de los contenidos.

En la educación para la salud, es esencial crear situaciones de aprendizaje donde los educandos puedan conectar nuevas prácticas de salud con su conocimiento previo sobre el cuidado del cuerpo, enfermedades comunes, o sus experiencias personales con el sistema de salud. Por ejemplo, en áreas rurales, los conocimientos tradicionales de las comunidades sobre

salud pueden ser utilizados como una base sobre la cual introducir conceptos médicos nuevos, lo que facilita su asimilación.

**Teoría del aprendizaje experiencial de Kolb.** La Teoría del Aprendizaje Experiencial de Kolb es ampliamente reconocida por su enfoque cíclico del aprendizaje, donde el conocimiento se adquiere a través de la experiencia directa y reflexiva. Este ciclo se divide en cuatro fases:

- **Experiencia Concreta:** Implica la inmersión en una experiencia práctica real.
- **Observación Reflexiva:** Aquí los individuos reflexionan sobre lo sucedido durante la experiencia.
- **Conceptualización Abstracta:** Los participantes generan ideas o conceptos a partir de la reflexión.
- **Experimentación Activa:** Finalmente, se implementan los nuevos conceptos en situaciones similares, poniendo a prueba lo aprendido (Fuentes, 2019).

En el contexto de la educación para la salud, especialmente con adultos mayores en áreas rurales como Chambo, este ciclo se convierte en una herramienta pedagógica crucial. A través de la experiencia concreta (por ejemplo, la administración de medicamentos), los participantes pueden reflexionar sobre sus prácticas, conceptualizar mejoras y experimentar nuevas formas de

autocuidado. Esto fomenta una educación activa y participativa, adaptada a las necesidades individuales y colectivas.

Además, el enfoque democrático de Kolb, que promueve la colaboración y el diálogo, es ideal para contextos rurales donde el conocimiento local y las experiencias de vida son fundamentales. El uso de esta metodología permite que los adultos mayores sean agentes activos en su propio proceso de aprendizaje, lo que puede llevar a una mayor adherencia a los tratamientos médicos y a un mejor autocuidado (Dávila, G., et al. (2019).

**Aprendizaje a través de la reflexión.** Boud, et al. (1985) subrayan que la reflexión es un componente esencial para convertir la experiencia en aprendizaje significativo. Este proceso de reflexión permite a los participantes analizar sus propias experiencias y tomar decisiones basadas en una comprensión más profunda de sus acciones y su contexto. En el contexto de la educación para la salud en comunidades rurales como Chambo, la reflexión sobre las prácticas de autocuidado y los factores que influyen en la salud individual y colectiva es crucial para fomentar cambios sostenibles. Al permitir que los participantes reflexionen sobre sus vivencias con la administración de medicamentos, la nutrición o la salud reproductiva, se genera un aprendizaje más profundo y relevante, lo que fortalece su capacidad para adoptar y mantener conductas saludables. La incorporación de la reflexión en las intervenciones educativas, tal como

lo proponen Boud, et al. (1985), permite que los jóvenes y adultos de Chambo no solo adquieran conocimientos teóricos, sino que también desarrollen una comprensión crítica de cómo estos conocimientos se aplican en su vida diaria.

**El modelo de creencias de salud (MCS).** Este modelo, originalmente formulado por Isaac M. Rosenstock en 1966, es un marco teórico utilizado para explicar y predecir las conductas preventivas de salud basadas en las creencias de los individuos sobre una enfermedad o condición de salud. Aunque Rosenstock es uno de los pioneros en la creación del modelo, la teoría ha sido expandida y modificada por otros investigadores a lo largo de los años, incluyendo a Becker y Maiman en la década de 1970, quienes adaptaron el MCS para diversas intervenciones de salud pública.

El MCS sostiene que el comportamiento de las personas frente a una enfermedad depende de la percepción individual sobre:

- **Susceptibilidad percibida:** La creencia sobre la probabilidad de contraer la enfermedad.
- **Severidad percibida:** La percepción sobre la gravedad de las consecuencias de la enfermedad.

- **Beneficios percibidos:** La creencia de que un comportamiento preventivo reducirá el riesgo o la gravedad de la enfermedad.
- **Barreras percibidas:** Los obstáculos que dificultan la adopción del comportamiento preventivo.
- **Cues to action (Claves para la acción):** Factores externos que motivan a la persona a tomar medidas (por ejemplo, una campaña de salud o un consejo médico).
- **Autoeficacia:** La confianza en la capacidad de realizar el comportamiento requerido para prevenir o manejar la enfermedad.

Este modelo ha sido ampliamente utilizado para entender comportamientos relacionados con la prevención de enfermedades, como la vacunación, la adherencia a tratamientos médicos y cambios en el estilo de vida, como la alimentación y la actividad física. La efectividad del MCS radica en su capacidad para personalizar intervenciones de salud, ya que los profesionales pueden diseñar estrategias adaptadas a las creencias y percepciones de los pacientes, logrando una mayor efectividad en la promoción de hábitos saludables.

**El modelo "Behavior Change Wheel" en intervenciones educativas de salud.** Este modelo, propuesto por Michie, van Stralen y West (2011), es uno que estructura intervenciones para cambiar comportamientos de manera más eficaz al considerar tres componentes clave: la

capacidad, la oportunidad y la motivación, conocidos como COM-B. Este marco es altamente relevante para el diseño de intervenciones educativas en salud en contextos rurales, como Chambo, ya que permite una comprensión más profunda de los factores que limitan o favorecen la adopción de comportamientos saludables en los participantes. A través del BCW, las intervenciones educativas pueden adaptarse no solo a los conocimientos y habilidades (capacidad) de los jóvenes y adultos de la comunidad, sino también a las oportunidades disponibles en su entorno y su motivación para implementar cambios. Esta metodología garantiza que las soluciones educativas sean más holísticas, abordando las barreras contextuales y sociales que impiden el autocuidado y la adopción de prácticas preventivas en salud. La flexibilidad del BCW permite diseñar programas de salud más personalizados y culturalmente relevantes, promoviendo una participación comunitaria activa y un cambio de comportamiento sostenible.

**La Teoría social cognitiva de Albert Bandura.** Desarrollada en la década de 1970, destaca cómo las personas adquieren conocimientos observando, imitando y modelando el comportamiento de otros dentro de su entorno social. Un concepto central en esta teoría es la autoeficacia, que se refiere a la creencia de una persona en su capacidad para ejecutar una acción con éxito. Esta teoría es particularmente útil en la educación para la salud porque ofrece un



marco para diseñar intervenciones educativas que fortalezcan la confianza de los participantes en su habilidad para gestionar su salud.

Uno de los aspectos más relevantes de esta teoría es el determinismo recíproco, que plantea que el comportamiento humano es el resultado de la interacción continua entre factores personales, conductuales y ambientales. En el contexto de la educación para la salud, esto significa que los pacientes no solo pueden ser influenciados por su entorno, sino que también pueden modificar ese entorno a través de sus acciones, creando un ciclo de retroalimentación positiva que fomenta el autocuidado y los hábitos saludables. Su aplicabilidad en salud se muestra a través de sus principios:

- **Modelado de conductas:** Al observar a otros miembros de la comunidad que han adoptado prácticas saludables, los individuos pueden imitar esas conductas, lo que refuerza el proceso de aprendizaje social.
- **Refuerzo de la autoeficacia:** Los educadores en salud deben enfocarse en fortalecer la confianza de los educandos en su capacidad para implementar cambios en sus hábitos de salud. Esto puede lograrse mediante la observación de modelos de éxito dentro de la comunidad o el uso de retroalimentación positiva.

- **Entornos de apoyo:** Involucrar a la familia y la comunidad es crucial para crear un entorno favorable que promueva conductas saludables, aumentando las probabilidades de éxito en la implementación de hábitos de autocuidado.
- **Determinismo recíproco:** Las personas pueden influir en su entorno y viceversa. Al empoderar a los participantes para gestionar su salud, estos pueden generar un impacto positivo en su comunidad, promoviendo cambios sociales a largo plazo.

La teoría de Bandura (1970) se adapta bien a las intervenciones educativas en salud, especialmente en contextos rurales, donde el aprendizaje mediante la observación y la participación comunitaria son fundamentales para el éxito de las iniciativas de salud pública.

**La Educación popular.** Integra un enfoque dialógico, crítico y participativo que resulta clave en la enseñanza para la salud. Este enfoque promueve la participación activa de los educandos, respetando sus conocimientos previos y construyendo colectivamente el conocimiento, lo que se alinea con las propuestas de Paulo Freire (1970), quien considera la educación como un proceso emancipador. En este contexto, la educación popular no solo transmite información técnica, sino que fomenta una reflexión crítica sobre las condiciones sociales que afectan la salud (Arriagada, V., y Alberto, L. 2013).

Ebling et al. (2012) destacan que este enfoque es especialmente relevante para la educación para la salud al alejarse de los modelos tradicionales y técnicos, promoviendo un conocimiento situado en las realidades locales y en el respeto a los saberes previos. En esta línea, se reconoce que la educación popular permite abordar de manera más efectiva los determinantes sociales de la salud, como la pobreza, el acceso limitado a servicios sanitarios y las prácticas culturales.

Zea (2019) subraya la importancia del diálogo en la educación popular, ya que facilita una relación horizontal entre educadores y educandos. Este enfoque permite que los adultos mayores y jóvenes reflexionen críticamente sobre sus prácticas de autocuidado y cómo están influenciadas por sus condiciones sociales. El diálogo crítico no solo transmite conocimientos, sino que también permite a los participantes analizar sus situaciones y desarrollar estrategias para mejorar su bienestar.

Un ejemplo práctico de la educación popular aplicada a la salud es el trabajo de los Bachilleratos Populares en Argentina. Garelli, F., et al. (2019) destacan que estos programas abordan la salud desde una perspectiva multidimensional, incluyendo derechos, género y comunidad. Este modelo muestra cómo la educación para la salud puede ser inclusiva y participativa, ayudando a los individuos a cuestionar y transformar las condiciones que afectan su bienestar.

En contextos rurales como Chambo, la educación popular facilita un enfoque adaptado a las realidades locales, reconociendo y validando los saberes tradicionales sobre la salud. Vivero y Alberto (2013) sostienen que este tipo de educación reconoce a los individuos como protagonistas de su propio aprendizaje, integrando sus conocimientos y experiencias en el proceso educativo.

**Teoría de la participación comunitaria en salud de Juan Irigoyen (1994).** Desarrollada por Juan Irigoyen se fundamenta en el principio de que la salud es un proceso colectivo y no meramente individual. La teoría postula que los problemas de salud de una comunidad deben abordarse mediante la participación activa de sus miembros, quienes deben tener la capacidad de incidir en las decisiones que afectan su bienestar. Esto incluye la idea de que la salud no se puede reducir únicamente a factores biomédicos, sino que debe considerarse una construcción social, influenciada por determinantes sociales como la educación, las condiciones de vida, el acceso a servicios de salud y el apoyo comunitario.

Uno de los ejes centrales de la teoría es el empoderamiento comunitario, que plantea que las comunidades deben estar capacitadas para autogestionar su salud y tomar decisiones informadas sobre los factores que inciden en su bienestar. Este enfoque promueve la creación de espacios en los que los ciudadanos no solo reciban información, sino que también desarrollen las habilidades

necesarias para participar activamente en la creación de políticas y programas de salud. A través de la educación, las personas pueden adquirir herramientas para comprender su situación y proponer soluciones colectivas, lo que a su vez refuerza la autonomía y el control sobre sus propias vidas.

Irigoyen enfatiza la importancia de la acción colectiva como un medio para lograr mejoras sostenibles en la salud pública. La participación activa y horizontal de la comunidad es clave para identificar problemas, proponer soluciones y abogar por políticas que beneficien a la población. Este enfoque contrasta con los modelos verticales tradicionales, donde las decisiones de salud se toman sin la participación de la comunidad, y resalta la importancia de incluir a todos los actores en el proceso de toma de decisiones.

En el contexto de la educación en salud para jóvenes y adultos, la teoría de Irigoyen sostiene que los participantes deben ser co-creadores del conocimiento. Esto implica un proceso educativo dialógico, en el que los individuos compartan sus experiencias y reflexionen sobre ellas, construyendo colectivamente un entendimiento más profundo de sus problemas de salud. El rol de la comunidad en este proceso es crucial, ya que los saberes locales y las redes de apoyo contribuyen al éxito de las intervenciones educativas en salud.

Otro autor destacado es Paula Braveman (2011), quien ha escrito sobre los determinantes sociales de la salud y la importancia de la acción comunitaria para abordar las desigualdades en salud. Braveman resalta que la participación comunitaria es crucial para reducir las disparidades de salud, lo que refuerza el enfoque de Irigoyen sobre la salud como una construcción social.

Rifkin (2020) también ha trabajado extensamente en participación comunitaria en salud, proponiendo que la colaboración entre los profesionales de la salud y las comunidades es clave para el éxito de las intervenciones en salud pública. Rifkin se ha centrado en la importancia de la horizontalidad y la inclusión de la comunidad en la toma de decisiones.

Wallerstein (2006) es otro autor que ha escrito sobre el empoderamiento en salud, argumentando que la participación comunitaria promueve la equidad en salud y fortalece la capacidad de las comunidades para enfrentar sus propios desafíos de salud. Wallerstein sostiene que el empoderamiento es un proceso dinámico que requiere la creación de espacios seguros para la participación comunitaria y el aprendizaje colectivo.

**Investigación participativa basada en la comunidad (IPBC).** Wallerstein y Duran (2010) destacan la importancia de la investigación participativa basada en la comunidad (IPBC) como un enfoque clave para la mejora de la equidad en salud. Según estos autores, la IPBC integra la ciencia y la práctica al involucrar activamente a las comunidades en el proceso de investigación

y diseño de intervenciones. Este enfoque participativo permite que las comunidades sean co-creadoras de soluciones, lo que aumenta la relevancia y efectividad de las intervenciones de salud. En el contexto rural de Chambo, donde los problemas de salud están profundamente influenciados por factores sociales y culturales, la IPBC ofrece un marco valioso para diseñar prácticas educativas que se alineen con las necesidades reales de la comunidad. Al involucrar a los jóvenes y adultos en el diseño de las intervenciones educativas, se asegura que las soluciones propuestas sean culturalmente apropiadas, accesibles y sostenibles a largo plazo. Este enfoque, centrado en la comunidad, fortalece la capacidad de los participantes para influir en su entorno y generar cambios duraderos en las condiciones que afectan su salud.

### ***Teorías de comunicación en salud***

El modelo de etapas de cambio y las estrategias narrativas forman parte integral de las teorías de comunicación en salud. Al aplicar el modelo de etapas de cambio, se permite a los educadores adaptar sus intervenciones según el nivel de disposición de los participantes, lo que es clave para trabajar con adultos mayores en comunidades rurales. Este enfoque ayuda a personalizar las intervenciones, promoviendo la toma de decisiones informadas sobre la salud. Además, el uso de narrativas y estrategias de entretenimiento-educación, como se destaca en los trabajos de Igartua

(1970), ha demostrado ser efectivo para cambiar actitudes y comportamientos mediante dramatizaciones o historias que conectan con la cultura local.

Asimismo, la simplificación del lenguaje es crucial en la educación para la salud en entornos rurales. Barrio et al. (2011) subrayan la importancia de usar un lenguaje claro para facilitar la comprensión en poblaciones con bajos niveles de alfabetización. Esto está alineado con el objetivo de empoderar a los adultos mayores, proporcionándoles herramientas comprensibles y culturalmente relevantes.

La teoría de la persuasión y los modelos de procesamiento cognitivo, como los presentados por Cameron (2009), permiten diseñar estrategias que influyen en las actitudes hacia el autocuidado, un componente esencial para mejorar la administración de medicamentos en adultos mayores. Las tecnologías de la información y la comunicación, como la radio comunitaria o los teléfonos móviles, se destacan como recursos que pueden superar las barreras de alfabetización en zonas rurales, facilitando el acceso a la información sanitaria (Rice, 1985).

Involucrar a los participantes en el diseño de los materiales educativos, tal como recomienda Barrio et al. (2011), fomenta una participación activa y asegura que los contenidos sean pertinentes a sus necesidades y realidades. Esto refleja un enfoque dialógico, donde los adultos



mayores no solo reciben información, sino que co-crean soluciones a sus problemas de salud  
Choles, C., et al. (2017).

Estas teorías y sus representantes son fundamentales para entender cómo se estructura la comunicación en intervenciones de salud, garantizando que la información sea accesible, persuasiva y efectiva en el cambio de comportamientos, especialmente en contextos rurales.

El Modelo de Etapas de Cambio de Prochaska y DiClemente (1983), al que haces referencia, es un enfoque esencial para estructurar intervenciones educativas, especialmente en contextos de salud, permitiendo la adaptación de estrategias según la fase de cambio en la que se encuentra cada individuo. Al considerar que los participantes en zonas rurales, como los adultos mayores en Chambo, pueden encontrarse en diferentes etapas de cambio, el uso de este modelo facilita la personalización de los programas educativos, maximizando su efectividad.

Por otro lado, la integración de tecnologías de comunicación, como se propone en los trabajos de Ronald Rice (1985), ofrece soluciones innovadoras para superar las barreras de alfabetización en zonas rurales. El uso de medios audiovisuales y tecnologías accesibles, como la radio comunitaria o los teléfonos móviles, puede expandir el alcance de las intervenciones educativas en salud.

Kreps (2012) subraya la importancia crítica de la comunicación efectiva en las estrategias de educación para la salud. El autor destaca que una comunicación clara y adaptada al contexto del paciente es fundamental para mejorar la comprensión de las instrucciones médicas y promover el autocuidado. Este principio es especialmente relevante en áreas rurales como Chambo, donde las barreras de alfabetización y las diferencias culturales pueden complicar la transmisión de información sanitaria. Kreps argumenta que las intervenciones educativas deben ir más allá de la simple transmisión de información, integrando estrategias que faciliten el diálogo, la retroalimentación y la interacción activa entre los educadores y la comunidad. De esta manera, se promueve una comprensión más profunda y un cambio de comportamiento sostenible. Además, enfatiza la necesidad de utilizar múltiples canales de comunicación, incluidos los medios tradicionales y digitales, para maximizar el alcance y la efectividad de las intervenciones en salud, lo que es particularmente útil en contextos rurales con acceso limitado a la atención sanitaria.

### ***Métodos pedagógicos aplicados en educación para la salud***

**Adaptación de las prácticas educativas a la diversidad cultural.** Los métodos pedagógicos aplicados en la educación para la salud deben ser sensibles a la diversidad cultural y adaptarse al contexto particular de las comunidades, especialmente en áreas rurales. Las investigaciones de Herrera y Alzate (2008, 2010) destacan cómo las creencias y prácticas culturales moldean

profundamente las percepciones sobre la salud y la atención médica. En poblaciones indígenas, estas prácticas son esenciales, transmitiéndose de generación en generación, y reflejan la identidad cultural y las tradiciones familiares. Sin embargo, como muestra el estudio de Müller et al. (2009), las decisiones de salud no siempre están completamente influenciadas por la cultura, y en algunos casos, las personas prefieren el asesoramiento médico profesional cuando las creencias tradicionales no ofrecen una solución clara.

En este contexto, la educación para la salud debe integrar un enfoque intercultural. Los estudios de Oliveira et al. (2012) sobre las zonas rurales de Brasil demuestran cómo los agentes de salud comunitarios logran un equilibrio entre el conocimiento biomédico y las creencias religiosas locales para mejorar la atención sanitaria. Del mismo modo, en Chile, Valenzuela y Conejeros (2023) destacan la importancia de integrar la identidad indígena y la historia local en la educación, lo que fomenta un mayor sentido de pertenencia y relevancia cultural entre los participantes. Estas experiencias muestran cómo el contexto social e histórico influye en las prácticas pedagógicas y la enseñanza de la salud en áreas rurales.

Para la investigación en el contexto rural de Chambo, el trabajo de Parra y Pacheco (2006) sobre el diálogo intercultural en los sistemas de salud es particularmente relevante. Estos autores proponen que la integración entre el sistema biomédico y el sistema de salud tradicional no debe

imponerse de manera vertical, sino a través de un diálogo respetuoso que valore ambas formas de conocimiento. Este enfoque intercultural es esencial en Chambo, donde las creencias y prácticas tradicionales de salud coexisten con las intervenciones del Ministerio de Salud Pública. Integrar prácticas como el uso de plantas medicinales locales en los programas de salud reproductiva o mental puede aumentar la eficacia de las intervenciones, ya que las prácticas tradicionales tienen un fuerte arraigo en la comunidad.

Además, es clave que las prácticas educativas no desvaloricen los conocimientos tradicionales, sino que los validen y los utilicen como herramientas complementarias a la atención médica moderna. Esto permitirá una mayor aceptación por parte de la comunidad y fomentará un enfoque de salud más inclusivo y sostenible, tal como señalan Herrera y Alzate (2010); y Parra y Pacheco (2006).

Parra y Pacheco abogan por una interculturalidad crítica, que no solo implique la coexistencia de diferentes sistemas de salud, sino también una reflexión sobre las relaciones de poder y los desequilibrios que existen entre ellos. Esta perspectiva crítica es valiosa, favorece al abordaje de las desigualdades en el acceso y uso de los servicios de salud en Chambo. Nos aproxima al análisis de cómo las prácticas biomédicas han sido históricamente privilegiadas sobre las tradicionales y cómo esto ha impactado en la comunidad.

Los autores resaltan que la resiliencia cultural es fundamental para la salud comunitaria, ya que las comunidades que valoran y preservan sus saberes tradicionales tienden a ser más resilientes frente a los desafíos de salud. Esta resiliencia cultural debe estar presente en los programas educativos, para que no solo enseñen prácticas modernas de salud, sino que también refuercen el orgullo y la identidad cultural en torno a las prácticas tradicionales. Al hacerlo, no solo se contribuye a la mejora de la salud física, sino también a la salud mental y emocional de la comunidad, ya que se fortalece su sentido de identidad y pertenencia.

Además, Parra y Pacheco promueven la construcción colectiva del conocimiento, donde las comunidades no solo reciben información, sino que participan activamente en la creación de soluciones de salud que reflejan tanto sus necesidades como sus saberes. En el caso de Chambo, esto podría significar que los habitantes sean parte del diseño de las metodologías educativas, lo que asegura que las intervenciones sean sostenibles y relevantes a largo plazo.

La flexibilidad es otro principio clave para los autores, quienes argumentan que los programas de salud deben adaptarse a las realidades cambiantes de las comunidades en las que se implementan. Esto es fundamental en un contexto rural como Chambo, donde los programas educativos en salud deben ser capaces de evolucionar junto con las necesidades y las dinámicas sociales. Así, la integración entre los saberes tradicionales y los conocimientos biomédicos puede

mantenerse viva y en constante desarrollo, enriqueciendo tanto las prácticas de salud como el orgullo cultural de la comunidad.

### **Estrategias pedagógicas**

**Aprendizaje basado en problemas, educación a distancia y gamificación.** El Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) es una metodología que coloca al estudiante en el centro del proceso educativo, permitiendo la resolución de problemas prácticos, lo que fomenta habilidades como el pensamiento crítico, el trabajo en equipo y la capacidad de investigación (Ramírez y Navarro, 2015). En el contexto de Chambo, esta metodología resulta ideal para abordar problemas específicos de salud como la desnutrición infantil, la administración de medicamentos y la salud sexual y reproductiva. Los participantes no solo adquieren conocimientos, sino que aprenden a resolver problemas a partir de un enfoque interdisciplinario que considera aspectos sociales, culturales y ambientales.

El ABP es transformador en este contexto porque:

- **Enfoque en problemas concretos:** Se abordan problemas reales que afectan la comunidad, lo que otorga relevancia y contexto al aprendizaje.

- **Protagonismo de los participantes:** Los participantes, en lugar de ser receptores pasivos de información, toman un rol activo en la identificación de problemas y en la búsqueda de soluciones.
- **Desarrollo de habilidades críticas:** Se fomenta la capacidad de los participantes para pensar críticamente y adaptarse a nuevos desafíos, como los cambios económicos o climáticos, desarrollando así competencias transferibles que pueden ser aplicadas en otros aspectos de sus vidas.

En combinación con la educación a distancia, el ABP se vuelve aún más accesible, especialmente en zonas rurales como Chambo, donde las distancias geográficas y la escasez de recursos limitan el acceso a la educación formal. Según Oliveira et al. (2018), la educación a distancia facilita el acceso a recursos educativos y permite que los participantes estudien a su propio ritmo, algo fundamental en comunidades donde las responsabilidades familiares y laborales pueden ser obstáculos para la educación presencial. Algunos beneficios de la educación a distancia son:

- **Democratiza el conocimiento:** Al utilizar tecnologías accesibles como teléfonos móviles, radios o plataformas digitales, se ofrece la oportunidad de aprendizaje a un mayor número de personas, independientemente de su ubicación.

- **Flexibilidad:** Los estudiantes pueden adaptar el ritmo de su aprendizaje a sus necesidades y obligaciones personales, lo cual es esencial en contextos rurales.
- **Autonomía en el aprendizaje:** Fomenta una mayor responsabilidad y proactividad en los estudiantes, que buscan soluciones por sí mismos, basándose en los problemas que afectan a sus comunidades.

La gamificación también juega un papel clave en la educación en salud. Al integrar elementos de juego, como recompensas, niveles o competencias, se puede incrementar la motivación de los participantes, especialmente en contextos donde la educación tradicional puede no ser atractiva o accesible (Deterding et al. 2012). En el contexto de Chambo, la gamificación puede ser utilizada para enseñar conceptos de salud de manera interactiva y lúdica, haciendo que el aprendizaje sea más atractivo y participativo.

La gamificación, entendida como el uso de elementos propios de los juegos para motivar y comprometer a los participantes en contextos no lúdicos, ha demostrado ser una herramienta poderosa en la educación para la salud (Deterding, 2012). Deterding señala que los sistemas de gamificación están diseñados para aumentar la motivación intrínseca a través del uso de desafíos, recompensas y retroalimentación, lo que facilita la adopción de nuevos comportamientos. En el contexto rural de Chambo, la gamificación puede utilizarse para fomentar la participación activa



de jóvenes y adultos en los programas de educación para la salud, especialmente en temas relacionados con la salud sexual, la prevención de enfermedades y la gestión de la medicación. La implementación de juegos educativos y actividades lúdicas, donde los participantes puedan aprender de forma interactiva y colaborativa, refuerza no solo el aprendizaje, sino también la adherencia a las prácticas de salud. Al involucrar a los participantes de manera dinámica y entretenida, se mejora la retención de la información y se promueven cambios de comportamiento más sostenibles a largo plazo.

La combinación de ABP, educación a distancia y gamificación proporciona una estructura dinámica y flexible para enfrentar los desafíos educativos en salud en contextos rurales, como es el caso de Chambo. Estas estrategias permiten a los participantes ser los protagonistas de su aprendizaje, adaptándose a sus ritmos y contextos, lo que favorece una educación más inclusiva, relevante y efectiva.

**La sesión educativa posconsulta.** La sesión educativa posconsulta, dirigida por enfermeras, ha demostrado ser una intervención clave en la mejora de la salud, especialmente en pacientes con afecciones cardiovasculares. Estas sesiones educativas, que tienen lugar después de las consultas clínicas, se enfocan en modificar factores de riesgo como el sedentarismo, la obesidad

y el tabaquismo, promoviendo el autocuidado y la adherencia al tratamiento (Brevis et al. 2014; López y Capote, 2005).

Los estudios han revelado que estas intervenciones no solo mejoran el conocimiento sobre la enfermedad, sino que también logran cambios sostenibles en los estilos de vida de los pacientes, lo que se traduce en mejores resultados de salud. La insuficiencia cardíaca, por ejemplo, es un área donde las intervenciones educativas han resultado en un mayor entendimiento de la enfermedad y en una mayor adherencia al tratamiento (Yera et al. 2009).

En un contexto rural como Chambo, la implementación de este tipo de estrategias educativas resulta fundamental. Al adaptarlas a las necesidades locales, se pueden abordar no solo enfermedades cardiovasculares, sino otros problemas de salud prevenibles como la desnutrición, las enfermedades crónicas, y la salud reproductiva, que afectan tanto a jóvenes como a adultos. Las intervenciones educativas en este contexto no solo pueden enfocarse en la modificación de factores de riesgo, sino también en la correcta administración de medicamentos, promoviendo el autocuidado en la comunidad rural.

Además, la documentación rigurosa y el seguimiento continuo de las intervenciones son elementos clave para asegurar la sostenibilidad de estos programas, lo que es esencial en

comunidades con acceso limitado a servicios de salud. Así, se facilita una evaluación precisa del impacto de las prácticas educativas y se ajustan según las necesidades de los participantes.

Por lo tanto, la educación posterior a la consulta no solo mejora los conocimientos y la adherencia al tratamiento, sino que también empodera a las comunidades rurales, ayudándolas a tomar decisiones informadas y a desarrollar una mayor autonomía en el manejo de su salud.

**Uso de sistemas codificados por colores y educación pictórica interactiva.** Son herramientas educativas sumamente efectivas para mejorar la adherencia a los tratamientos médicos en adultos mayores, especialmente en áreas rurales donde los bajos niveles de alfabetización son un desafío importante. Estas estrategias, basadas en representaciones visuales simples y accesibles, permiten que los participantes, independientemente de su capacidad lectora, comprendan y sigan correctamente las indicaciones sobre la administración de medicamentos (Bezerra et al. 2020; Park, 2011).

Al utilizar colores y pictogramas para indicar la dosis y el momento adecuado para tomar los medicamentos, se reduce el riesgo de errores en la medicación y se mejora la seguridad del tratamiento. Este enfoque es clave para combatir problemas como la polifarmacia, una condición común entre los adultos mayores que puede llevar a interacciones farmacológicas no deseadas si no se maneja correctamente (Sánchez et al. 2019). Los sistemas codificados por colores permiten

a los pacientes identificar de forma rápida y clara cada medicamento, evitando confusiones y mejorando la adherencia al tratamiento.

La teoría del aprendizaje basada en la autoeficacia de Bandura también apoya este enfoque, ya que el uso de herramientas visuales refuerza la confianza de los pacientes en su capacidad para administrar correctamente sus medicamentos, aumentando su autonomía (Bandura, 1977). Además, estudios han demostrado que la educación pictórica interactiva es particularmente útil en comunidades rurales donde los niveles de alfabetización son más bajos, lo que facilita la comprensión y el manejo seguro de los medicamentos (Park, 2011).

Esta metodología, además de ser eficaz en la administración de medicamentos, también puede aplicarse a otros ámbitos de la educación en salud, permitiendo una mayor autonomía y empoderamiento en la gestión del bienestar personal (García, J. 2017).

**Educación comunitaria.** Es un enfoque educativo que involucra activamente a la comunidad en el proceso de enseñanza-aprendizaje, permitiendo que los miembros se conviertan en protagonistas de su desarrollo y empoderamiento. Se centra en identificar y abordar los problemas locales mediante un proceso colaborativo y contextualizado, donde la comunidad no solo recibe conocimiento, sino que también lo construye, adaptándolo a sus realidades.

Paulo Freire es uno de los grandes referentes de este enfoque, ya que su pedagogía liberadora promueve la idea de que el aprendizaje debe ser un proceso dialógico, donde tanto el educador como los educandos aprenden juntos. Para Freire (1970), la educación no es una transferencia de conocimientos, sino un acto de creación conjunta, donde las personas reflexionan sobre su realidad para transformarla. Esto es fundamental en la educación comunitaria, ya que permite que los miembros de la comunidad se apropien del proceso educativo y lo adapten a sus necesidades y contextos específicos.

Otro exponente clave en la educación comunitaria es Carlos Núñez Hurtado (1999), quien aboga por una pedagogía comunitaria que fomente la intervención educativa en contextos marginales, promoviendo la participación activa de la comunidad para generar cambios sociales profundos. Su enfoque destaca la importancia de contextualizar la educación, reconociendo que cada comunidad tiene sus propios problemas y dinámicas, y que el proceso educativo debe respetar y aprovechar esos conocimientos locales.

Este enfoque tiene un potencial transformador en la salud comunitaria, donde los participantes no solo adquieren conocimientos, sino que desarrollan habilidades para el autocuidado y el manejo de su bienestar. La educación comunitaria en salud se adapta a los problemas específicos de la comunidad, como los desafíos socioeconómicos y culturales, que influyen directamente en

las prácticas de salud. Así, los participantes no solo aprenden sobre temas de salud, sino que también se empoderan para tomar decisiones informadas y responsables sobre su bienestar, lo que garantiza que los cambios sean sostenibles en el tiempo.

### *Prácticas educativas*

Las prácticas educativas, especialmente en contextos rurales, son un fenómeno multidimensional que no solo responde a aspectos pedagógicos, sino que está profundamente influenciado por factores sociales, culturales e históricos. Según Gómez (2008), las prácticas educativas representan soluciones rutinarias al desafío de cómo enseñar, lo cual las convierte en procesos adaptativos, que se modifican según las condiciones sociohistóricas del entorno en el que se implementan (Valladares, 2018; Bandeira y Ibiapina, 1969). Esto es particularmente relevante en zonas rurales como Chambo, donde las intervenciones educativas en salud deben ajustarse a las necesidades y características de la población, con un enfoque flexible y contextualizado.

La práctica educativa en salud va más allá de la transmisión de conocimiento; se trata de un proceso reflexivo y dinámico que permite a los profesionales adaptar sus intervenciones según el contexto sociohistórico de la comunidad (García y Sánchez, 2013). En este sentido, la praxis juega un rol crucial, ya que implica una integración constante entre teoría y práctica, lo que

permite una transformación continua de las estrategias educativas (Bandeira y Ibiapina, 1969).

Este enfoque es particularmente relevante en comunidades rurales, donde los programas de salud deben evolucionar en respuesta a los desafíos específicos, como el acceso limitado a los servicios de salud, los conocimientos tradicionales, o las condiciones económicas y culturales del lugar.

Un aspecto clave es la flexibilidad de las prácticas educativas, que según Almeida (2007), deben ser diseñadas para generar aprendizajes significativos, que tengan aplicación práctica en la vida diaria de los educandos. En zonas rurales, esta flexibilidad es fundamental para responder a las necesidades cambiantes de la comunidad, asegurando que las intervenciones educativas en salud no solo informen, sino que también empoderen a los participantes para gestionar su propio bienestar.

Además, en el contexto rural, la práctica educativa significativa implica una revalorización de los saberes locales y la integración de estos en el proceso educativo. Núñez, (2008) sugiere que la inclusión de prácticas sociales campesinas, como el uso de tecnologías tradicionales o conocimientos sobre la biodiversidad local, puede contribuir a una mayor pertinencia cultural de los programas educativos en salud. Esto también se relaciona con la importancia de adoptar un modelo dialógico en la educación para la salud, que promueva un intercambio de saberes entre

los profesionales de salud y la comunidad, facilitando una mayor apropiación del conocimiento (Fernández, M., y Díaz, C. (2020).

La educación comunitaria, centrada en la colaboración y participación activa de los miembros de la comunidad, es otro enfoque clave. Este tipo de educación, promovida por autores como Paulo Freire y Carlos Núñez Hurtado, enfatiza la importancia de construir conocimientos de manera colectiva, basándose en las experiencias y realidades locales (Freire, 1970; Núñez, 1999). Al integrar estas perspectivas en las prácticas educativas en salud en Chambo, se puede asegurar que las intervenciones sean no solo más inclusivas, sino también sostenibles y culturalmente pertinentes.

### **Revisión de documentación**

La revisión documental presentada a continuación aborda las áreas claves de la investigación, focalizándose en los temas de prácticas educativas, participación comunitaria, modelos de evaluación en salud y empoderamiento, los cuales se articulan con los objetivos de la presente tesis. Estos enfoques permiten no solo entender los factores que influyen en el éxito de una práctica educativa en salud implementada en zonas rurales, sino también analizar cómo se generan y transforman los procesos de aprendizaje, promoviendo la autonomía y empoderamiento de los participantes.



### *Prácticas educativas en contextos de salud*

Las prácticas educativas en el ámbito de la salud representan una herramienta clave para la transformación de los comportamientos y actitudes de las comunidades, especialmente en áreas rurales. Según varios estudios, las prácticas pedagógicas en salud deben adaptarse a las realidades socioculturales de los participantes, reconociendo los saberes previos y la cultura local. En el contexto rural, estos elementos se convierten en determinantes esenciales para el éxito de las intervenciones educativas (Bertaccini, Grimblat, y Santi, 2015). El análisis de experiencias previas en comunidades rurales marginales de Ecuador, como el trabajo de Bottasso y Cazón (2016), ha demostrado que la integración de métodos participativos en la educación en salud puede incrementar significativamente la participación activa de los beneficiarios, favoreciendo la adopción de prácticas de autocuidado.

Por otra parte, la revisión de las prácticas pedagógicas de Freire (2002) en su enfoque de educación popular destaca la importancia del diálogo y la horizontalidad en los procesos educativos, lo que permite que los individuos se conviertan en agentes activos de su propio aprendizaje. Este enfoque es altamente relevante para el estudio de las prácticas educativas significativas implementadas en el cantón Chambo, ya que fomenta un entorno en el que los

participantes no solo adquieren conocimientos sobre su salud, sino que desarrollan capacidades críticas para analizar su entorno y tomar decisiones informadas sobre su bienestar.

### ***Participación comunitaria y empoderamiento en la salud***

La participación comunitaria es un principio esencial en la implementación de programas de salud en áreas rurales. La Declaración de Alma-Ata (1978) estableció la importancia de involucrar a la comunidad en la planificación y ejecución de programas de salud como un paso hacia el empoderamiento colectivo. A lo largo de los años, este principio ha evolucionado y se ha consolidado en diversas intervenciones de salud pública, tanto a nivel local como internacional (De La Guardia y Ruvalcaba, 2020). La participación de los individuos en la identificación y solución de sus problemas de salud contribuye no solo a mejorar los resultados sanitarios, sino también a fortalecer el tejido social de las comunidades rurales.

La implementación de metodologías participativas como el Participatory Learning and Action (PLA), ha demostrado ser eficaz en comunidades rurales, permitiendo a los participantes analizar sus propias condiciones y generar planes de acción que respondan a las necesidades locales. Un estudio realizado en Odisha, India, muestra cómo la aplicación de PLA ha permitido a las comunidades rurales identificar los problemas de salud más apremiantes y crear soluciones basadas en el diálogo y la colaboración (Frontiers, 2023). Este enfoque fomenta la sostenibilidad

de los programas de salud al otorgar a las comunidades un rol central en el diseño y ejecución de las intervenciones.

En el contexto de la investigación, el empoderamiento se entiende como el proceso mediante el cual los participantes adquieren el control sobre su salud, desarrollando la capacidad de tomar decisiones informadas y responsables. La educación popular propuesta por Freire refuerza esta idea al establecer que la educación debe ser un proceso liberador, en el cual los educandos son protagonistas activos de su propia transformación. Al vincular esta idea con el objetivo de analizar los factores que influyen en el éxito de la práctica educativa en el cantón Chambo, es evidente que la participación comunitaria no solo facilita el aprendizaje, sino que también promueve la autonomía y la responsabilidad colectiva en la gestión de la salud.

### *Modelos de evaluación en salud y su aplicación en zonas rurales*

La evaluación de las prácticas educativas en salud es un aspecto crucial para determinar su efectividad y pertinencia en el contexto de la ruralidad. Los modelos de evaluación propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sugieren que el éxito de una intervención educativa en salud debe medirse no solo en términos de cambio de comportamiento, sino también en la capacidad de la comunidad para mantener dichas prácticas a largo plazo (OMS, 2015). Esto es

especialmente relevante en áreas rurales, donde los factores socioeconómicos, geográficos y culturales pueden influir de manera significativa en la implementación de programas de salud.

En el análisis de las prácticas educativas en el cantón Chambo, resulta fundamental aplicar un modelo de evaluación que considere tanto los resultados inmediatos como los impactos sostenidos de la intervención. Según Riquelme (2012), la educación para la salud no debe limitarse a la transmisión de información, sino que debe centrarse en la creación de espacios de aprendizaje significativo que permitan a los individuos desarrollar una conciencia crítica de su propia salud y entorno. En este sentido, la evaluación debe incluir indicadores tanto cuantitativos como cualitativos, abarcando el nivel de participación, la adquisición de conocimientos, y el grado de autonomía alcanzado por los participantes.

### *Determinantes sociales de la salud en la educación rural (DSS)*

Son factores clave en la implementación de programas de educación para la salud en comunidades rurales. Según De León et al. (2018), los DSS incluyen una amplia gama de factores sociales, económicos y culturales que influyen directamente en la salud de las personas, como el acceso a servicios de salud, la educación y las condiciones socioeconómicas. Estos determinantes afectan no solo la adquisición de conocimientos sobre salud, sino también la capacidad de los individuos para implementar prácticas de autocuidado en su vida diaria.

En el contexto rural, la vulnerabilidad social se ve exacerbada por la falta de acceso a recursos básicos, lo que hace aún más necesario que las prácticas educativas en salud tengan en cuenta estos factores. En la investigación, los DSS deben ser considerados tanto en el diseño como en la evaluación de las prácticas educativas, para asegurar que las intervenciones realmente respondan a las necesidades de la población rural y contribuyan a la reducción de las desigualdades en salud.

La revisión de la literatura demuestra que las prácticas educativas en salud en contextos rurales deben estar fundamentadas en enfoques participativos que promuevan el empoderamiento y la autonomía de los individuos. La integración de metodologías como la educación popular y el Participatory Learning and Action (PLA) resulta crucial para garantizar la sostenibilidad de las intervenciones y la apropiación de las prácticas de salud por parte de las comunidades. Además, los modelos de evaluación deben adaptarse a las particularidades del contexto rural, teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud que afectan tanto la implementación como los resultados de las prácticas educativas.

## **Marco metodológico**

### **Paradigma**

El paradigma sociocrítico será utilizado en esta investigación debido a su capacidad para fomentar el pensamiento crítico, la emancipación y la transformación social a través del razonamiento comunicativo y la argumentación (Álvarez et al. 2023). Este enfoque desafía la reproducción de desigualdades y promueve la co-construcción del conocimiento con la participación activa de todos los miembros de la comunidad (Blanchar, 2024). Su fundamento se basa en la crítica social y la autorreflexión, construyendo conocimiento desde las necesidades específicas de grupos sociales marginados o vulnerables (Loza et al. 2021).

Dentro de este paradigma, el investigador se posiciona como un agente de cambio que no solo observa y describe la realidad, sino que también la transforma mediante la intervención educativa. En diversos estudios, se ha aplicado exitosamente en contextos educativos, como en la educación ambiental y la enseñanza de las ciencias, donde su enfoque ha demostrado su potencial para empoderar comunidades, especialmente en áreas rurales con grandes brechas educativas (Alvarado y García, 2008; Blanchar, 2024; Álvarez, et al. 2023).

Las dificultades que enfrenta la educación en contextos rurales, como los desafíos asociados con la geografía, la conectividad limitada y las condiciones socioeconómicas, exigen programas educativos que no solo se concentren en la enseñanza técnica, sino que también adopten una perspectiva de intervención social más amplia (Jiménez, 2009). Las prácticas

educativas deben enfocarse en las nociones sistémicas y relacionales que consideren las particularidades de cada entorno, fomentando una educación sensible y adaptada a las realidades locales (Guardia, 2021). Así, el paradigma sociocrítico es pertinente en la educación en salud en áreas rurales, donde se requiere una visión democrática, participativa y contextualizada.

Asimismo, este enfoque se complementará con el paradigma interpretativo-hermenéutico, que permitirá comprender las experiencias de los actores involucrados desde sus perspectivas particulares. Este paradigma, caracterizado por su enfoque cualitativo, facilita el uso de diseños fenomenológicos e instrumentos como entrevistas en profundidad para explorar la subjetividad y los significados que los educadores atribuyen a sus prácticas (Mejía, 2021; Vain, 2018).

El paradigma interpretativo es especialmente útil para indagar en los aspectos menos visibles de las prácticas educativas en contextos rurales, donde las estrategias de enseñanza son adaptadas a las condiciones particulares de cada región. Investigaciones en países como Costa Rica, Chile, Honduras y Colombia han demostrado cómo los docentes, a través de la innovación y la creatividad, adaptan sus prácticas a desafíos específicos, como la falta de infraestructura tecnológica y las dificultades impuestas por la pandemia de COVID-19 (Mejía, 2021; Zapata, J., 2022; González, L. 2022). Esta adaptación ha sido posible gracias al aprendizaje situado, el

aprovechamiento de los recursos ambientales y el apoyo comunitario, elementos esenciales para garantizar la continuidad educativa en situaciones adversas.

En este sentido, el paradigma interpretativo se alinea con la necesidad de analizar las narrativas educativas que reflejan las experiencias y las voces de los actores involucrados, permitiendo una comprensión más profunda y significativa de las dinámicas de aprendizaje y enseñanza en comunidades rurales (Vain, 2018).

### **Enfoque**

Los enfoques interpretativo y sociocrítico en la investigación presentan alternativas metodológicas al positivismo, enfocándose en una comprensión profunda de los fenómenos sociales y en la transformación activa de las estructuras que perpetúan desigualdades. Ambos enfoques, inscritos dentro del constructivismo, reconocen la realidad social como una construcción dinámica y compleja, influenciada por múltiples factores contextuales (Crispín et al. 2023). Mientras que el enfoque interpretativo se orienta hacia la comprensión de los fenómenos sociales a través de técnicas cualitativas, como la observación participante y las entrevistas en profundidad, el enfoque sociocrítico va más allá de la mera descripción, proponiendo una crítica a las estructuras sociales y buscando su transformación activa (Álvarez et al. 2023; da Silva, M. 2006).



En el marco de esta investigación, el enfoque sociocrítico es crucial al centrar su interés en la transformación social y en el empoderamiento de los adultos mayores para adquirir conciencia crítica sobre su salud (Cruz, M. 2017). Este enfoque busca no solo la comprensión de los problemas relacionados con la atención sanitaria en zonas rurales, sino también la creación de condiciones que permitan la acción colectiva para mejorar el bienestar de los participantes. De este modo, se desafían las estructuras opresivas que limitan el acceso equitativo a servicios de salud, fomentando la reflexión crítica y el empoderamiento comunitario para el cambio estructural (Álvarez et al. 2023; Blanchar, 2024).

Simultáneamente, el enfoque hermenéutico-interpretativo es fundamental para profundizar en las experiencias subjetivas de los participantes. Dado que esta investigación busca comprender cómo los adultos mayores gestionan su salud y autocuidado, resulta necesario explorar los significados que los participantes atribuyen a su proceso de aprendizaje en salud y cómo perciben su capacidad para tomar decisiones informadas. A través de entrevistas cualitativas, este enfoque interpretativo permite analizar detalladamente los contextos sociales y culturales que influyen en las prácticas de autocuidado (Vain, 2018; Mejía, 2021).

Además, se ha optado por un enfoque de estudio de caso, el cual es una herramienta valiosa para examinar en profundidad el impacto de las intervenciones educativas en la salud de

un grupo específico de adultos mayores en una comunidad rural. Este enfoque permite capturar la complejidad del contexto y las dinámicas sociales que afectan los comportamientos de autocuidado, aportando una visión integral de los fenómenos educativos y sanitarios (Andre, 2005). A través del estudio de caso, se analizarán las prácticas educativas en salud, identificando los factores sociales, culturales y estructurales que facilitan o limitan su efectividad (Ávila et al., 2018).

La investigación se apoya también en una revisión documental exhaustiva, la misma ha sido clave en la construcción del enfoque metodológico de esta investigación. Aunque su desarrollo detallado se encuentra en el marco teórico, su mención aquí es fundamental para destacar cómo ha orientado la elección de los enfoques metodológicos y las técnicas cualitativas utilizadas, como las entrevistas semiestructuradas y el análisis del discurso. La revisión de estudios previos sobre educación para la salud en adultos mayores y prácticas educativas en contextos rurales permitió identificar vacíos en la literatura que justifican el desarrollo de este estudio en la comunidad de Chambo. Además, proporcionó una base teórica sólida que garantiza que las técnicas seleccionadas sean coherentes con los enfoques sociocrítico e interpretativo adoptados.

Finalmente, al integrar los enfoques sociocrítico, hermenéutico-interpretativo y de estudio de caso, esta investigación no solo aspira a describir las realidades existentes, sino a transformarlas mediante la acción colectiva y el empoderamiento comunitario. Este enfoque metodológico permitirá explorar en profundidad las prácticas educativas en salud, con el objetivo de mejorar la autonomía y el autocuidado de los adultos mayores en la comunidad rural de Chambo, contribuyendo así a su bienestar integral.

### **Metodología**

La presente investigación adopta un enfoque cualitativo, ya que se busca comprender y analizar las experiencias subjetivas y los significados que los adultos mayores atribuyen a sus prácticas de autocuidado en el contexto rural. Este tipo de enfoque es particularmente útil para investigar fenómenos sociales complejos, como la educación en salud, permitiendo explorar aspectos no visibles a través de técnicas cuantitativas tradicionales.

Para la recolección de datos, se ha empleado una entrevista semiestructurada como principal herramienta. Esta técnica permite obtener información detallada y profunda sobre las experiencias y percepciones de los participantes en relación con la educación en salud y su impacto en su vida cotidiana. La flexibilidad de la entrevista semiestructurada facilita la

adaptación de las preguntas a las respuestas de los participantes, generando un diálogo que enriquece la comprensión de los significados subyacentes en sus relatos (Kvale, 2006).

El análisis de la entrevista se complementa con una revisión documental exhaustiva, que ha permitido situar las experiencias de los participantes dentro de un contexto más amplio y comparar los hallazgos con estudios previos y literatura relevante sobre educación para la salud en entornos rurales. La revisión documental ha sido clave para identificar las principales teorías y enfoques metodológicos utilizados en investigaciones similares, lo que ha proporcionado una base sólida para la interpretación de los datos cualitativos obtenidos (García y Pérez, 2015).

El análisis del caso se realizará mediante un enfoque interpretativo, siguiendo los principios del análisis narrativo. Esto permitirá captar las narrativas de los participantes en cuanto a sus prácticas de salud, enfocándose en los significados y valores que emergen de sus relatos (Creswell, 2013). Se prestará especial atención a las condiciones sociales y culturales que influyen en estas narrativas, así como a los factores que favorecen o limitan su autocuidado en el contexto de las intervenciones educativas.

En esta investigación, se han descartado métodos como los grupos focales y la investigación-acción debido a limitaciones tanto prácticas como contextuales. Por un lado, los grupos focales requieren la coordinación de varias personas en simultáneo, lo que resulta

logísticamente complicado en un entorno rural como el de Chambo, donde la dispersión geográfica de los participantes y las restricciones de tiempo de los adultos mayores hacen difícil garantizar la participación continua y activa. Además, la dinámica de los grupos focales podría no permitir que los participantes expresen de manera libre y profunda sus experiencias individuales sobre el autocuidado en salud, debido a la posible influencia de las opiniones de otros miembros del grupo.

Por otro lado, la investigación-acción, que combina la investigación con la implementación de cambios o intervenciones, fue descartada por no ajustarse a los tiempos y recursos disponibles para este estudio. Este enfoque requiere un ciclo iterativo de intervención y evaluación que no se pudo llevar a cabo de manera efectiva dentro del marco temporal del proyecto. Además, la investigación-acción se enfoca más en la transformación práctica en tiempo real, mientras que el objetivo de esta investigación es principalmente exploratorio y centrado en la comprensión profunda de las experiencias de los participantes. Por estas razones, se ha optado por técnicas cualitativas más adecuadas, como las entrevistas semiestructuradas, que permiten un análisis detallado de las vivencias individuales, garantizando una mayor profundidad en la recolección de datos y análisis, acorde con los objetivos y el alcance del estudio.

En conjunto, la combinación de la entrevista semiestructurada y la revisión documental proporcionará una comprensión integral de las prácticas educativas en salud en la comunidad de Chambo, destacando tanto los desafíos como las oportunidades para mejorar las estrategias de educación en salud en entornos rurales.

### **Técnica de investigación**

Las entrevistas semiestructuradas se seleccionaron como la técnica principal para la recolección de datos en este estudio, debido a su capacidad para captar las experiencias personales y subjetivas de los participantes en relación con su salud y autocuidado (Ibarra, M., et al. (2023). Este método, ampliamente utilizado en investigaciones cualitativas, permite a los investigadores profundizar en las percepciones, emociones y pensamientos de los individuos, lo que resulta esencial para comprender cómo las personas gestionan su salud dentro de su contexto sociocultural (Kvale, 2007). En estudios de salud comunitaria, especialmente en contextos rurales, esta técnica ha demostrado ser útil para revelar dinámicas sociales, culturales y estructurales que influyen en el bienestar de la población (Smith et al., 2018).

La flexibilidad que ofrecen las entrevistas semiestructuradas permite a los entrevistadores explorar áreas no previstas inicialmente, lo que proporciona una visión más rica y detallada de las experiencias de los participantes (Mason, 2002). En el caso de comunidades rurales, donde

las realidades cotidianas están profundamente influenciadas por factores culturales y contextuales, esta técnica es particularmente valiosa, ya que permite adaptar las preguntas a las especificidades del entorno y los participantes (Creswell y Poth, 2018).

Además, la validez de este método en investigaciones de salud comunitaria ha sido respaldada por numerosos estudios que subrayan su capacidad para captar información contextual y específica que otros métodos más estructurados no logran detectar (Ritchie et al., 2013). La posibilidad de utilizar una guía flexible de preguntas asegura que los temas centrales sean abordados, al tiempo que se permite a los participantes expresar sus experiencias de manera libre, lo cual es crucial para obtener información genuina y relevante para el estudio (DiCicco-Bloom y Crabtree, 2006).

Para garantizar la confiabilidad de los datos obtenidos, las entrevistas semiestructuradas serán grabadas, transcritas y sometidas a un análisis de contenido siguiendo un enfoque riguroso y sistemático (Braun y Clarke, 2006). La grabación de las entrevistas no solo permite un registro fiel de las respuestas de los participantes, sino que también facilita la triangulación de datos al poder revisar las transcripciones y analizarlas en profundidad (Silverman, 2016). Asimismo, esta técnica es adecuada para captar matices y variaciones en las respuestas de los entrevistados, lo que enriquece la calidad del análisis posterior (Yin, 2018).

En investigaciones previas sobre salud en comunidades rurales, la combinación de entrevistas semiestructuradas con otras técnicas cualitativas, como la observación participante y el análisis documental, ha permitido obtener una visión más completa y precisa de las dinámicas comunitarias que afectan la salud de los individuos (Green y Thorogood, 2018). Si bien en esta investigación no se emplearán grupos focales ni investigación-acción, la profundidad que ofrece la entrevista semiestructurada es suficiente para explorar y analizar los factores que inciden en las prácticas de autocuidado en la comunidad de Chambo.

Con estas herramientas, se garantiza que los resultados obtenidos no solo sean representativos de las experiencias individuales de los participantes, sino que también reflejen las realidades sociales y culturales más amplias que afectan la salud de la comunidad en su conjunto. La triangulación de datos a través de la entrevista semiestructurada y la revisión documental añade una capa adicional de validez y confiabilidad a la investigación, asegurando que las conclusiones derivadas de este estudio estén sólidamente fundamentadas.

### **Instrumentos**

El principal instrumento de recolección de datos será una guía de entrevista semiestructurada, diseñada específicamente para abordar temas relacionados con la gestión de la salud en adultos mayores. Esta guía se diseñará en función de los objetivos de la investigación, orientada a



explorar las vivencias y experiencias subjetivas de los participantes respecto a su autocuidado. Las entrevistas serán grabadas (con el debido consentimiento) y posteriormente transcritas para su análisis cualitativo, con el fin de asegurar una interpretación fiel y exhaustiva de los datos.

Para garantizar la adecuación y pertinencia de la guía de entrevista, se realizará un proceso de pilotaje previo. Según Frasson (2023), el pilotaje permite ajustar las preguntas, de manera que se asegure la relevancia de los temas abordados y su alineación con los objetivos investigativos. Esta etapa de refinamiento es crucial para afinar la capacidad del instrumento de captar los matices y complejidades de las experiencias de los participantes.

Asimismo, siguiendo las recomendaciones de Troncoso y Amaya (2017), la guía de entrevista incluirá preguntas abiertas, organizadas en torno a temas clave relacionados con el autocuidado, las prácticas de salud, y los factores socioculturales que influyen en la toma de decisiones sobre el bienestar. Esto permitirá a los entrevistados expresarse libremente y explorar los significados profundos que atribuyen a sus comportamientos y conocimientos sobre salud.

En resumen, la técnica de entrevista semiestructurada, junto con la rigurosa implementación de la guía diseñada, proporcionará una base sólida para recoger datos cualitativos que permitan un análisis profundo y contextualizado, en coherencia con los enfoques sociocrítico e interpretativo adoptados en esta investigación.

### **Muestra y selección de participantes**

La selección de los participantes para esta investigación se realizó con base en un enfoque no probabilístico, utilizando el criterio de muestreo intencional. Este tipo de muestreo se eligió para asegurar que los entrevistados fueran aquellos profesionales del Ministerio de Salud Pública directamente involucrados en la implementación de prácticas educativas en el contexto de atención integral de salud en el cantón Chambo.

### ***Criterios de selección***

Se seleccionaron profesionales de tres centros de salud en el cantón Chambo, cada uno con una cantidad diversa de Equipos de Atención Integral en Salud (EAIS). Dada la variación en el número de EAIS y en la población atendida por cada centro, se decidió equilibrar la muestra entrevistando a dos profesionales por cada establecimiento, independientemente del número de EAIS en cada uno. Los centros seleccionados fueron:

- Un establecimiento de salud con un solo EAIS.
- El Centro de Salud de Llucud, con dos EAIS.
- El Centro de Salud de Chambo centro, que cuenta con cinco EAIS.

Debido a esta disparidad en el número de profesionales y de población atendida, se consideró a los establecimientos con menor carga poblacional para asegurar una representación más equitativa y evitar el sesgo en la recolección de datos.

### ***Justificación de la selección***

La selección de los participantes fue intencional, priorizando aquellos profesionales de la salud que estuvieran directamente relacionados con la planificación y ejecución de actividades educativas dirigidas a jóvenes y adultos en las comunidades rurales atendidas. Esto permitió obtener información relevante sobre las prácticas educativas significativas implementadas en el contexto de la salud pública.

### **Recolección de datos**

La recolección de datos se llevó a cabo utilizando entrevistas semiestructuradas, con el propósito de identificar prácticas educativas significativas realizadas por el personal de salud en el cantón Chambo. Esta técnica se consideró adecuada debido a su capacidad para capturar en profundidad las percepciones y experiencias de los entrevistados, permitiendo una flexibilidad que facilitó la obtención de información detallada y contextualizada.

### ***Instrumentos de recolección***

Se utilizó un guion de entrevista semiestructurada, diseñado específicamente para abordar los temas relacionados con la implementación de prácticas educativas en el contexto de la salud pública. El guion fue desarrollado tomando en cuenta los objetivos de la investigación y fue validado a través de una revisión por parte de expertos en salud pública y educación. Se realizó una prueba piloto en un centro de salud diferente a los involucrados en la investigación, lo que permitió ajustar las preguntas para asegurar que fueran claras y relevantes.

El guion incluyó preguntas abiertas y algunas cerradas para profundizar en las siguientes áreas:

- La experiencia del personal de salud en la implementación de programas educativos.
- Las barreras y facilitadores percibidos en la enseñanza de salud.
- El impacto de las actividades educativas en la población atendida.

### ***Selección de la muestra***

La recolección de datos se llevó a cabo mediante entrevistas semiestructuradas. Como se mencionó anteriormente en la sección de muestra, los participantes seleccionados fueron profesionales del Ministerio de Salud Pública, distribuidos en tres centros de salud del cantón

Chambo. La selección fue intencional, considerando la participación directa de estos profesionales en la implementación de actividades educativas.

Se realizaron seis entrevistas, dos por cada establecimiento, a los profesionales seleccionados según los criterios explicados previamente. Dado que la cantidad de Equipos de Atención Integral en Salud (EAIS) varía en cada centro, se ajustó la muestra tomando en cuenta los establecimientos con menor población atendida para asegurar una representación equilibrada.

#### ***Consentimiento informado y consideraciones éticas***

Se aseguró el cumplimiento de los principios éticos en todo el proceso de recolección de datos. Antes de cada entrevista, se explicó a los participantes el propósito de la investigación, garantizando que entendieran que su participación era voluntaria y confidencial. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los entrevistados, quienes también fueron informados sobre la posibilidad de retirarse en cualquier momento sin repercusiones. Además, se tomaron medidas para proteger la privacidad y los datos de los entrevistados, almacenando la información de manera segura y anonimizada para su análisis posterior.

#### ***Procedimiento de recolección***

Las entrevistas se realizaron de manera presencial en los centros de salud, en un entorno privado que garantizaba la confidencialidad de las respuestas. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 45 minutos. Se utilizaron dispositivos de grabación de audio, previa autorización de los participantes, y se tomaron notas manuales como respaldo.

Se realizaron un total de seis entrevistas, dos en cada centro de salud. Sin embargo, tras un análisis preliminar de los datos, se determinó que cinco de las entrevistas no proporcionaron información suficiente ni relevante para responder adecuadamente a los objetivos de la investigación, pese a las preguntas estructuradas en el guion. Estas entrevistas resultaron generales y no aportaron detalles significativos sobre las prácticas educativas implementadas. Solo una de las entrevistas ofreció información relevante para el análisis, por lo que fue la única que se utilizó en la fase de interpretación de los datos.

### *Condiciones de la entrevista*

Las entrevistas se llevaron a cabo en entornos apropiados, en oficinas privadas dentro de los centros de salud, para asegurar que los entrevistados se sintieran cómodos y pudieran responder libremente. Los participantes fueron informados previamente sobre el uso de grabaciones, y todos dieron su consentimiento para que sus respuestas fueran registradas. Posteriormente, las grabaciones se transcribieron textualmente para facilitar el análisis.

### ***Problemas y limitaciones***

Durante el proceso de recolección de datos, se presentaron algunas dificultades. En varios casos, los entrevistados proporcionaron respuestas vagas o genéricas, a pesar de las preguntas directas formuladas en el guion. Esto se atribuyó, en parte, a la posible falta de familiaridad con los conceptos educativos o a una interpretación limitada de las preguntas. Sin embargo, se hicieron esfuerzos para redirigir las entrevistas hacia temas más concretos, aunque no siempre con éxito. A pesar de estas limitaciones, la entrevista que fue seleccionada proporcionó información clave y detallada sobre la práctica educativa significativa que fue objeto de estudio.

### **Análisis de datos**

Se los realizará manualmente siguiendo los principios establecidos por varios autores clave en el campo de la investigación cualitativa. Según Strauss y Corbin (1998), el análisis inductivo es esencial para generar teorías a partir de los datos recolectados, lo que permite capturar la profundidad de las experiencias de los participantes. De manera similar, Patton (2002) enfatiza la importancia de la flexibilidad en el análisis manual, permitiendo que las categorías y los temas emerjan de forma natural durante el proceso de codificación. Miles y Huberman (1994) refuerzan este enfoque con su metodología de reducción de datos y visualización, que facilita la estructuración y comprensión de la información compleja. Charmaz (2006), en su versión

constructivista de la teoría fundamentada, destaca la importancia del análisis reflexivo para comprender cómo los participantes construyen sus realidades. Creswell (2013), por su parte, respalda la utilidad del análisis cualitativo manual como una herramienta clave para interpretar los significados subjetivos en investigaciones con un fuerte componente contextual. En conjunto, estos enfoques proporcionan una base sólida para el análisis manual, garantizando la validez y la profundidad del estudio.

El análisis manual cualitativo se estructura en varias fases que permiten la organización, interpretación y construcción de significado a partir de los datos recolectados. Estas fases se basan en los lineamientos de autores reconocidos en la investigación cualitativa, quienes proponen etapas que aseguran una exploración profunda y rigurosa de los datos. A continuación, se describen y justifican las fases adoptadas en esta investigación:

### ***Familiarización con los datos***

Esta fase inicial es fundamental en cualquier análisis cualitativo, tal como lo destacan Miles y Huberman (1994), quienes enfatizan la importancia de que los investigadores se familiaricen con el contenido de las entrevistas o textos antes de comenzar a codificar. Esta etapa implica leer y releer los datos para identificar patrones y temas emergentes.



### ***Generación de códigos iniciales***

Strauss y Corbin (1998) y Charmaz (2006) promueven la codificación como una etapa crítica en la que se asignan etiquetas o códigos a fragmentos de datos que representan conceptos clave. Esta fase permite organizar el material de manera coherente y prepara el camino para el análisis posterior.

### ***Búsqueda de temas***

Según Creswell (2013), la identificación de temas es esencial para estructurar los hallazgos cualitativos. En esta etapa, los códigos se agrupan en temas más amplios, que ayudan a identificar las categorías principales y subcategorías del análisis.

### ***Revisión de temas***

Patton (2002) propone una revisión de los temas identificados para asegurar que sean representativos y estén bien sustentados por los datos. Esta fase permite refinar las categorías y eliminar aquellos temas que no estén suficientemente respaldados por evidencia.

### ***Definición y denominación de temas***

En este punto, cada tema principal y subtema se definen con precisión, tal como sugieren Miles y Huberman (1994). Esta fase implica dar nombre a los temas y garantizar que cada uno sea relevante para los objetivos del estudio.

### ***Producción de informe***

Finalmente, Strauss y Corbin (1998) y Creswell (2013) coinciden en que la última fase consiste en interpretar los temas y presentar un informe final que explique cómo los hallazgos responden a los objetivos de la investigación y aportan al campo de estudio. Este informe refleja la integración de los temas en una narrativa coherente que responde a las preguntas de investigación.

El número de fases adoptado (seis) refleja las propuestas clásicas de análisis cualitativo, que aseguran un proceso ordenado y riguroso para abordar los datos. Estas fases, fundamentadas en los trabajos de Strauss y Corbin (1998), Patton (2002), Miles y Huberman (1994), Charmaz (2006), y Creswell (2013), se han probado como enfoques efectivos para investigar fenómenos sociales complejos. La secuencia propuesta, que va desde la familiarización con los datos hasta la producción del informe, garantiza una exploración completa de los datos cualitativos y asegura que se capturen los matices y significados de las experiencias de los participantes.

## Desarrollo

### **Análisis previo de la entrevista semiestructurada**

En esta sección se presenta el análisis cualitativo de una entrevista semiestructurada realizada a una profesional de la salud que trabaja en la comunidad rural de Chambo. La entrevista se diseñó con el propósito de explorar sus percepciones sobre las prácticas educativas en salud y cómo estas han impactado en el autocuidado de los adultos mayores. Mediante un análisis detallado de la transcripción, se identificaron temas emergentes y patrones que proporcionan una comprensión profunda de las dinámicas educativas en este contexto rural.

El entorno de la práctica educativa se sitúa en la zona rural de Chambo, caracterizada por su limitado acceso a servicios de salud y educación, así como por una prevalencia significativa de condiciones de vulnerabilidad social. Los recursos de atención médica en este contexto son escasos, y gran parte de la población depende de la atención primaria y de intervenciones educativas para mejorar su autocuidado. Las barreras geográficas y culturales que enfrentan los participantes, como las limitaciones cognitivas y la influencia de creencias tradicionales en salud, representan desafíos importantes para la implementación y recepción de las prácticas educativas.

El objetivo principal de la práctica educativa es fortalecer las competencias de autocuidado entre los adultos mayores de Chambo, con un enfoque en la administración

adecuada de medicamentos y la adopción de hábitos saludables. Además, se busca empoderar a los participantes mediante la adquisición de conocimientos críticos sobre su salud, con el fin de que tomen decisiones informadas y adopten un rol activo en el manejo de sus condiciones de salud. Este enfoque no solo mejora el bienestar individual, sino que promueve una mayor participación de los adultos mayores en su proceso de cuidado.

De manera complementaria, se ha identificado un objetivo secundario en la práctica educativa, orientado a fortalecer la cohesión comunitaria. A través de la participación activa en las sesiones educativas, los adultos mayores no solo optimizan su autocuidado, sino que también contribuyen a la creación de un tejido social más sólido. Esto facilita la colaboración entre pares y fomenta el apoyo mutuo en torno a la gestión de la salud, lo que amplía los beneficios de la intervención educativa a nivel comunitario.

Los contenidos abordados en la práctica educativa incluyen, entre otros, la correcta administración de medicamentos, la importancia de la adherencia al tratamiento, la identificación de señales de alerta en la salud, y la promoción de hábitos saludables como una dieta equilibrada y la práctica de actividad física regular. También se hace hincapié en la prevención de enfermedades crónicas, tales como la hipertensión y la diabetes, y en la promoción de la salud mental, aspectos fundamentales para el bienestar integral de los adultos mayores.

En cuanto a la metodología empleada, se prioriza el uso de herramientas educativas visuales, como guías codificadas por colores, que facilitan la comprensión de las indicaciones médicas. Esta estrategia responde a las barreras cognitivas y de alfabetización presentes en la comunidad, ofreciendo un enfoque accesible y efectivo. Asimismo, se utilizan dramatizaciones y dinámicas grupales para reforzar el aprendizaje, promover la participación activa de los adultos mayores y facilitar la internalización de los contenidos impartidos.

La selección de estrategias pedagógicas, como el uso de guías visuales y dramatizaciones, responde a la necesidad de superar las barreras cognitivas y de alfabetización de los participantes. Estas herramientas han demostrado ser altamente efectivas en contextos de baja alfabetización, permitiendo una mayor claridad en la interpretación de las instrucciones médicas y fomentando una participación más activa. A través de estas dinámicas, los adultos mayores se involucran más profundamente en su autocuidado, lo que contrarresta la sensación de exclusión que podría generar un enfoque educativo tradicional.

La evaluación de la práctica educativa se lleva a cabo mediante la observación directa de los cambios en el comportamiento de los participantes, particularmente en relación con la adherencia a los tratamientos y el uso correcto de los medicamentos. Adicionalmente, se realizan entrevistas de seguimiento con los participantes, evaluando su nivel de comprensión de los

contenidos y los avances en su capacidad de autocuidado. Estos resultados permiten ajustar y refinar las intervenciones, asegurando que sean cada vez más efectivas y pertinentes para las necesidades de la comunidad.

Los recursos utilizados en la práctica incluyen guías visuales codificadas por colores, folletos educativos adaptados al nivel de comprensión de los participantes y materiales audiovisuales que refuerzan los contenidos enseñados. Además, la intervención cuenta con la participación activa de una enfermera comunitaria y el apoyo de voluntarios locales, quienes facilitan las sesiones educativas y refuerzan los aprendizajes de los adultos mayores.

Con el fin de garantizar la sostenibilidad de la práctica educativa a largo plazo, se ha diseñado un plan para capacitar a miembros de la comunidad, de modo que asuman roles de liderazgo en las futuras sesiones educativas. Esta estrategia busca que la comunidad se apropie del proceso de enseñanza, asegurando la continuidad de las prácticas educativas, incluso en ausencia de personal de salud externo.

Los resultados preliminares de la intervención indican una mejora significativa en la adherencia al tratamiento y en la capacidad de los participantes para gestionar su salud de manera autónoma. Los adultos mayores reportaron una mayor confianza en su capacidad para administrar sus medicamentos y adoptar comportamientos saludables. Además, la práctica

educativa ha fomentado el empoderamiento comunitario, permitiendo que los adultos mayores participen activamente en su cuidado y bienestar, contribuyendo así a la sostenibilidad de los cambios logrados.

### *Temas emergentes*

**Uso de estrategias educativas innovadoras.** Uno de los puntos clave destacados por la profesional entrevistada es el empleo de estrategias pedagógicas innovadoras, como el uso de sistemas codificados por colores para la administración de medicamentos. Esta metodología ha sido especialmente efectiva en adultos mayores con baja alfabetización, ya que permite simplificar la comprensión de las indicaciones médicas y mejorar la adherencia al tratamiento. Según la entrevistada, esta técnica no solo fomenta la adherencia, sino que también otorga a los pacientes una mayor sensación de control sobre su salud. Este hallazgo es consistente con las aportaciones de Nutbeam (2000), quien subraya la importancia de la alfabetización en salud como un medio para empoderar a los pacientes y permitirles tomar decisiones informadas sobre su bienestar.

**Desafíos en la educación para la salud en comunidades rurales.** La profesional destacó las dificultades inherentes a la educación en salud en contextos rurales, especialmente debido a la baja alfabetización y las creencias culturales profundamente arraigadas. Estas

barreras culturales y cognitivas complican la recepción de la información y el cambio de comportamiento en la población adulta mayor. Sin embargo, la entrevistada subrayó la importancia de adaptar sus estrategias educativas para que sean culturalmente relevantes y accesibles. Como posible solución a largo plazo, se propone la implementación de tecnologías de comunicación remota, como el uso de teléfonos móviles para realizar seguimientos a distancia. Además, se está evaluando la inclusión de nuevos recursos didácticos que respondan mejor a las necesidades específicas de los participantes.

**Prácticas educativas significativas.** Las sesiones educativas posconsulta se mencionaron como una parte esencial del proceso educativo. Este espacio permite una enseñanza más personalizada, donde se refuerzan los conceptos discutidos durante la consulta médica. La entrevistada resaltó que estas intervenciones han sido particularmente útiles para generar confianza en los adultos mayores, facilitando así su participación activa en el autocuidado. Esta práctica de seguimiento continuo es crucial para garantizar que los conocimientos adquiridos no solo se comprendan, sino que también se apliquen de manera efectiva en la vida diaria.

**Impacto en la comunidad.** A través de las prácticas educativas implementadas, se ha observado un incremento en la autonomía de los adultos mayores. Aunque los resultados no son inmediatos, las intervenciones han logrado mejoras graduales en la salud y el bienestar de los



pacientes, quienes ahora se sienten más capacitados para gestionar su propia salud. Estas mejoras no solo impactan a nivel individual, sino que también refuerzan la cohesión comunitaria, permitiendo que los adultos mayores se conviertan en referentes de autocuidado dentro de su entorno social.

**Adaptación cultural en la educación para la salud.** Es un tema emergente crucial que fue mencionado por la profesional de la salud, quien destacó la necesidad de que las prácticas educativas reflejen y respeten las creencias locales. En comunidades rurales como Chambo, las creencias tradicionales sobre salud influyen en la receptividad a las intervenciones educativas. La profesional ha adaptado sus métodos para integrar el uso de plantas medicinales y otros saberes locales en las sesiones educativas, lo que facilita la aceptación de las nuevas enseñanzas. Este enfoque culturalmente sensible no solo mejora la receptividad, sino que también permite que los participantes sientan que sus tradiciones son respetadas y valoradas.

**Barreras estructurales y recursos limitados.** Las barreras estructurales, como la falta de recursos educativos adecuados y el acceso limitado a los servicios de salud, fueron recurrentes en la entrevista. Estas limitaciones no solo afectan la implementación de las prácticas educativas, sino que también impactan en la sostenibilidad de las intervenciones a largo plazo. A pesar de estos desafíos, la profesional ha desarrollado estrategias creativas para transmitir la información

de salud de manera efectiva, adaptándose a las restricciones contextuales sin comprometer la calidad educativa.

### *Patrones identificados*

**Empoderamiento a través de la educación.** Un patrón recurrente en la entrevista fue el empoderamiento de los adultos mayores a través de la educación en salud. La entrevistada destacó que adaptar las estrategias educativas a las capacidades cognitivas de los participantes ha sido fundamental para el éxito de las intervenciones. Esto ha permitido que los adultos mayores ganen confianza en la administración de su tratamiento y adopten una actitud más activa en su cuidado.

**Obstáculos estructurales.** Las barreras estructurales, como la carencia de recursos educativos y el acceso limitado a servicios de salud, continúan siendo un desafío. Sin embargo, la entrevistada hizo hincapié en la importancia de adaptarse a estas limitaciones y buscar soluciones creativas para transmitir información clave sobre salud. Este enfoque flexible ha sido fundamental para lograr el éxito en contextos donde los recursos son escasos.

**Seguimiento continuo como clave del éxito.** El seguimiento educativo después de las consultas se identificó como una estrategia esencial para garantizar que los conocimientos adquiridos se comprendan y se apliquen correctamente. Este enfoque garantiza una

retroalimentación constante, permitiendo que los adultos mayores integren el autocuidado en su vida diaria de manera efectiva. La continuidad y la personalización de las intervenciones han sido claves para mejorar la adherencia y el autocuidado en la comunidad.

### *Conclusiones del análisis*

El análisis de esta entrevista revela que las prácticas educativas implementadas en la comunidad rural de Chambo son dinámicas y adaptativas, con un enfoque en superar las barreras culturales y estructurales que dificultan la educación en salud. Los temas emergentes destacan la importancia de la educación continua, el empoderamiento de los participantes y el seguimiento a largo plazo como elementos fundamentales para el éxito de las intervenciones educativas. A pesar de los desafíos significativos, las estrategias innovadoras y culturalmente adaptadas han permitido mejorar gradualmente la autonomía y el autocuidado de los adultos mayores, generando un impacto positivo en la comunidad.

Este análisis está alineado con los objetivos específicos de la investigación, que buscan identificar y evaluar las prácticas educativas significativas y su impacto en la salud de los adultos mayores en contextos rurales. Además, refuerza el marco teórico centrado en el empoderamiento, la educación para la salud y la adaptación cultural de las prácticas educativas a

las realidades locales, aspectos fundamentales para el éxito y la sostenibilidad de las intervenciones en comunidades rurales.

### *Análisis cualitativo por fases de codificación*

**Fase 1: Familiarización con los datos.** Durante esta fase, se realizó una lectura detallada de la entrevista semiestructurada, con el objetivo de identificar patrones y temas clave en la experiencia de la profesional en la educación para la salud en la comunidad rural de Chambo. Esta lectura preliminar reveló información valiosa sobre la realidad del acceso a la atención médica en la zona, el papel central del autocuidado en el bienestar de los adultos mayores, y el uso de estrategias educativas adaptadas al contexto rural, marcado por barreras cognitivas y geográficas. La familiarización con estos datos permitió una comprensión inicial de las dinámicas educativas y los desafíos particulares enfrentados en este entorno.

**Fase 2: Codificación inicial.** Se procedió con la codificación inicial de los datos, utilizando un enfoque manual y sistemático para identificar patrones y agrupaciones de códigos relevantes. Los códigos se centraron en las prácticas educativas, el autocuidado y la participación comunitaria, con énfasis en cómo los adultos mayores gestionan su salud. Esta matriz de codificación inicial sentó las bases para la posterior agrupación de códigos en temas más amplios que guiarán el análisis detallado.

**Matriz de codificación inicial**

<b>Fragmento textual</b>	<b>Código Asignado</b>	<b>Descripción del código</b>
"Nosotros tratamos de enseñarles que su salud está en sus manos."	<b>Autonomía en autocuidado</b>	Enfatiza la importancia del empoderamiento en la gestión de la salud por parte de los participantes.
"El mayor problema es que a veces no entienden las indicaciones."	<b>Barreras cognitivas</b>	Señala dificultades en la comprensión de las indicaciones médicas, lo que afecta la adherencia.
"Nos apoyamos en lo que ellos ya saben sobre plantas medicinales."	<b>Conocimiento tradicional</b>	Uso de saberes locales para complementar la educación en salud, aprovechando conocimientos previos.
"La comunidad es parte activa en las actividades, siempre participan."	<b>Participación comunitaria</b>	Refleja el rol activo de la comunidad en el proceso educativo, fomentando colaboración e implicación.
"Las condiciones de acceso son complicadas, hay muchas distancias."	<b>Barreras geográficas</b>	Dificultades en el acceso a servicios médicos debido a la ubicación remota y la falta de infraestructura.
"Nosotros tratamos de explicarles con ejemplos que ellos puedan entender."	<b>Adaptación cultural</b>	Describe cómo se adapta la educación a la realidad cultural de los participantes para garantizar su comprensión.

"Siempre se les motiva a ser parte del cuidado de su propia salud."	<b>Empoderamiento comunitario</b>	Fomenta que los participantes asuman un rol activo en el manejo de su salud y bienestar.
"Las charlas sobre prevención de enfermedades son clave en nuestra labor."	<b>Prácticas preventivas</b>	Se enfoca en la prevención de enfermedades como un aspecto clave dentro de la educación en salud.
"El uso de colores para organizar los medicamentos ha ayudado mucho, porque antes no sabían cuándo tomarlos."	<b>Estrategias educativas innovadoras</b>	Uso de guías visuales para superar barreras de alfabetización, facilitando la adherencia al tratamiento.
"Lo que más ha funcionado es hacerles ver que ellos pueden controlar su salud si entienden bien los riesgos."	<b>Empoderamiento comunitario</b>	Estrategias que promueven la autoeficacia y el control sobre la salud personal.

**Fuente:** Matriz elaborada en base a lo que señalan Saldaña (2013), Miles, Huberman y Saldaña (2014), y Strauss y Corbin (1998) y a la transcripción de la entrevista realizada a la profesional de salud de Chambo.

**Fase 3: Identificación de temas.** A partir de la codificación inicial, los códigos se agruparon en temas amplios, los cuales reflejan una transición lógica desde los aspectos más

específicos observados en la entrevista hacia un análisis más profundo y sistemático. Los temas emergentes identificados son los siguientes:

***Tema 1: Autonomía y empoderamiento en el autocuidado***

**Códigos agrupados:**

- Autonomía en autocuidado
- Empoderamiento comunitario
- Empoderamiento en la toma de decisiones sobre la salud

Este tema abarca cómo las prácticas educativas promueven tanto la autonomía como el empoderamiento, a nivel individual y comunitario. En este sentido, los adultos mayores adquieren herramientas y conocimientos que les permiten gestionar su salud de manera autónoma. Además, se observa cómo, a través de estas intervenciones, los participantes son capaces de tomar decisiones informadas sobre su bienestar, adoptando un rol activo en el manejo de sus condiciones de salud. El empoderamiento es clave en el fortalecimiento del autocuidado y en la mejora de los resultados en salud, como se destaca en Nutbeam (2000) al resaltar la importancia de la alfabetización en salud para una toma de decisiones informada.

***Tema 2: Barreras y desafíos cognitivos y geográficos***

**Códigos agrupados:**

- Barreras cognitivas
- Barreras geográficas
- Dificultades en la adherencia al tratamiento debido a la baja alfabetización

Este tema se centra en los obstáculos que enfrentan los participantes para comprender y seguir las indicaciones médicas, particularmente debido a sus limitaciones cognitivas y a las barreras geográficas que restringen el acceso a los servicios de salud. La baja alfabetización, común en esta población, impide una correcta adherencia a los tratamientos, lo que requiere de la implementación de estrategias educativas adaptadas y accesibles. A lo largo de la entrevista, se observa que la profesional ha encontrado formas efectivas de superar estos obstáculos mediante técnicas innovadoras, como el uso de guías visuales y dramatizaciones, para facilitar la comprensión y mejorar la adherencia.

***Tema 3: Adaptación cultural en las prácticas educativas***

**Códigos agrupados:**

- Adaptación cultural
- Uso del conocimiento tradicional



- Respeto por los saberes locales en las prácticas educativas

Este tema destaca la importancia de adaptar las prácticas educativas al contexto cultural de los participantes. La integración del conocimiento tradicional, como el uso de plantas medicinales, es una estrategia clave que facilita la comprensión y aceptación de las intervenciones educativas. El respeto por los saberes locales no solo asegura que las enseñanzas sean culturalmente relevantes, sino que también refuerza la confianza de los participantes en el proceso de aprendizaje. Esto es particularmente importante en comunidades rurales donde las creencias tradicionales influyen en la percepción de la salud y el tratamiento.

#### ***Tema 4: Participación activa y empoderamiento comunitario***

##### **Códigos agrupados:**

- Participación comunitaria
- Co-creación del proceso educativo
- Fomento de la cohesión social a través de la educación

La participación activa de los miembros de la comunidad es un elemento clave en las prácticas educativas. Este tema resalta cómo la comunidad no solo actúa como receptora de información, sino que también participa en la co-creación de soluciones educativas. Esto

fortalece la cohesión social y empodera a los miembros de la comunidad, permitiéndoles tomar decisiones conjuntas sobre su salud. La colaboración entre los adultos mayores en el proceso educativo promueve un aprendizaje más significativo y refuerza las relaciones dentro de la comunidad.

***Tema 5: Prácticas preventivas para la salud***

**Códigos agrupados:**

- Prácticas preventivas
- Educación en prevención de enfermedades crónicas
- Fomento de hábitos saludables

Este tema se enfoca en las prácticas preventivas enseñadas durante las sesiones educativas, con un enfoque particular en la prevención de enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes, comunes en las comunidades rurales. La promoción de hábitos saludables, tales como una alimentación equilibrada y la actividad física regular, es fundamental para prevenir complicaciones de salud en el futuro. Las intervenciones educativas buscan equipar a los participantes con las herramientas necesarias para mantener una vida saludable y prevenir el desarrollo de condiciones crónicas.

***Tema 6: Innovación en las estrategias educativas***

**Códigos agrupados:**

- Estrategias educativas innovadoras
- Uso de guías visuales y codificación por colores
- Dramatizaciones y dinámicas grupales

Este tema agrupa las estrategias educativas innovadoras diseñadas para superar las barreras cognitivas y de alfabetización. El uso de recursos visuales, como las guías codificadas por colores, facilita la comprensión de las indicaciones médicas, mientras que las dramatizaciones y dinámicas grupales refuerzan el aprendizaje activo. Estas herramientas no solo mejoran la adherencia a los tratamientos, sino que también permiten que los participantes se sientan más seguros y confiados en su capacidad para gestionar su salud de manera autónoma.

***Resumen de los temas emergentes***

**Tema 1:** Autonomía y empoderamiento en el autocuidado

**Tema 2:** Barreras y desafíos cognitivos y geográficos

**Tema 3:** Adaptación cultural en las prácticas educativas

**Tema 4:** Participación activa y empoderamiento comunitario

**Tema 5:** Prácticas preventivas para la salud

**Tema 6:** Innovación en las estrategias educativas

Este análisis cualitativo muestra cómo las prácticas educativas en salud se adaptan y responden a las necesidades específicas de los adultos mayores en contextos rurales. Los temas emergentes identificados permiten no solo comprender mejor las dinámicas de aprendizaje y los desafíos, sino también evaluar el impacto y las mejoras en la salud de los participantes, alineándose con los objetivos de la investigación.

**Fase 4: Revisión de los temas.** En esta fase se llevó a cabo una revisión exhaustiva de los temas emergentes, con el fin de asegurarse de que estuvieran alineados con los objetivos de la investigación y con las metas de la práctica educativa. Este proceso de validación permitió comprobar que los temas seleccionados reflejaran de manera adecuada las experiencias y percepciones de la profesional de salud entrevistada, así como su relación con los objetivos de la práctica educativa: empoderamiento, participación comunitaria y autocuidado en salud.

El propósito principal de esta fase es conectar los temas emergentes con los objetivos de la investigación y las teorías que sustentan el análisis, identificando las relaciones clave entre los

temas y los patrones que se pueden extraer de ellos. A continuación, se presenta el análisis de los temas identificados:

**Tema 1: Autonomía y empoderamiento en el autocuidado.** Este tema se vincula directamente con el objetivo de la práctica educativa de fortalecer la autonomía de los participantes en la gestión de su salud. El empoderamiento que surge del autocuidado está alineado con el enfoque de Paulo Freire, quien promueve la pedagogía liberadora y participativa, así como con la teoría de la participación comunitaria de Juan Irigoyen, que establece que los individuos deben ser actores clave en la construcción de su propio bienestar.

Este tema también se relaciona con la adaptación cultural de las prácticas educativas, ya que la autonomía solo se puede lograr si las intervenciones respetan y se ajustan a los contextos culturales y locales de los participantes. La incorporación del conocimiento tradicional y el respeto por las creencias de los participantes son factores esenciales para asegurar el éxito de las prácticas educativas.

**Tema 2: Barreras y desafíos cognitivos y geográficos.** Este tema resalta los desafíos que deben abordarse para garantizar que las prácticas educativas sean accesibles y comprensibles para todos los participantes. Las barreras cognitivas, como la baja alfabetización, y las barreras geográficas, como el difícil acceso a los servicios de salud, limitan la efectividad de las

intervenciones educativas. Este tema está relacionado con el objetivo de la investigación de identificar y superar estas barreras, asegurando que la educación en salud sea accesible para poblaciones con limitaciones cognitivas.

Además, este tema se vincula estrechamente con las estrategias educativas innovadoras, ya que la superación de estas barreras requiere el uso de herramientas pedagógicas adaptadas, como las guías visuales y las dramatizaciones, que simplifican la comprensión de los contenidos y mejoran la adherencia al tratamiento.

**Tema 3: Adaptación cultural en las prácticas educativas.** Este tema asegura que las prácticas educativas sean culturalmente pertinentes y aceptadas por los participantes. Está alineado con el objetivo de evaluar la pertinencia y efectividad de las intervenciones educativas, ya que la aceptación cultural es un componente clave para el éxito de cualquier iniciativa educativa. La adaptación cultural implica la integración de saberes locales y la valoración del conocimiento tradicional, lo que facilita la comprensión y aplicación de las enseñanzas.

Además, este tema está fuertemente vinculado con la participación comunitaria, ya que una adaptación cultural efectiva depende del grado de implicación activa de la comunidad en el proceso educativo. La participación de la comunidad en el diseño y ejecución de las prácticas educativas asegura que las intervenciones sean relevantes y sostenibles a largo plazo.

**Tema 4: Participación activa y empoderamiento comunitario.** Este tema está directamente relacionado con el objetivo de fortalecer la participación comunitaria en la creación de soluciones para la salud. La participación activa no solo mejora el éxito de las prácticas educativas, sino que también empodera a la comunidad para continuar aplicando estos conocimientos de manera autónoma en el futuro. La co-creación de soluciones educativas fomenta la responsabilidad compartida y fortalece la cohesión social en torno al cuidado de la salud.

Este tema está vinculado estrechamente con el empoderamiento en el autocuidado, ya que la participación activa de la comunidad refuerza la idea de que la salud no es solo una responsabilidad individual, sino una tarea que debe gestionarse de manera conjunta y colaborativa.

**Tema 5: Prácticas preventivas para la salud.** Este tema se refiere a las prácticas preventivas enseñadas durante las sesiones educativas, las cuales forman parte del objetivo de promover el autocuidado y prevenir enfermedades crónicas. La investigación no solo busca tratar los problemas de salud existentes, sino también prevenir su aparición a través de una educación efectiva en prevención.

Este tema se relaciona directamente con las estrategias educativas innovadoras, ya que la implementación exitosa de las prácticas preventivas requiere herramientas pedagógicas accesibles que simplifiquen conceptos complejos, permitiendo que los participantes adopten medidas preventivas en su vida diaria.

**Tema 6: Innovación en las estrategias educativas.** Este tema destaca la importancia de las estrategias educativas innovadoras en la mejora de la efectividad de las prácticas educativas, especialmente en poblaciones con baja alfabetización. Herramientas como las guías visuales y las dinámicas grupales permiten una mayor accesibilidad de los contenidos, garantizando que los participantes comprendan mejor las indicaciones médicas y puedan adherirse a los tratamientos con mayor facilidad.

Este tema está directamente vinculado con las barreras cognitivas y geográficas, ya que estas estrategias educativas se diseñan específicamente para superar los obstáculos que dificultan la comprensión y adherencia a las recomendaciones de salud. El uso de métodos innovadores no solo mejora los resultados de aprendizaje, sino que también empodera a los participantes para gestionar su salud de manera más efectiva.

#### **Conclusión de la fase 4**



La revisión de los temas emergentes confirma que están alineados tanto con los objetivos de la investigación como con los objetivos de la práctica educativa. Cada tema resalta aspectos clave relacionados con el empoderamiento, la participación comunitaria, el autocuidado, la adaptación cultural y las estrategias educativas innovadoras. Las conexiones entre los temas refuerzan la comprensión de los desafíos y oportunidades presentes en la educación para la salud en comunidades rurales, y proporcionan una base sólida para el análisis posterior y la implementación de mejoras en las prácticas educativas.

**Patrones y conexiones entre los temas.** En la Fase 4, fue esencial identificar los patrones y conexiones clave entre los temas emergentes, ya que estos reflejan cómo las prácticas educativas están interrelacionadas en el contexto de la salud comunitaria. Algunos patrones destacados incluyen:

Autonomía y empoderamiento se refuerzan mutuamente con la participación comunitaria. A medida que los miembros de la comunidad participan activamente en las decisiones sobre su salud, desarrollan una mayor autonomía para gestionar su bienestar. Este patrón es clave para asegurar que la comunidad no solo reciba información, sino que también co-cree soluciones adaptadas a sus propias necesidades.

Adaptación cultural actúa como un tema transversal que influye en todos los demás. La efectividad y el éxito de las prácticas educativas dependen de cómo estas se alineen con los valores, tradiciones y creencias locales. Adaptar las intervenciones a los contextos culturales específicos de la comunidad no solo garantiza la aceptación de las prácticas, sino que también asegura su aplicabilidad en la vida diaria.

Las estrategias educativas innovadoras son una respuesta directa a los desafíos cognitivos y de alfabetización. Estas estrategias, como el uso de guías visuales, dramatizaciones y dinámicas grupales, juegan un papel crucial en garantizar que las prácticas preventivas y las recomendaciones de autocuidado sean comprendidas y aplicadas de manera efectiva. Además, estas herramientas ayudan a reducir la dependencia del sistema de salud formal, lo que es particularmente importante en comunidades rurales con acceso limitado a servicios médicos.

**Fase 5: Definición y denominación de los temas.** Durante la Fase 5, los temas fueron refinados y renombrados para reflejar de manera precisa las conexiones y patrones identificados en la fase anterior. A continuación, se presentan las definiciones ajustadas de los temas:

**Autonomía y empoderamiento en el autocuidado.** Este tema hace referencia a la capacidad de los participantes para gestionar su salud de manera independiente. A través de las

prácticas educativas, los adultos mayores aprenden a tomar decisiones informadas sobre su bienestar, adquiriendo confianza en su capacidad para administrar tratamientos y adoptar hábitos saludables. Este empoderamiento personal se encuentra en el corazón de los enfoques freireanos, que enfatizan la importancia de que los individuos asuman un rol activo en el cuidado de su salud. Asimismo, la teoría de la participación comunitaria de Juan Irigoyen refuerza esta idea al promover que las comunidades se involucren en la construcción de su propio bienestar.

La autonomía en el autocuidado no solo mejora los resultados de salud individuales, sino que también reduce la dependencia del sistema de salud formal, lo cual es particularmente relevante en contextos rurales con recursos médicos limitados.

**Barreras y desafíos cognitivos y geográficos.** Este tema aborda las limitaciones cognitivas y geográficas que enfrentan los participantes al intentar acceder a los servicios de salud y comprender las recomendaciones médicas. Entre las barreras cognitivas más comunes se encuentra la baja alfabetización, que dificulta la adherencia a los tratamientos. A su vez, las barreras geográficas representan los desafíos físicos para acceder a centros de salud en áreas rurales remotas.

Superar estas barreras es fundamental para garantizar que los programas de educación en salud sean efectivos. La clave está en adaptar las intervenciones educativas mediante estrategias

innovadoras que faciliten la comprensión de los contenidos y mejoren el acceso, permitiendo que los participantes superen estos obstáculos y puedan adherirse a los tratamientos y prácticas de autocuidado recomendadas.

**Adaptación cultural en las prácticas educativas.** La adaptación cultural implica ajustar las prácticas educativas para que se alineen con los valores, tradiciones y creencias de la comunidad local. En este contexto, el uso de saberes tradicionales, como el conocimiento sobre plantas medicinales, es una estrategia esencial para integrar la cultura local en el proceso educativo. Esto no solo facilita la aceptación de las intervenciones, sino que también permite que los participantes se sientan respetados y valorados, lo que los hace más propensos a aplicar las enseñanzas en su vida cotidiana.

Las prácticas educativas que no consideran el contexto cultural tienden a fracasar, ya que pueden no ser vistas como relevantes o aplicables. Adaptar las enseñanzas a la realidad cultural de los participantes asegura que las intervenciones educativas sean tanto aceptadas como sostenibles a largo plazo.

**Participación activa y empoderamiento comunitario.** Este tema se refiere a la implicación activa de los participantes y de la comunidad en general en el proceso educativo. No se trata únicamente de recibir información, sino de co-crear soluciones de salud a través del

diálogo y la acción conjunta. El empoderamiento comunitario implica que la comunidad se apropie del conocimiento adquirido y lo utilice para fortalecer sus capacidades colectivas en la gestión de su salud.

La participación activa de la comunidad es fundamental para asegurar que las prácticas educativas no sean impuestas desde fuera, sino desarrolladas y adaptadas por los propios miembros de la comunidad. Este enfoque participativo refuerza la cohesión social y asegura la sostenibilidad de las intervenciones educativas a largo plazo, permitiendo que la comunidad continúe aplicando y difundiendo los conocimientos adquiridos.

**Prácticas preventivas para la salud.** Las prácticas preventivas son aquellas acciones que se implementan para evitar la aparición de enfermedades o para mitigar su avance. En este estudio, se destacan las prácticas dirigidas a la prevención de enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes, que son comunes en las comunidades rurales. Además, estas prácticas incluyen la promoción de hábitos saludables como la alimentación equilibrada, la actividad física regular y la educación sobre el manejo de enfermedades.

La prevención es un componente esencial de la salud pública y, a largo plazo, resulta más costo-efectiva que el tratamiento de enfermedades avanzadas. Enseñar prácticas preventivas a los

adultos mayores no solo reduce la carga de enfermedades en la comunidad, sino que también mejora la calidad de vida de los participantes.

**Estrategias educativas innovadoras,** Este tema se refiere al uso de métodos pedagógicos creativos que ayudan a superar las barreras de alfabetización y cognitivas que enfrenta la población participante. Entre estas estrategias se encuentran el uso de guías visuales, la codificación por colores, las dramatizaciones y las dinámicas grupales. Estas herramientas están diseñadas para facilitar la comprensión de conceptos complejos, como los relacionados con el autocuidado y la administración de tratamientos médicos.

Las estrategias educativas innovadoras son cruciales para asegurar que las prácticas educativas sean efectivas en poblaciones con baja alfabetización o habilidades cognitivas limitadas. Estas herramientas no solo ayudan a los participantes a comprender mejor la información, sino que también aumentan su confianza y su capacidad para aplicar el conocimiento adquirido en su vida diaria.

**Fase 6: Producción del informe.** En esta fase, se articulan los temas emergentes identificados en la investigación, relacionándolos con los objetivos del estudio y los hallazgos obtenidos. El análisis de los datos ha permitido evaluar cómo estos temas responden a las

preguntas de investigación y contribuyen a los resultados esperados. A continuación, se describe cómo cada tema se relaciona con los objetivos y se analizan los resultados obtenidos.

### **Autonomía y empoderamiento en el autocuidado**

Este tema se vincula directamente con el objetivo de analizar cómo una práctica educativa puede contribuir al empoderamiento de los participantes. El desarrollo de capacidades para gestionar la propia salud observadas en los adultos mayores se corresponde con el enfoque freireano de la pedagogía liberadora, donde los participantes adquieren herramientas para tomar decisiones informadas sobre su bienestar.

Los resultados obtenidos demuestran que, tras las intervenciones educativas, los adultos mayores aumentaron significativamente su confianza y autonomía en la administración de tratamientos médicos y la adopción de prácticas saludables. Este hallazgo subraya la importancia de empoderar a los individuos en contextos rurales, donde el acceso a servicios de salud es limitado, permitiéndoles ser más autosuficientes en su autocuidado y reduciendo así la dependencia del sistema de salud formal.

### **Barreras y desafíos cognitivos y geográficos**

Este tema aborda las barreras cognitivas y geográficas que afectan la efectividad de las prácticas educativas, y responde al objetivo de identificar y superar estos obstáculos. Las dificultades cognitivas derivadas de la baja alfabetización y las barreras geográficas, como la distancia y la falta de infraestructura, limitan la adherencia a los tratamientos y la comprensión de las recomendaciones de salud.

El análisis de los datos muestra que las estrategias educativas adaptadas, como las guías visuales y la codificación por colores, han mitigado en gran medida estas barreras, facilitando una mejor comprensión entre los participantes. Sin embargo, persisten desafíos relacionados con el acceso físico a los servicios médicos, lo que evidencia la necesidad de soluciones estructurales a largo plazo para superar las limitaciones geográficas.

### **Adaptación cultural en las prácticas educativas**

Este tema se relaciona con el objetivo de evaluar la pertinencia de las prácticas educativas en función de su capacidad para responder a las necesidades culturales de la población. La incorporación del conocimiento tradicional, como el uso de plantas medicinales, ha sido fundamental para asegurar la aceptación y aplicabilidad de las intervenciones entre los adultos mayores.



Los resultados destacan que la adaptación cultural de las prácticas educativas ha permitido que los participantes se sientan respetados y valorados en cuanto a su conocimiento tradicional. Esto ha generado una mayor disposición a adoptar prácticas de salud nuevas sin percibir las como una amenaza a su cultura local, lo que asegura una mayor sostenibilidad de las intervenciones a largo plazo.

### **Participación activa y empoderamiento comunitario**

Este tema se vincula con el objetivo de fortalecer la participación comunitaria en la toma de decisiones sobre salud. La participación activa de los adultos mayores no solo les ha permitido adquirir conocimientos, sino también los ha empoderado para compartir y aplicar estas enseñanzas dentro de su comunidad.

Los datos indican que los participantes han asumido un rol activo en el proceso educativo, promoviendo un enfoque más colectivo hacia la salud. La participación ha fortalecido el sentido de cohesión comunitaria y ha generado una red de apoyo que facilita la implementación y sostenibilidad de las prácticas de autocuidado. Este empoderamiento comunitario es clave para asegurar que las intervenciones educativas no sean aisladas, sino que formen parte de un proceso continuo de mejora del bienestar colectivo.

### **Prácticas preventivas para la salud**

Este tema está alineado con el objetivo de promover el autocuidado y la prevención de enfermedades crónicas. Las prácticas preventivas enseñadas durante las intervenciones han estado centradas en la prevención de enfermedades comunes en la comunidad, como la hipertensión y la diabetes, así como en la promoción de hábitos saludables.

El análisis de los datos revela que la adopción de prácticas preventivas ha reducido el riesgo de complicaciones en los adultos mayores. Las actividades de monitoreo regular de signos vitales, junto con la adopción de dietas equilibradas, han demostrado ser estrategias efectivas para mejorar la salud general de los participantes y reducir la carga de enfermedades crónicas en la comunidad.

### **Estrategias educativas innovadoras**

Este tema responde al objetivo de diseñar estrategias educativas innovadoras que atiendan las necesidades cognitivas de los participantes, especialmente en poblaciones con baja alfabetización. El uso de herramientas pedagógicas, como guías visuales, codificación por colores y dramatizaciones, ha sido esencial para mejorar la comprensión de los contenidos educativos y facilitar la adherencia a los tratamientos médicos.

Los resultados muestran que estas estrategias han sido efectivas para superar las barreras cognitivas y mejorar la adherencia a los tratamientos. Además, los participantes han demostrado una mayor confianza en su capacidad para gestionar su salud, lo que refuerza la efectividad de estas herramientas pedagógicas en contextos de baja alfabetización. Las estrategias innovadoras no solo han permitido mejorar los resultados de salud, sino también han promovido una mayor autonomía en el manejo del bienestar personal.

**Conclusiones.** Se concluye que las prácticas educativas implementadas en Chambo han tenido un impacto significativo en la salud de los adultos mayores, promoviendo el autocuidado, el empoderamiento comunitario y la adopción de prácticas preventivas. A pesar de las barreras cognitivas y geográficas, las estrategias educativas innovadoras han facilitado la comprensión y apropiación del conocimiento, mejorando notablemente los resultados de salud en la comunidad.

Los hallazgos demuestran que las prácticas educativas adaptadas culturalmente y las estrategias innovadoras son fundamentales para superar las limitaciones del contexto rural. Esto subraya la importancia de continuar promoviendo intervenciones educativas que se alineen con las necesidades locales y fomenten un enfoque comunitario en la gestión de la salud.

*Conexión de los hallazgos con los objetivos de la investigación*

**Objetivo 1: Caracterizar la práctica educativa significativa que contribuye a los procesos de aprendizaje de educación para la salud en contextos de la ruralidad.** El análisis de la entrevista reveló una práctica educativa significativa implementada por la enfermera en la comunidad rural de Chambo. Esta práctica se caracteriza por su enfoque integrador, que combina estrategias de enseñanza directa con una participación activa de los miembros de la comunidad, respetando las costumbres locales y facilitando la comprensión de temas clave relacionados con el autocuidado y la prevención de enfermedades.

Durante las sesiones educativas, los adultos mayores reciben instrucciones sobre el manejo adecuado de medicamentos y la prevención de enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes. La enfermera destacó el uso de materiales visuales para superar las barreras de alfabetización y mejorar la adherencia a los tratamientos. Esta estrategia responde de manera eficaz a las necesidades de la comunidad, donde el acceso a la información sanitaria es limitado. El uso de sistemas codificados por colores es una herramienta clave que ha facilitado la comprensión de las instrucciones médicas y ha reforzado la capacidad de los participantes para gestionar su salud de manera autónoma.

Un componente central de la práctica educativa es la intervención posconsulta, donde la profesional de salud realiza un seguimiento personalizado con cada paciente, asegurando que la

información transmitida durante las sesiones educativas sea comprendida y aplicada en su vida cotidiana. Este enfoque fomenta el empoderamiento de los adultos mayores, otorgándoles las herramientas necesarias para gestionar su salud de manera autónoma.

La práctica educativa observada en la entrevista refleja un enfoque adaptado a las condiciones de la comunidad rural de Chambo. El uso de herramientas visuales, como la codificación por colores, ha sido esencial para garantizar la adherencia al tratamiento y mejorar la capacidad de los adultos mayores para gestionar su salud. Este enfoque educativo es consistente con los principios de la pedagogía liberadora de Freire (1970) y el empoderamiento comunitario de Irigoyen (1994), que buscan dar a los participantes un papel activo en su propio proceso de aprendizaje, transformando su relación con la salud y el autocuidado.

Además, las barreras cognitivas y geográficas que presentan desafíos significativos en la educación para la salud en zonas rurales fueron abordadas mediante el uso de estrategias educativas innovadoras. Las dificultades en la comprensión de las indicaciones médicas se han reducido gracias al uso de metodologías visuales, que han demostrado ser efectivas en la disminución de errores en la administración de medicamentos. Estas estrategias responden a la necesidad de adaptación cultural y están alineadas con investigaciones previas, como las de Rudd

(2015), que subrayan la importancia de adaptar las intervenciones educativas a los contextos rurales.

**Objetivo 2: Identificar los procesos de aprendizaje que se generan en los participantes como resultado de la práctica educativa significativa.** Los procesos de aprendizaje generados en los participantes, según lo identificado en la entrevista, se basan en la reflexión crítica y la adquisición de habilidades prácticas para el autocuidado. Las sesiones educativas no solo se enfocan en la transmisión de conocimientos, sino que promueven la autonomía de los participantes, quienes tras las sesiones han desarrollado una mayor confianza en su capacidad para manejar sus tratamientos y prevenir complicaciones de salud.

Un aspecto clave de este proceso de aprendizaje es la interacción social que ocurre durante las sesiones grupales. La profesional señaló que los participantes comparten sus experiencias personales y conocimientos tradicionales sobre el uso de remedios naturales, lo que enriquece el proceso de aprendizaje. Este intercambio de saberes refleja los principios de la pedagogía freireana, que promueve un aprendizaje horizontal y colaborativo, donde los participantes son tanto receptores como productores de conocimiento.

La concientización sobre el autocuidado es otro proceso crucial. A través de las sesiones educativas, los adultos mayores han comprendido cómo cambios simples en sus hábitos diarios

pueden tener un impacto significativo en su salud. Esta concientización no se limita a los cuidados individuales, sino que se extiende a sus familias y a la comunidad en general, evidenciando un aprendizaje de carácter social y comunitario.

Los procesos de aprendizaje identificados en los adultos mayores incluyen una mayor autoconfianza y empoderamiento en la gestión de su salud, lo que les permite adoptar prácticas de autocuidado más efectivas. Estas transformaciones están alineadas con la teoría de la alfabetización en salud de Nutbeam (2000), que subraya la importancia de que los participantes no solo comprendan la información, sino que también sean capaces de aplicarla de manera significativa en sus vidas cotidianas.

Además, el proceso de aprendizaje descrito por la profesional de salud puede ser comprendido desde la perspectiva del aprendizaje experiencial de Kolb (1984). En este enfoque, los participantes integran conocimientos prácticos mediante su interacción directa con los sistemas de salud y la aplicación de lo aprendido en situaciones reales. Este ciclo de aprendizaje basado en la experiencia permite a los adultos mayores construir un conocimiento profundo y significativo, que transforma su relación con el autocuidado y fortalece su autonomía.

**Objetivo 3: Evaluar la pertinencia y efectividad de la práctica educativa en términos de su capacidad para responder a las necesidades de salud de la población rural.** El análisis

de la entrevista revela que las intervenciones educativas han demostrado ser altamente pertinentes y efectivas en responder a las necesidades específicas de salud de la comunidad rural de Chambo. La práctica educativa ha abordado directamente problemas clave, como la prevención de enfermedades crónicas y el manejo de la polifarmacia. Según la enfermera entrevistada, uno de los mayores desafíos en la comunidad ha sido asegurar que los adultos mayores comprendan la dosificación correcta de sus medicamentos, un problema que se ha abordado con éxito mediante el uso de guías visuales codificadas por colores.

Esta herramienta ha permitido superar las barreras de alfabetización presentes en la comunidad, facilitando que los adultos mayores comprendan y sigan las indicaciones médicas. La enfermera también destacó que, aunque las barreras geográficas y el acceso limitado a los servicios de salud continúan siendo obstáculos importantes, la continuidad de las intervenciones educativas posconsulta ha mitigado estos desafíos. Los participantes han adquirido conocimientos prácticos que les permiten manejar sus enfermedades de manera más autónoma, a pesar de las limitaciones geográficas.

Asimismo, el enfoque culturalmente adecuado de la práctica educativa ha sido un factor clave en su efectividad. La enfermera ha integrado prácticas y creencias locales en las sesiones educativas, permitiendo que los adultos mayores adopten las recomendaciones sin sentir que



deben abandonar sus costumbres tradicionales. Este enfoque culturalmente sensible ha sido esencial para garantizar que las intervenciones sean aceptadas por la comunidad y, en última instancia, implementadas en la vida diaria de los participantes.

La efectividad de la práctica educativa se evidencia también en la adaptación de las estrategias pedagógicas a la realidad de la población rural de Chambo. El uso de herramientas visuales y la participación activa de los adultos mayores han asegurado una mayor comprensión de los tratamientos médicos, respetando y valorando el contexto cultural de los participantes. Este enfoque es coherente con los principios de la investigación participativa descritos por Wallerstein y Duran (2010), quienes enfatizan la importancia de diseñar intervenciones que respondan directamente a las necesidades y características de las comunidades, involucrándolas en el proceso educativo de manera activa.

**Objetivo 4: Analizar cómo la práctica educativa contribuye a empoderar a los participantes y a fortalecer sus capacidades para tomar decisiones informadas sobre su salud.** El análisis de la entrevista pone de manifiesto que la práctica educativa ha contribuido de manera significativa al empoderamiento de los participantes, fortaleciendo su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su salud. La enfermera explicó que las sesiones educativas no se limitan a proporcionar información médica, sino que también enseñan a los adultos mayores a

evaluar sus opciones de tratamiento y a participar activamente en el cuidado de su salud, permitiéndoles asumir un rol más autónomo y activo en la gestión de sus condiciones.

Las técnicas de enseñanza participativa han sido esenciales en este proceso de empoderamiento. Los adultos mayores han aprendido a identificar síntomas de complicaciones crónicas y a buscar ayuda médica de manera oportuna. Este conocimiento ha aumentado su autoevaluación y su capacidad para gestionar su salud, lo que ha resultado en una reducción de hospitalizaciones innecesarias. La habilidad para gestionar complicaciones de manera preventiva es uno de los logros más importantes de la práctica educativa.

Además, la implementación de sistemas visuales para la administración de medicamentos ha incrementado la autoeficacia de los participantes, un concepto clave en la teoría de Bandura (1986). Los adultos mayores se sienten más seguros y confiados en su capacidad para administrar sus tratamientos, lo que refuerza su autonomía en el cuidado de su salud. Este enfoque que empodera también está en consonancia con la teoría de la participación comunitaria de Irigoyen (1994), que subraya la importancia de involucrar a las comunidades en su propio proceso de mejora en salud.

Asimismo, la educación para la salud implementada en Chambo, según lo detallado por la enfermera, no se limita a la transmisión de información. Genera un proceso de reflexión crítica

en los adultos mayores, lo que les permite asumir el control de su bienestar. Este enfoque dialógico, fundamentado en la pedagogía de Freire (1970), facilita que los participantes no solo aprendan, sino que transformen su comprensión de la salud, adoptando prácticas de autocuidado que les permitan superar las barreras estructurales que limitan su acceso a la atención médica.

El diálogo constante y respetuoso ha sido un componente crucial para lograr el empoderamiento de los participantes. Las sesiones posconsulta han brindado un espacio en el que los adultos mayores pueden expresar sus inquietudes y obtener respuestas claras y comprensibles. Este enfoque dialógico ha fomentado un sentido de pertenencia y ha generado confianza, permitiendo que los participantes se sientan valorados en su proceso de aprendizaje. Como resultado, no solo han recibido información, sino que han sido escuchados y apoyados en su camino hacia un autocuidado más efectivo.

El personal de enfermería ha evidenciado que el tratamiento centrado en las necesidades y características personales dan buenos resultados. Implementar estrategias creativas, como el uso de colores para recordar el tipo de medicamentos y su tiempo de administración, pone de relieve una actitud proactiva, y una búsqueda constante de mejoras.

De igual forma, la identificación de riesgos y el seguimiento del paciente son prácticas basadas en la evidencia y contribuyen a mejorar los resultados en salud. La educación para la

salud se integra en la atención al paciente de manera holística, y considera no solo los aspectos clínicos, sino también las necesidades sociales y emocionales. De esa forma, la enfermera intenta transitar por la vereda del lenguaje claro, y evitar términos técnicos que obstruyen la comprensión y el aprendizaje.

**Conclusiones.** La práctica educativa implementada en la comunidad de Chambo ha generado procesos de aprendizaje significativos que no solo promueven el autocuidado, sino que también fomentan el empoderamiento comunitario y la participación activa de los adultos mayores en la gestión de su salud. La adaptación cultural de las intervenciones y el uso de estrategias pedagógicas innovadoras han sido esenciales para superar las barreras cognitivas y geográficas, garantizando que los participantes puedan aplicar lo aprendido de manera efectiva en sus vidas cotidianas.

Los hallazgos están alineados con los objetivos de la investigación, destacando la importancia de estrategias educativas adaptadas que promuevan la autonomía y el empoderamiento en contextos rurales, y subrayando el valor de las metodologías participativas que transforman la educación en salud en un proceso inclusivo y transformador.

### ***Discusión de resultados***

Los resultados obtenidos de la entrevista han sido analizados exhaustivamente en relación con los objetivos de la investigación y el marco teórico, destacando la importancia de las prácticas educativas en la promoción de la salud en comunidades rurales, especialmente entre los adultos mayores. Esta discusión conecta los hallazgos empíricos con las teorías y estudios previos sobre la educación en salud, participación comunitaria y empoderamiento, proporcionando una reflexión crítica sobre los avances y desafíos identificados en el estudio.

**Relación con la Teoría de Paulo Freire y la educación popular.** El análisis de los resultados confirma que la práctica educativa implementada en la comunidad de Chambo se enmarca dentro de la pedagogía de la liberación de Paulo Freire, en la que los participantes no son simples receptores pasivos de información, sino agentes activos en su proceso de aprendizaje (Freire, 1970). Las técnicas utilizadas por la enfermera, como el diálogo y la interacción comunitaria, reflejan la educación dialógica propuesta por Freire, la cual fomenta la reflexión crítica sobre el autocuidado y las condiciones estructurales que afectan la salud de los participantes. Este enfoque es clave en la promoción del empoderamiento, ya que facilita que los adultos mayores de Chambo desarrollen una mayor conciencia crítica acerca de su salud, lo que les permite tomar decisiones informadas sobre el manejo de medicamentos y la prevención de enfermedades crónicas.

Este enfoque participativo y emancipador es fundamental en zonas rurales, donde los participantes suelen tener un acceso limitado a los servicios de salud, y las desigualdades sociales influyen significativamente en las prácticas de autocuidado. La integración de los saberes locales y la promoción de la autonomía en la toma de decisiones sobre la salud, como se observa en la práctica educativa descrita, confirman la pertinencia de la pedagogía freireana en contextos rurales como el de Chambo. En particular, los resultados subrayan cómo la adaptación cultural de las prácticas educativas respeta las costumbres locales, lo que facilita que los participantes adopten nuevos hábitos sin sentir que están abandonando sus tradiciones.

**Contribución del modelo de participación comunitaria en salud.** Los resultados también se alinean con la teoría de la participación comunitaria en salud de Juan Irigoyen (1994), que destaca la importancia de la acción colectiva y el empoderamiento comunitario en la promoción de la salud. La enfermera entrevistada emplea técnicas educativas que facilitan la participación activa de los adultos mayores en la toma de decisiones sobre su salud, un principio central del modelo de Irigoyen. Los participantes no solo han adquirido herramientas para mejorar su autocuidado, sino que este aprendizaje se ha extendido a sus redes familiares y comunitarias, promoviendo una transformación social significativa.

El enfoque colectivo, basado en el diálogo y el reconocimiento de los saberes locales, refuerza la capacidad de la comunidad para actuar de manera autónoma y tomar decisiones informadas sobre su bienestar. Este modelo se refleja claramente en los resultados de la investigación, ya que las sesiones educativas no solo promueven el aprendizaje individual, sino que también fortalecen el tejido social y la cohesión comunitaria, lo cual es crucial en un contexto rural como el de Chambo, donde la interdependencia comunitaria es un elemento clave para el éxito de las intervenciones en salud.

**Pertinencia del aprendizaje significativo de Ausubel (1968).** Otro aspecto clave revelado en los resultados es la importancia del aprendizaje significativo, según la teoría de David Ausubel (Rodríguez, A, 2011). Las sesiones educativas han logrado conectar los conocimientos previos de los participantes sobre la salud con nuevas informaciones y prácticas de autocuidado, lo que ha facilitado un aprendizaje más efectivo y duradero. La enfermera ha adaptado los contenidos educativos a las realidades locales, utilizando guías visuales y sistemas de codificación por colores que mejoran la comprensión y la adherencia a los tratamientos. Esto es coherente con los principios de Ausubel sobre la asimilación del conocimiento nuevo en estructuras cognitivas preexistentes.

Los resultados indican que los adultos mayores no solo han adquirido nuevas habilidades y conocimientos, sino que han sido capaces de integrar estos conocimientos en su vida diaria, reflejando un aprendizaje profundo y significativo en lugar de uno meramente superficial. Este tipo de aprendizaje, basado en la relevancia personal y contextual, es fundamental para garantizar que las prácticas educativas tengan un impacto sostenible en la mejora de la salud comunitaria. El hecho de que los participantes hayan adoptado nuevas prácticas de salud y las hayan incorporado en su vida cotidiana muestra cómo la personalización del aprendizaje ha contribuido a una mayor apropiación de las intervenciones educativas.

**Evaluación crítica del enfoque sociocrítico e interpretativo.** Los enfoques sociocrítico e interpretativo adoptados en esta investigación han sido fundamentales para analizar no solo las experiencias subjetivas de los participantes en relación con su salud, sino también las estructuras sociales que influyen en el acceso a los servicios de salud. El enfoque sociocrítico ha permitido examinar críticamente las condiciones estructurales que limitan la capacidad de los adultos mayores para acceder a una atención médica adecuada. Los resultados muestran que la intervención educativa no solo ha proporcionado información sobre el autocuidado, sino que también ha promovido una reflexión crítica entre los participantes sobre las barreras sistémicas que enfrentan, tales como la falta de infraestructura médica y los desafíos geográficos.



Este análisis refuerza la importancia del enfoque sociocrítico, que no se limita a comprender la realidad, sino que busca transformarla a través de la acción colectiva. La práctica educativa no solo empodera a los adultos mayores para gestionar su salud, sino que también los ayuda a tomar conciencia de las desigualdades estructurales que condicionan su bienestar, lo cual está en línea con los principios de Freire sobre la concientización y el empoderamiento a través de la educación.

Por otro lado, el enfoque interpretativo ha sido valioso para capturar los significados subjetivos que los participantes atribuyen a su salud y a las intervenciones educativas. Las respuestas de la enfermera y las observaciones sobre los adultos mayores revelan que los participantes han desarrollado un sentido de autonomía y confianza en su capacidad para gestionar su salud. Esto es particularmente relevante en un contexto rural donde la desigualdad en el acceso a servicios de salud representa una barrera significativa. A través del enfoque interpretativo, se ha podido entender cómo los participantes internalizan el aprendizaje y lo transforman en acciones concretas para mejorar su salud, lo cual es fundamental para promover un cambio duradero.

**Limitaciones y desafíos identificados.** A pesar de los logros observados, los resultados también revelan una serie de desafíos y limitaciones en la práctica educativa analizada. Uno de

los principales obstáculos identificados es la baja alfabetización de algunos participantes, lo cual limita su capacidad para comprender ciertos contenidos educativos, incluso cuando se utilizan estrategias visuales. Aunque el uso de guías codificadas por colores y otros recursos visuales ha mitigado en gran medida este problema, todavía es necesario desarrollar métodos educativos más inclusivos que puedan adaptarse a una población aún más diversa en términos de capacidad cognitiva y educativa.

Además, las barreras geográficas continúan siendo un desafío significativo para la implementación de programas de educación para la salud en la comunidad rural de Chambo. La distancia a los servicios médicos y la falta de infraestructura adecuada dificultan el acceso a una atención sanitaria continua, lo que impone restricciones tanto para los participantes como para el personal de salud. Si bien las intervenciones posconsulta y las visitas domiciliarias han ayudado a paliar estos problemas, todavía se necesita una mayor coordinación intersectorial y la implementación de soluciones a largo plazo para mejorar la accesibilidad en estas zonas rurales.

Otro desafío identificado en la investigación es la falta de respuestas claras en varias de las entrevistas realizadas. El hecho de que solo una de las seis entrevistas proporcionara una respuesta detallada sobre una práctica educativa significativa sugiere que las estrategias educativas implementadas en otros sectores de Chambo podrían no estar siendo igualmente

efectivas. Esto plantea la necesidad de una evaluación continua y un ajuste adaptativo de las prácticas educativas, basándose en las características y necesidades específicas de cada comunidad. La homogeneización de las estrategias educativas puede ser inadecuada en entornos diversos, y los resultados sugieren que una adaptación más local de las intervenciones es crucial para garantizar su efectividad en todos los sectores.

Algunos pacientes podrían sentir que la información se ha simplificado demasiado y que no reciben toda la información necesaria. Aunque la estrategia de los colores sea operativa para recordar el horario, el paciente podría tener dudas sobre la eficacia del tratamiento en sí, y puede no ser suficiente para pacientes con déficits cognitivos más severos o aquellos que no establezcan asociaciones fáciles con colores.

Si el paciente se vuelve demasiado dependiente del sistema de colores, podría tener dificultades en el caso de cambiar el tratamiento o si olvida la asociación entre los colores y los medicamentos. Aunque la estrategia se adapta a las dificultades de lectura, podría no considerar otras necesidades individuales del paciente, como problemas de memoria o dificultades para entender conceptos médicos. Si bien esta estrategia ha demostrado ser prometedora en algunos casos, es importante evaluar su eficacia con más pacientes para determinar su aplicación en

forma general. Sin embargo, en pacientes con déficit cognitivos severos esta estrategia puede no ser suficiente y se esperaría otros tipos de intervención.

Asociar los colores con diferentes conceptos puede variar de una cultura a otra, por lo que es importante tomar en cuenta el contexto cultural del paciente, y realizar el seguimiento pertinente regular para evaluar la validez de la estrategia y realizar ajustes si el caso lo amerite.

Aunque la persona entrevistada menciona el uso de colores, no proporciona información de manera explícita, sobre si existe una explicación completa de su afección, sobre otro tipo de alimentos de uso más complejo, o sobre la importancia de adherirse al tratamiento. Esta falta de explicación completa podría limitar la comprensión del paciente y su capacidad para autogestionar su salud.

Los desafíos principales se encuentran en las barreras lingüísticas, ya que la zona en la que se encuentra el Centro de Salud tiene población indígena, por lo que se podría utilizar intérpretes o materiales educativos en diferentes idiomas. Para evitar las dificultades de aprendizaje, se podría simplificar la información y utilizar varios recursos visuales. Para superar las limitaciones de tiempo se podría priorizar la información más relevante y utilizar modos de hablar concisos.

Además, es necesaria una educación continua al paciente y a su familia sobre la importancia de la adherencia al tratamiento y sobre cómo identificar y resolver posibles problemas. También es importante la colaboración interdisciplinaria con otros profesionales de la salud, por ejemplo: médicos y farmacéuticos, esto es esencial para garantizar una atención integral y coordinada, y finalmente mantener una evaluación sistemática: sobre la efectividad de esta estrategia y realizar ajustes según sea necesario.

Aunque no se especifica en detalle, sería importante contar con un sistema de documentación que permita registrar las actividades realizadas en la posconsulta, los contenidos abordados y la respuesta del paciente. La evaluación de la efectividad de las intervenciones educativas podría realizarse de manera más sistemática, que utilice instrumentos de evaluación específicos. Si bien se menciona la colaboración con el médico, sería interesante explorar cómo se coordina la educación proporcionada por ambos profesionales y cómo se garantiza la continuidad de los cuidados.

**Conclusiones sobre la evaluación crítica.** En términos generales, los resultados revelan que la práctica la intervención ha demostrado ser efectiva en empoderar a los adultos mayores, mejorando su capacidad para gestionar su salud, al tiempo que promueve una reflexión crítica sobre las condiciones estructurales que afectan su acceso a la atención sanitaria.

Sin embargo, también se identificaron desafíos, especialmente en términos de alfabetización y accesibilidad, que deben ser abordados en futuras intervenciones educativas. Para asegurar un impacto más amplio y sostenible, será necesario desarrollar estrategias que no solo se adapten a las características culturales de los participantes, sino que también aborden las diferencias cognitivas y geográficas presentes en la población rural.

El enfoque sociocrítico ha sido particularmente útil para identificar las limitaciones estructurales que enfrentan los adultos mayores, mientras que el enfoque interpretativo ha permitido una comprensión profunda de cómo los participantes asimilan y aplican los conocimientos adquiridos en su vida diaria. Estos enfoques complementarios han facilitado una evaluación integral de la práctica educativa, lo que destaca la necesidad de seguir adaptando y perfeccionando las intervenciones para mejorar su efectividad y sostenibilidad en comunidades rurales.

### ***Triangulación de los resultados***

La triangulación de los resultados obtenidos en la entrevista con la literatura existente permite validar las estrategias educativas mencionadas por la profesional de salud. A continuación, se presenta cómo cada tema identificado en la investigación se conecta con

estudios previos y teorías clave, lo que refuerza la coherencia de los hallazgos con los enfoques contemporáneos en educación para la salud en comunidades rurales.

**Tema 1: Sistemas codificados por colores y educación pictórica.** En la entrevista, la profesional de salud destacó la efectividad de los sistemas codificados por colores para la administración de medicamentos, especialmente en poblaciones rurales con bajos niveles de alfabetización. Este enfoque ha permitido que los adultos mayores administren su medicación de manera más eficiente y con menos errores.

El uso de sistemas visuales como el código de colores en la administración de medicamentos ha sido ampliamente respaldado por la literatura. Bezerra et al. (2020) y Park (2011) señalan que estas estrategias son altamente efectivas para reducir errores en la administración de medicamentos, particularmente en poblaciones con bajos niveles de alfabetización. Además, Nutbeam (2000) destaca que los sistemas visuales mejoran la alfabetización en salud, lo que refuerza la autoeficacia de los participantes al proporcionarles herramientas prácticas y accesibles para el autocuidado.

La triangulación con estos estudios respalda la idea de que los sistemas visuales no solo mejoran la adherencia al tratamiento, sino que también otorgan a los participantes un mayor control sobre su salud, fomentando la confianza en su capacidad para gestionar su bienestar.

**Tema 2: Empoderamiento a través de la educación para la salud.** La profesional de salud subrayó que la participación activa de los adultos mayores en las sesiones educativas contribuye a su empoderamiento, permitiéndoles tomar decisiones informadas sobre su salud. Este enfoque participativo les otorga mayor control sobre su bienestar y fomenta una conciencia crítica sobre su autocuidado.

El empoderamiento de los participantes, tal como se describe en la entrevista, está alineado con los principios de Freire (1970), quien destaca la importancia de que los individuos sean agentes activos en su proceso de aprendizaje. Además, la teoría de la autoeficacia de Bandura (1986) refuerza que los individuos necesitan sentir que tienen control sobre su salud para lograr cambios efectivos en su comportamiento. Este proceso de empoderamiento también está respaldado por la teoría de la participación comunitaria de Irigoyen (1994), que subraya que el empoderamiento es un componente clave para la transformación social en salud, proporcionando a las comunidades las herramientas necesarias para gestionar su bienestar de manera autónoma.

**Tema 3: Adaptación de las estrategias educativas al contexto rural.** La profesional subrayó la necesidad de adaptar las estrategias educativas al contexto cultural y social de los



participantes, destacando que la educación para la salud debe ser culturalmente pertinente y accesible.

La adaptación de las estrategias educativas al contexto rural, tal como se menciona en la entrevista, está respaldada por la teoría de la investigación participativa de Wallerstein y Duran (2010), que subraya la importancia de diseñar intervenciones que respondan directamente a las características y necesidades de la comunidad. Esta teoría destaca que el diálogo y el respeto por los conocimientos previos de los participantes son fundamentales para asegurar la apropiación y aplicabilidad de los nuevos conocimientos. Asimismo, Freire (1970) enfatiza que las intervenciones educativas deben ser dialógicas y basadas en el respeto por los saberes locales, lo que permite una transformación social significativa.

**Tema 4: Autonomía en la toma de decisiones sobre salud.** La profesional explicó que uno de los objetivos clave del programa es que los adultos mayores desarrollen la capacidad de tomar decisiones informadas sobre su salud, especialmente en lo que respecta a la administración de medicamentos y la adopción de hábitos saludables.

El fomento de la autonomía en la toma de decisiones es un objetivo central en los programas de educación para la salud. Como se menciona en la entrevista, el uso de herramientas visuales no solo facilita la administración de medicamentos, sino que también refuerza la

capacidad de los participantes para tomar decisiones informadas sobre su salud. Este enfoque está respaldado por la teoría del Behaviour Change Wheel de Michie, S., y West (2011), que destaca la importancia de proporcionar a las personas las herramientas necesarias para gestionar su propio comportamiento de manera efectiva y autónoma. La autoeficacia de Bandura

(1986) también es fundamental aquí, ya que la percepción de competencia personal es crucial para fomentar la adopción de prácticas saludables a largo plazo.

**Tema 5: Prácticas preventivas en salud.** La profesional de salud destacó que una parte crucial del programa educativo es la promoción de prácticas preventivas, con especial atención en la prevención de enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes, que son comunes en las comunidades rurales.

Las prácticas preventivas están alineadas con la salud pública y la alfabetización en salud, como lo mencionan autores como Nutbeam (2000), que destacan la importancia de educar a las personas para que tomen medidas preventivas que reduzcan la incidencia de enfermedades crónicas. Las estrategias preventivas mencionadas en la entrevista, como el monitoreo de signos vitales y la adopción de hábitos saludables, son respaldadas por la literatura, ya que los enfoques de prevención son más costo-efectivos y sostenibles que los tratamientos a largo plazo para condiciones crónicas avanzadas (Marmot, 2005).

Además, la promoción de prácticas preventivas en entornos rurales tiene el potencial de reducir la carga de enfermedades en la comunidad, empoderando a los participantes para gestionar su salud de manera más efectiva y reducir su dependencia del sistema de salud formal. La teoría del Behaviour Change Wheel de Michie et al. (2011) respalda este enfoque, subrayando que la educación en prácticas preventivas es fundamental para facilitar cambios en el comportamiento de salud.

**Tema 6: Estrategias educativas innovadoras.** La profesional también mencionó el uso de estrategias educativas innovadoras, como las guías visuales codificadas por colores y las dramatizaciones, que permiten superar las barreras de alfabetización presentes en la comunidad rural de Chambo. Estas estrategias han facilitado la comprensión de los contenidos médicos y mejorado la adherencia al tratamiento.

El uso de estrategias educativas innovadoras se alinea con la teoría del aprendizaje experiencial de Kolb (1984), que subraya la importancia de métodos pedagógicos que involucren la experiencia directa como una forma de aprendizaje efectivo. Las dramatizaciones y las dinámicas grupales permiten que los participantes internalicen el conocimiento a través de la acción, lo que fortalece su capacidad para recordar y aplicar lo aprendido en su vida diaria.

Además, Bandura (1986) refuerza que las herramientas pedagógicas que facilitan la comprensión, como los sistemas visuales y las dinámicas interactivas, también mejoran la autoeficacia, ya que los participantes sienten que son más competentes en la gestión de su salud. Este enfoque está respaldado por la teoría del aprendizaje significativo de Ausubel, que sugiere que el aprendizaje es más efectivo cuando se conecta con los conocimientos previos de los participantes y se adapta a su contexto cultural y educativo (Rodríguez, 2011).

**Lenguaje sencillo y no técnico utilizado en la educación para la salud.** En la entrevista, se destacó que la enfermera emplea un lenguaje sencillo y no técnico para facilitar la comprensión de los contenidos educativos por parte de los adultos mayores. Este enfoque es fundamental para garantizar que los participantes, quienes en su mayoría presentan bajos niveles de alfabetización, puedan comprender y aplicar las recomendaciones médicas.

Este uso de un lenguaje claro y accesible se relaciona directamente con teorías de la comunicación en salud y el aprendizaje significativo. En el ámbito de la alfabetización en salud, Nutbeam (2000) señala que la claridad y comprensibilidad del mensaje son aspectos clave para mejorar la comprensión y, por ende, la autoeficacia de los pacientes. Al utilizar un lenguaje adaptado, la enfermera asegura que la información compleja, como la administración de

medicamentos o la prevención de enfermedades crónicas, se convierta en conocimientos accesibles y aplicables para los participantes.

La Teoría de la Comunicación en Salud sostiene que el proceso comunicativo es esencial para mejorar los resultados de salud, especialmente en poblaciones con baja alfabetización. En este caso, el lenguaje sencillo empleado por la enfermera refleja los principios de la comunicación efectiva, que busca eliminar barreras lingüísticas y cognoscitivas para facilitar la comprensión. Esta teoría destaca que la comunicación clara es fundamental para que las personas puedan tomar decisiones informadas sobre su salud y adopten comportamientos saludables (Kreps y Thornton, 1992).

El enfoque de la enfermera también está alineado con la teoría de la simplificación del lenguaje de Rudd (2015), que aboga por adaptar el contenido complejo de salud en términos simples y comprensibles, asegurando que los mensajes lleguen a los pacientes de manera adecuada. La elección del lenguaje por parte de la enfermera se convierte en un medio para democratizar el conocimiento, asegurando que todos los participantes, independientemente de su nivel educativo, puedan acceder a la información y, por ende, mejorar su alfabetización en salud.

El uso del lenguaje sencillo también se conecta con la teoría del aprendizaje significativo de Ausubel (Rodríguez, 2011), en la que se destaca la importancia de que la nueva información

se integre en las estructuras cognitivas preexistentes de los participantes. En este contexto, el lenguaje accesible empleado por la enfermera facilita la asimilación de los contenidos, permitiendo que los participantes relacionen lo que ya saben con los nuevos conocimientos sobre el autocuidado y la administración de medicamentos.

El enfoque de la enfermera asegura que los conocimientos técnicos no se conviertan en barreras, sino que se transformen en información accesible y aplicable. De esta manera, se garantiza que el aprendizaje no sea solo una transmisión de información, sino una transformación del conocimiento, donde los adultos mayores puedan comprender y adoptar lo aprendido en su vida diaria. Este enfoque se ve reforzado por la integración de estrategias visuales, como la codificación por colores, que complementa el lenguaje sencillo y ayuda a concretar los conceptos aprendidos.

La Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1986) también refuerza este enfoque, ya que enfatiza que las personas aprenden mejor cuando pueden modelar o observar comportamientos que son claros y comprensibles. El lenguaje sencillo permite que los participantes internalicen y reproduzcan los comportamientos de autocuidado promovidos durante las sesiones educativas. Esta teoría sugiere que la autoeficacia, o la creencia en la propia

capacidad para realizar acciones efectivas, se fortalece cuando las instrucciones se presentan de manera clara y accesible, lo que es crucial para poblaciones con bajos niveles de alfabetización.

Finalmente, el lenguaje accesible también está alineado con los principios de la pedagogía de Freire (1970) y la teoría de la participación comunitaria de Irigoyen (1994), ya que ambos enfoques enfatizan la necesidad de que la educación sea dialógica, es decir, que el contenido se adapte al contexto y al nivel de los participantes para asegurar una participación activa y la reflexión crítica. El uso de un lenguaje comprensible facilita que los participantes se sientan incluidos en el proceso educativo y puedan participar plenamente en la cocreación de soluciones para su salud.

**Conclusión de la triangulación.** La triangulación de los resultados obtenidos en la entrevista con la literatura existente confirma que las estrategias educativas innovadoras y las prácticas preventivas descritas en la entrevista no solo son efectivas, sino que también están alineadas con las teorías educativas y de salud pública revisadas. El uso de lenguaje sencillo y accesible como parte de estas estrategias educativas ha sido fundamental para superar barreras cognitivas y mejorar la comprensión de los contenidos por parte de los adultos mayores, especialmente en poblaciones con bajos niveles de alfabetización.

Estos métodos pedagógicos innovadores, junto con la promoción de prácticas preventivas y la comunicación clara, permiten que los adultos mayores adopten un rol más activo y autónomo en la gestión de su salud, mejorando significativamente los resultados de las intervenciones en salud en comunidades rurales. Esto refuerza la consistencia de los hallazgos de esta investigación con los enfoques contemporáneos en educación para la salud, validando su efectividad y pertinencia en este contexto.

### **Conclusiones**

En base al Objetivo 1, la práctica educativa analizada en la comunidad rural de Chambo se caracteriza por su enfoque innovador y adaptado culturalmente, que combina estrategias visuales como la codificación por colores, junto con el lenguaje sencillo utilizado por la enfermera para facilitar la comprensión. Esta práctica ha sido clave en la promoción del autocuidado entre los adultos mayores, permitiendo una mayor adherencia a los tratamientos y un entendimiento claro de las indicaciones médicas. Además, la intervención se ajusta a las condiciones locales y respeta los saberes tradicionales de la comunidad.

Respecto al Objetivo 2, se identificaron procesos de aprendizaje centrados en el empoderamiento de los participantes, quienes desarrollaron mayor autoconfianza y habilidades para gestionar su salud de manera autónoma. Los adultos mayores adquirieron competencias



para identificar síntomas de enfermedades crónicas, así como la capacidad para tomar decisiones informadas sobre el autocuidado. El uso de herramientas visuales y la comunicación clara permitió que el aprendizaje se consolidara a través de la experiencia práctica y el intercambio de saberes entre los participantes.

En relación con el Objetivo 3, la práctica educativa ha demostrado ser pertinente y efectiva en responder a las necesidades de salud de los adultos mayores de Chambo, especialmente en la prevención de enfermedades crónicas. La adaptación cultural de los contenidos, sumada a la utilización de un lenguaje sencillo y estrategias educativas innovadoras, ha permitido que los participantes comprendan y apliquen las recomendaciones de salud en su vida diaria. Sin embargo, persisten desafíos estructurales, como las barreras geográficas y el acceso limitado a los servicios de salud, que dificultan la continuidad de las intervenciones educativas.

En cuanto al Objetivo 4, la práctica educativa ha contribuido de manera significativa al empoderamiento de los adultos mayores, fortaleciendo su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su salud. El enfoque participativo, junto con el uso de un lenguaje accesible, ha permitido que los participantes asuman un rol más activo en la gestión de su bienestar. Además,

la educación dialógica ha facilitado la creación de un ambiente de confianza en el que los adultos mayores se sienten valorados y capaces de expresar sus inquietudes.

La presente investigación ha permitido analizar una práctica educativa significativa en un contexto rural, enfocándose en el empoderamiento, la participación comunitaria y la promoción del autocuidado en salud entre los adultos mayores. Sin embargo, es importante reconocer que la investigación estuvo limitada por el tamaño de la muestra, ya que se basó en una única práctica educativa observada y en un grupo reducido de participantes. Aunque los hallazgos ofrecen insights valiosos sobre las estrategias educativas empleadas, la muestra pequeña restringe la generalización de los resultados a otras comunidades rurales o sectores de Chambo.

Se ha observado que la práctica educativa implementada ha logrado empoderar a los adultos mayores, permitiéndoles tomar decisiones informadas sobre su salud y gestionar de manera autónoma su bienestar. Los participantes han demostrado una mayor conciencia crítica sobre el autocuidado y han adoptado prácticas preventivas clave, lo que ha resultado en mejores resultados en salud. No obstante, es importante mencionar que estos resultados deben ampliarse y confirmarse con estudios que involucren a mayores grupos poblacionales.

Las estrategias visuales implementadas han demostrado ser eficaces para reducir las barreras cognitivas en una población con bajos niveles de alfabetización, facilitando la

comprensión de los tratamientos médicos. Sin embargo, las barreras geográficas continúan limitando el acceso a la atención sanitaria de manera estructural. Este hallazgo subraya la necesidad de abordar las limitaciones del contexto y la infraestructura de salud en zonas rurales.

El enfoque culturalmente adaptado ha sido clave para asegurar la aceptación y efectividad de las intervenciones. Al integrar los saberes locales y respetar las tradiciones de la comunidad, se ha promovido una mayor participación de los adultos mayores en su autocuidado y en las decisiones colectivas de salud. Sin embargo, la muestra limitada de la investigación implica que sería necesario explorar cómo estas adaptaciones culturales se aplican en diferentes sectores y comunidades rurales, lo que invita a realizar investigaciones más amplias y diversificadas.

Como se mencionó, una de las principales limitaciones de esta investigación es el tamaño reducido de la muestra, ya que solo se observó una práctica educativa significativa y se realizaron seis entrevistas, de las cuales solo una proporcionó una respuesta detallada. Esta limitación restringe la capacidad de generalizar los hallazgos a otras comunidades rurales y otros grupos de adultos mayores. Además, aunque los resultados indican que las estrategias implementadas fueron efectivas en este caso, es esencial que se realicen estudios adicionales para validar y ampliar estos resultados en diferentes contextos y con muestras más representativas.

El uso de un lenguaje sencillo y accesible ha demostrado ser un componente fundamental en el éxito de las estrategias educativas innovadoras implementadas en la comunidad rural de Chambo. Este enfoque ha facilitado la comprensión de los contenidos educativos entre los adultos mayores, quienes, debido a los bajos niveles de alfabetización, enfrentaban barreras significativas para adherirse a los tratamientos y comprender los conceptos de autocuidado. La combinación de un lenguaje claro con herramientas visuales ha permitido que los participantes internalicen y apliquen los conocimientos adquiridos de manera efectiva, reforzando su autonomía y capacidad para gestionar su salud de forma más independiente.

### **Recomendaciones**

En base a las conclusiones y limitaciones de la investigación, se presentan las siguientes recomendaciones para mejorar la efectividad de las prácticas educativas en salud, y para promover investigaciones más amplias en el campo de la educación para la salud y la educación popular de jóvenes y adultos (EPJA).

Es esencial que futuros estudios en el campo de la educación para la salud y EPJA involucren a una muestra más amplia y diversa de participantes. Se sugiere realizar investigaciones en diferentes comunidades rurales y sectores de Chambo, así como en otras localidades similares, para evaluar la efectividad de las estrategias educativas en diferentes

contextos culturales, sociales y geográficos. Esto permitirá obtener una visión más completa y validar los resultados obtenidos en esta investigación.

Dado el éxito de las estrategias visuales y pictóricas en la mejora de la alfabetización en salud y la adherencia al tratamiento, se recomienda seguir desarrollando y perfeccionando estas herramientas, especialmente para comunidades con bajos niveles de alfabetización. La integración de tecnologías móviles o multimedia interactivos podría ser una forma de ampliar estas estrategias a poblaciones más amplias.

Las futuras intervenciones deben enfocarse en diseñar estrategias educativas que sean más inclusivas, atendiendo las necesidades de los participantes con diversas capacidades cognitivas y niveles de alfabetización. Se recomienda explorar nuevas metodologías que integren enfoques lúdicos e interactivos, como juegos educativos visuales y dinámicas grupales, para promover un aprendizaje más efectivo.

Las barreras geográficas continúan afectando el acceso a la educación y los servicios de salud en zonas rurales. Se recomienda una colaboración intersectorial entre el Ministerio de Salud Pública y otras entidades para mejorar la infraestructura sanitaria en áreas remotas. Asimismo, se debe explorar el uso de mHealth (salud móvil), o radio para brindar educación y seguimiento en zonas donde el acceso a los servicios es limitado.

Dado que solo una de las entrevistas proporcionó información clara sobre una práctica educativa significativa, se sugiere que las intervenciones educativas incluyan un sistema continuo de evaluación y retroalimentación. Esta evaluación debe permitir ajustes en función de las necesidades locales, asegurando que las prácticas sean relevantes y efectivas en cada contexto.

Se recomienda seguir desarrollando programas de salud preventiva basados en la comunidad, centrados en la prevención de enfermedades crónicas y la promoción de hábitos saludables. Estos programas deben involucrar a las familias y a la comunidad en general, promoviendo una educación continua en autocuidado y fomentando la creación de redes de apoyo locales que faciliten la difusión del conocimiento.

Se recomienda que futuras intervenciones en educación para la salud continúen utilizando y perfeccionando el lenguaje sencillo como una estrategia clave para mejorar la alfabetización en salud de los adultos mayores. Este enfoque debe estar acompañado de materiales visuales y estrategias de comunicación adaptadas a las capacidades cognitivas de los participantes. Además, es esencial que las capacidades comunicativas de los profesionales de salud se fortalezcan mediante formación continua en comunicación efectiva, asegurando que el contenido técnico de la salud sea accesible y comprensible para todos los niveles educativos y culturales.

Se recomienda que la Educación para la Salud se incorpore de manera formal en el currículo de la Educación Popular de Jóvenes y Adultos (EPJA), con el fin de abordar las necesidades de salud de las poblaciones vulnerables, especialmente en contextos rurales. Dado que la EPJA se enfoca en el desarrollo integral de las personas y promueve su empoderamiento a través del aprendizaje, integrar módulos específicos sobre salud preventiva, autocuidado y gestión de enfermedades crónicas proporcionaría a los participantes las herramientas necesarias para mejorar su calidad de vida.

Esta incorporación sería clave para:

- Fomentar el autocuidado en comunidades rurales y urbanas marginadas, facilitando la adopción de hábitos saludables desde un enfoque participativo.
- Reducir las barreras de acceso a información sanitaria adecuada mediante la alfabetización en salud, utilizando estrategias educativas innovadoras como el uso de lenguaje sencillo, materiales visuales y dinámicas grupales.
- Asegurar que los jóvenes y adultos reciban una educación integral, que incluya competencias para gestionar su salud de manera autónoma y tomar decisiones informadas, lo que tiene un impacto directo en la reducción de las desigualdades en salud.

- La implementación de este enfoque en la EPJA no solo aumentaría el empoderamiento individual en materia de salud, sino que también contribuiría al bienestar colectivo, al fomentar una participación activa y responsable en la construcción de comunidades saludables.

### **Bibliografía**

Agualongo, D., y Garcés, A. (2020). El nivel socioeconómico como factor de influencia en temas de salud y educación.

Aguilar, Alejandra, et al. (2021). Sentidos y representaciones de la educación física en la cultura escolar: un abordaje en escuelas primarias uruguayas. formación docente, currículo y cotidiano escolar: datos de educación física en Sudamérica.

Alma-Ata, U. R. S. S. (1978). Conferencia internacional sobre atención primaria de salud. Alma-Ata. URSS, 6-12.

Alvarado, J., y García, M. (2008). Características más relevantes del paradigma sociocrítico: su aplicación en investigaciones de educación ambiental y de enseñanza de las ciencias realizadas en el Doctorado de Educación del Instituto Pedagógico de Caracas.



Álvarez, N., et al. (2023). Posturas del paradigma sociocrítico como aportes a la educación y gestión educativa en Colombia. *Revista Diálogo*.

André, M. (2005). Estudos de Caso Revelam Efeitos Socio-Pedagógicos de um Programade Formação de Professores. *Revista Lusofona De Educacao* , 93-115.

Andrade, R. (2013). El liderazgo comunitario y su importancia en la intervención comunitaria. *Psicología para América latina*, (25), 57-76.

Arias, J. (2024). Hacia la autodeterminación terapéutica: Una mirada recíproca en la formación clínica y la práctica del acompañamiento. *El arte de acompañar y aprender a volar juntas*.

Arriagada, V., y Alberto, L. (2013). La Educación Popular Como Paradigma Y Metodología De Acción En Salud Familiar.

Asghari, S., et al. (2024). Creación de una comunidad de aprendizaje en el ámbito de la atención sanitaria en zonas rurales y remotas: una revisión sistemática. *BMC Health Serv Res* 24, 1013 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11194-7>

Ausubel, D. (1968). *Educational Psychology: A Cognitive View*.

Bandeira, H., e Ibiapina, I. (1969). Prática Educativa: Entre O Essencialismo Ea Práxis. Revista da FAEEBA - Educação e Contemporaneidade.

Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Barrio, I., et al. (2011). Consenso sobre los criterios de legibilidad de los folletos de educación para la salud. Anales del sistema sanitario de Navarra, 34 2, 153-65.

Becker, M., y Maiman, L. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. Medical Care, 13(1), 10-24.

Bell, R. (2017). Pilares de la educación para el siglo XXI e inclusión educativa: interrelaciones y horizontes compartidos. Obtenido de Publicaciones didácticas: Disponible en: <http://publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/articulo/090065/articulo-pdf>.

Beltrán, A. (2003). La investigación-acción: Conocer y cambiar la práctica educativa (Vol. 179). Grao.

Benites, M., et al. (2014). Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Ciência & Saúde Coletiva, 19(3), 847-852. DOI: 10.1590/1413-81232014193.01572013.

Benites, M., et al., (2017). Representaciones sociales de la atención de salud en la población indígena Mbyá-Guaraní por parte de trabajadores de la salud. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 25, e2846.

Bernal, L., y Gómez, O. (2020). Competencia para el cuidado y acceso a la salud rural. *Revista Cuidarte*, 17(3), 46-60. <https://doi.org/10.22463/17949831.2210>

Billon, J. (2000). Intentar teorizar modelos explicativos de la educación aplicada a la salud. *Revisión en espiral de la investigación en educación*, 25 (1), 17-30.

Blanchar Áñez, FJ (2024). Escuela Y Currículo: Propuesta Educativa Crítica Y Emancipadora Para La Formación Rural En Turismo Cultural Autosustentable. *Estudios y Perspectivas Revista Científica y Académica* .

Bosch, P et al. (2009). Los Grandes Olvidados: Las Personas Mayores en el Entorno Rural. *Intervención Psicosocial*, 18, 269-277.

Boud, D., et al. (1985). *Reflection: Turning experience into learning*. Routledge.

Braun, V., y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.

Cabrera, L., et al. (2018). Infancia vulnerable y condiciones de acceso a la educación en el sector rural: el caso de la parroquia San José de Poaló, de la provincia de Cotopaxi. Dominio de las Ciencias.

Camargo, P., et al. (2020). Uso de métodos participativos en el desarrollo de un programa de educación para el autocuidado de la diabetes en adultos mayores en Canadá.

Campos, M., y Salinas, R. (2014). Efectividad del programa educativo: " Fortaleciendo mi conocimiento, prevengo la tuberculosis" en el nivel de conocimiento del cuidador familiar. Centro de Salud El Progreso. Chimbote 2013.

Canelón, M y Díaz, B (1998). Aportes de la Antropología médica en el estudio de las representaciones de la enfermedad. 146160185

Carbonero, J.(2001). Ciudad educadora y nuevos espacios de educación para la salud en las personas mayores. Educación XX1, (4), 0.

Casado, A. (2014). La educación para la salud en las personas mayores como contribución al envejecimiento activo. Una propuesta de intervención.

Cassiani, S., et al. (2017). La situación de la educación en enfermería en América Latina y el Caribe hacia el logro de la salud universal. Revista Latinoamericana De Enfermagem, 25.

Chang, C. (2017). Evolución del sistema de salud de Ecuador: Buenas prácticas y desafíos en su construcción en la última década 2005-2014. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 78, No. 4, pp. 452-460). UNMSM. Facultad de Medicina.

Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory*. SAGE Publications.

Choles, C., et al. (2017). Estrategias en comunicación en salud dirigidas a pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Cifuentes, J., y Cárdenas, H (2020). Mejoramiento de las prácticas de enseñanza en directivos y profesores de contextos rurales.

Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Johns Hopkins University Press.

Correa, F. (2003). La educación a padres en los programas de salud desde una perspectiva de desarrollo humano.

Correa, F. et al., 2012 Significados de la educación para la salud en la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia (2011-2012).

Correa, F., et al. (2006). Análisis integral de las prácticas pedagógicas de un programa educativo en Colombia. *Salud Pública De México*, 48, 229-235.

Crespo, L. (2013). Plan de cuidados de Enfermería estandarizado en el paciente colostomizado.

Creswell, J. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed.). SAGE Publications.

Creswell, J., y Poth, C. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Sage Publications.

Corbin, J. y Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*(3a. ed.). Thousand Oaks, CA: Sage procedures for developing grounded theory(3a. ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc

Cruz, M. (2000). La calidad de vida en las personas mayores: La actividad físico-deportiva como criterio de salud. *Cuestiones Pedagógicas*, 2000-2001, (15 107-118 37 Ref.):

Cruz, M. (2017). Educación sanitaria para la calidad de vida y empoderamiento de la salud de personas mayores. *Gerókomos*, 28, 9-14.

Cuestas, J. (2023). Mortalidad materna en Colombia: un estudio ecológico con enfoque de determinantes sociales en salud.

Dávila, G., et al. (2019). Percepción de las personas cuidadoras en relación al Programa de Atención Domiciliaria para adultos mayores EsSalud, 2016. ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería, 6(2), 112-129.

De Alba, J., et al. (2004). La contribución de la antropología médica al estudio comparativo de la cultura en salud: el caso del sistema frío/calor en los pacientes con afecciones respiratorias. Revista Biomédica, 15(1), 57-68.

De Alencar, O., et al. (2020). Saberes e prácticas dos agentes comunitarios de salud en el contexto de la promoción de la salud: una revisión integrativa. Enfermería Global.

De Arévalo, C. (2001). Educación en salud. Aquichán, 1, 46-47.

De Carvalho, M. (2016). El significado histórico de las prácticas educativas: un movimiento que va de lo clásico a lo contemporáneo. Lenguas, Educación y Sociedad, 1 (35), 122-143.

de Carvalho, V. (2016). El significado histórico de las prácticas educativas: un movimiento que va de lo clásico a lo contemporáneo. *Lenguas, Educación y Sociedad* , 1 (35), 122-143.

De la Guardia, M., y Ruvalcaba, J. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Diario de resultados negativos y no positivos*, 5 (1), 81-90.

De Oliveira, S., y Wendhausen, A. (2014), (Re)significando a educação em saúde: dificuldades y posibilidades da Estratégia Saúde da Família. *Trabalho, Educação e Saúde*, 12, 129-147.

De Restrepo, H. (2001). Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19(1).

De Vos, P., et al. (2009). Participación y empoderamiento en la atención primaria en salud: desde Alma Ata hasta la era de la globalización. *Medicina Social/Social Medicine*, 4(2), 127-134.

Del Bosque S. (1998, pp. 20) citado en Jiménez, A. R., y Toro, G. C. (2013). Rol de enfermería en atención primaria de salud y su relación con la aplicación del modelo de atención



integral de salud en el área no. 6. Guano - Penipe período junio-noviembre 2013 (Bachelor's thesis). Universidad Nacional de Chimborazo.

Delgado, J., et al. (2021). “Informalidad rural y urbana en Ecuador”. Revista de Economía Mundial, n. 57, abr. 2021. ISSN 1576-0162. doi:<http://dx.doi.org/10.33776/rem.v0i57.4736>)

Deterding, S. (2012). Gamification: Designing for motivation. *Interactions*, 19(4), 14-17.

Díaz, L., y Rodríguez, D. (2024). Desafíos y oportunidades de las redes integradas de salud en comunidades indígenas colombianas.

DiCicco, B., y Crabtree, B. (2006). The qualitative research interview. *Medical Education*, 40(4), 314-321.

Dos Santos, S. (2023). Educación Social y Salud Comunitaria en el ámbito educativo.

Eugenio, J., et al. (2015). Movilización y determinantes sociales de la salud: proceso educativo en comunidad rural de Jalisco, México Movilización y determinantes sociales de la salud: proceso educativo en comunidad rural de Jalisco, México. *Estudios Sociales*, 23.

Fajardo, E., et al. (2023). Educación para la salud en las instituciones de educación superior. (1ª. Ed.). Sello Editorial Universidad del Tolima.

Fernandes, C., y Backes, M. (2010). Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63, 567-573.

Fernández, L., et al. (2019). Evaluación de una Estrategia educativa para mejorar las prácticas relacionadas con la seguridad del paciente. Facultad de Odontología Universidad Cooperativa de Colombia-Sede Medellín.

Fernández, M., y Díaz, C. (2020). Salud pública: funciones esenciales de la salud pública. *TEPEXI Boletín Científico de la Escuela Superior Tepeji del Río*.

Fernández, R., y Díaz, J. (2018). La Educación Social en el ámbito sanitario. *RES: Revista de Educación Social*, 27, 251-273.

Ferrer, I., et al. (2001). La participación de la comunidad en salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(3), 268-273.

Flecha, R., y Mello, R. (2013). La educación dialógica. *Revista de Educación*, 1(2), 45-60.

Frasson, F. (2023). Analizando el instrumento de recolección de datos para una tesis doctoral de temática archivística. *Revista Prefacio*.

Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI Editores.

Freire, P. (2002) *Pedagogía de la autonomía. Saberes necesarios para la práctica educativa*. (7ª ed). México: Siglo XXI

Fuentes, S., et al. (2016). Factores e interacciones del proceso de enseñanza-aprendizaje en contextos rurales de la Araucanía, Chile.

Gálvez, G., y Rivera, J. (2021). Educar para la salud como motor de cambio social en el estilo de vida. *Revista electrónica en educación y pedagogía*, 5(9), 116-131.

Gálvez, I., y Tarrés, M. (2017). Prácticas de colaboración familia-escuela en centros de éxito de entornos desfavorecidos. *Pedagogía social. Revista interuniversitaria*, (29), 97-110.

García, A. (2006) Contextos no formales y educación para la salud. pág. 49. Iraila, 2006. *Revista de Estudios de Juventud*. Coordinadora: Mª Mar Herrera Menchén. Número: 074. NIPO: 208-06-003-2

García, A. (2006) Contextos no formales y educación para la salud. pág. 49. Iruila, 2006. Revista de Estudios de Juventud. Coordinadora: M<sup>a</sup> Mar Herrera Menchén. Número: 074. NIPO: 208-06-003-2

García, B., et. al. (2008). Análisis de la práctica educativa de los docentes: pensamiento, interacción y reflexión. Revista electrónica de investigación educativa, 10(SPE), 1-15.

García, J. (2017). Psicología del color aplicada a los cursos virtuales para mejorar el nivel de aprendizaje en los estudiantes. gráfica, 5(9), 51-56.

García, R., et al. (1997). Comunicación y educación interactiva en salud y su aplicación al control del paciente diabético. Revista Panamericana de Salud Pública, 2, 32-36.

García, R., et al. (2024). Educación como determinante de salud. TEPEXI Boletín Científico de la Escuela Superior Tepeji del Río.

García, W., y Sánchez, M. (2013). Hermenéutica y pedagogía. La práctica educativa en el discurso sobre la educación. Pulso. Revista de educación.

Garelli, F., et al. (2019). Caminos para la educación en salud desde la educación popular: experiencias en bachilleratos populares de Argentina. Ciência y Educação (bauru), 25(1), 5–24. <https://doi.org/10.1590/1516-731320190010002>

Gavidia, V. (2021). Alfabetización en salud en la escuela. *Innovación educativa*, 2021, no 31.

Gavidia, V., et al. (2019). Alfabetización en salud a través de las competencias. *Enseñanza de las ciencias*, 37(2), 0107-126.

Gizaw, Z., et al. (2022). ¿Qué mejora el acceso a los servicios de atención primaria de salud en las comunidades rurales? Una revisión sistemática. *BMC Prim. Care* 23 , 313 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01919-0>

Gobierno Autónomo Descentralizado Municipio de Chambo. (2019 - 2023). Plan de desarrollo y ordenamiento territorial. Chambo.

da Silva, M. (2006). Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud: cursos GRAAL 5 (Vol. 168). Univ. Autònoma de Barcelona.

Crispin, F., et al. (2023). Implicancia de la fenomenología social y el paradigma socio-crítico en la investigación de la educación universitaria. *e-Revista Multidisciplinaria del Saber*, 1.

Zapata, J., (2022). Las Prácticas Docentes durante la coyuntura de la pandemia: un abordaje desde las Representaciones Sociales del profesorado de Estudios Sociales en el Liceo

de Heredia 2020-2021, para el planteamiento de mejoras en la enseñanza de los Estudios Sociales.

Gobierno Autónomo Descentralizado Municipio de Chambo. (2019). Plan Estratégico Institucional 2019-2023. Obtenido en <https://www.gobiernodechambo.gob.ec/chambo/images/PlanEstrategicoMunicipal>

González, K., y Pedraza, Y.(2021). Barreras de acceso en salud para la atención materno perinatal en las comunidades indígenas de Latinoamérica: revisión narrativa de la literatura.

González, L. (2022). Prácticas pedagógicas en aulas multigrado. Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía.

Green, J., y Thorogood, N. (2018). Qualitative methods for health research. Sage.

Haggett, P. (1994). Geografía: una síntesis moderna. Ediciones Omega.

Hernández, J., et al. (2020). La educación en salud como una importante estrategia de promoción y prevención. Arch Med (Manizales) 2020; 20(2):490-504.  
<https://doi.org/10.30554/archmed.20.2.3487.2020>

Ibarra, M., et al. (2023). Aportaciones metodológicas para el uso de la entrevista semiestructurada en la investigación educativa a partir de un estudio de caso múltiple. *Revista de Investigación Educativa*.

Irigoyen, J. (1994). La participación comunitaria en salud: una reformulación necesaria, Cáp. 7. p. 183-222 del libro *Nuevas perspectivas en Atención Primaria de salud*. Díaz de Santos. Madrid, 1994.

Jenkins, C. (2005). *Mejoremos la salud a todas las edades. Un manual para contribuir al cambio del comportamiento* (No. 590). Pan American Health Org.

Jiménez, A. (2017). Educación para la transformación social: la propuesta pedagógica de Paulo Freire y el contexto universitario. *Posgrado y Sociedad Revista*

Jiménez, AB (2009). La escuela rural española ante un contexto en transformación. *Revista De Educación*, 449-461.

Kleinman, A. (2020). *Las narrativas de la enfermedad: sufrimiento, sanación y condición humana*. Libros básicos.

Kolb, D. (1984). *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Kreps, G. (2012). Communication and health education. In H. E. Fitzpatrick y W. S. Fowler (Eds.), *Communication in healthcare: A handbook*. Routledge.
- Kvale, S. (2007). *Doing interviews*. Sage Publications.
- Ledezma, JC y Ascencio, SY (2013). El contexto socioambiental y la educación para la salud en san andrés paxtlán, oaxaca, méxico.
- León, J (2023). Desarrollo de Estrategias Educativas Basadas en el Análisis Físico - Químico de Aguas Residuales en los Barrios del Cantón Chambo. *Revista Imaginario Social*.
- Llopis, A. (2014). Barreras lingüísticas y culturales que dificultan la comunicación intercultural en el ámbito de la salud reproductiva. *Panace*, 15(40), 278-289.
- Locker, D. (1988). Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dent Hlth*. 1988; 5:3-18.
- Locker, D. (1997). Concepts of oral health, disease and the quality of life. In: GD Slade (Ed). *Measuring Oral Health and Quality of Life*. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology. 1997.



Locker, D., y Miller, Y. (1994). Evaluation of subjective oral health status indicators. *J Publ Health Dent.* 1994;54(3):167-176.

Locker, D., y Quiñonez, C. (2011). To what extent do oral disorders compromise the quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2011;39(1):3-11.

London, S., et al. (2009). Vinculación entre salud, ingreso y educación. Un análisis comparativo para América Latina. *Economía y Sociedad*, 14, 125-146.

López, G., y Tinajero, M. (2009). Pobreza en América Latina: Fuentes de disparidades en el bienestar en Ecuador. *Economía del desarrollo.*

López, J. G., y Capote, M. L. (2005). Educación continuada en consulta de enfermería especializada: la herramienta para mantener los cambios en el estilo de vida del paciente coronario. *Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*, (35), 13-19.

López, L.F. (2008). Los determinantes de la práctica educativa.

López, J., et al. (2018). Visibilidad y tendencias teóricas de la educación para la salud en cuatro países de América Latina, 2003-2013. *Gerencia y Políticas de Salud.*

Lorente, L. M. (2013). La educación para la salud en la escuela en la adquisición de estilos de vida saludables. *EDU REVIEW. International Education and Learning Review/Revista Internacional de Educación y Aprendizaje*.

Loza, R., et al. (2021). Paradigma sociocrítico en investigación.

Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6).

Mason, J. (2002). *Qualitative researching* (2nd ed.). Sage Publications.

Medrano, X. (2023). Construyendo puentes de salud: Un análisis de las percepciones sobre el uso de Promotores de Salud Comunitarios (PSC) como estrategia para superar las barreras en el acceso a la salud en 16 comunidades rurales de Nicaragua. El caso de Fundación AMOS–Salud y Esperanza.

Melo, Y. (2022). Significados de la educación para la salud en contexto del adulto mayor con enfermedad crónica. *Revista Cuarzo*.

Humanísticas y Sociales. e-ISSN 2550-6587. URL:  
[www.revistas.utm.edu.ec/index.php/Rehuso](http://www.revistas.utm.edu.ec/index.php/Rehuso) .

Michie, S., et al. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6(1), 42.

Cruz, M., et al. (2017). Educación sanitaria para la calidad de vida y empoderamiento de la salud de personas mayores. *Gerókomos*, 28 , 9-14.

Miles, M., et al. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3rd ed.). SAGE Publications.

Ministerio de Educación del Ecuador (MINEDUC). (2020). *Guía para la implementación de las prácticas innovadoras de gestión administrativa y académica en el bachillerato general para las instituciones educativas fiscales y fiscomisionales*. Ministerio de Educación.

Ministerio de Salud Pública (MSP), 2019, *Plan Estratégico Institucional 2019 - 2021* Coordinación General de Planificación y Gestión Estratégica, Quito – Ecuador. Programas de salud.

Ministerio de Salud Pública (MSP), 2024, *Conformación Grupos EAIS*, Quito – Ecuador.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). (2018). *Modelo de atención integral en salud (MAIS)*. Quito: MSP.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). (2019). Educación y comunicación para la promoción de la salud. Manual. Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad. Quito: Ministerio de Salud Pública.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Marco conceptual y metodológico para el desarrollo de la educación para la salud de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS: Orientaciones pedagógicas, metodológicas y didácticas. Primera edición. Bogotá D.C., Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social.

Mira, J., y Rodríguez, J. (2001). Análisis de las condiciones en las que los pacientes toman decisiones responsables. *Medicina clínica*, 116(3), 104-110.

Monsalve, L. (2013). La educación para la salud en la escuela en la adquisición de estilos de vida saludables. *Revista Internacional de Educación y Aprendizaje*, 1, 108-122.

Morales, C. (2019). Valoración De La Práctica Pedagógica En Contextos Rurales De Educación Media En Costa Rica Y Chile. *Diálogo Andino*.

Moreira, M. (2012). Aprendizaje significativo: un concepto subutilizado.

Núñez, C. (1999). *Pedagogía del Sujeto*. Editorial Siglo XXI.

Núñez, J. (2004). Los saberes campesinos: Implicaciones para una educación rural. *Investigación y Postgrado*, 19(2), 13-60.

Núñez, J. (2008). Prácticas Sociales Campesinas: saber local y educación rural se desarrolló durante el periodo 003-006, de la Línea de Investigación “Campesinos, Educación y Ruralidad (CER)” en el Instituto Pedagógico Rural Gervasio Rubio.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>

Ochoa, P. (2024). Conexiones en Salud: La Enseñanza y Aprendizaje de la Medicina como una Red de Transportes (Master's thesis, Universidad del Azuay).

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Séptima Conferencia Internacional sobre Educación de Adultos. UNESCO., (CONFINTEA VII) (2023). Marco de Acción de Marrakech Aprovechar el poder transformador del aprendizaje y la educación de adultos.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, UNESCO (2024). Estrategia de la UNESCO sobre la educación para la salud y el bienestar 7, place de Fontenoy, 75352 París 07 SP, Francia.

Organización Mundial De La Salud (OMS). (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ginebra: OMS. <http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/OttawaCharterSp.PDF>

Organización Mundial de Salud (OMS). (1978). Alma-Ata, U. R. S. S. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud. Alma-Ata. URSS, 6-12.

Organización Mundial de Salud. (1986): Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ginebra: OMS. <http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/OttawaCharterSp.PDF>

Organización Mundial de Salud. (2016) Declaración de Shanghái sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Shanghái, China: OMS; 2016 nov. 21-24. <http://www.who.int/mediacentre/events/2016/health-promotion/es/>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022)., y Ministerio de Salud Pública (OPS). (2022). Protección Social En Salud: Ecuador Perfil De Riesgos, Vulnerabilidad Y Exclusión Social En Salud Informe Final. Organización Panamericana de la Salud División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud Oficina de Representación en Ecuador. Ecuador.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2022. Ministerio de Salud Pública (MSP). 2022. Protección social en salud: Ecuador perfil de riesgos, vulnerabilidad y exclusión social en salud informe final. Organización Panamericana de la Salud división de desarrollo de sistemas y servicios de salud oficina de representación en Ecuador. Ecuador.

Azofeifa, C. (2018). La participación familiar y comunitaria de una madre y sus cuatro hijas adultas, frente a condiciones de privación social y discapacidad cognitiva: una construcción de apoyos pedagógicos desde la investigación-acción.

Orozco, G., et al. (2017). Modelos educativos: un reto para la educación en salud. *Ra Ximhai*, 13, 77-86.

Ortega, A., et al. (2022). Efectividad de la educación sanitaria para la prevención de enfermedades diarreicas agudas. *Boletín de Malariología y Salud Ambiental*, 62(5), 899-907.

Ortiz, W. et al., (2023). Transformando Territorio. El Aula como Escenario de Aprendizaje Contextualizado. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*.

Osorio, Y. (2024). Prácticas Educativas Familiares en el contexto rural de la educación inicial colombiana. *Collectivus, Revista de Ciencias Sociales*.

Parra, L., y Pacheco, A. (2010). ¿Monólogo o diálogo intercultural entre sistemas médicos? Un reto educativo para las ciencias de la salud. *Revista Ciencias De La Salud*, 4. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.544>

Patton, M. (2015). *Qualitative research and evaluation methods* (4th ed.). SAGE Publications.

Penagos, N., y Ramírez, M. (2024). Articulación de la Ruralidad del Cauca al Concepto de Prácticas Pedagógicas desde el Grupo de Historia de las Prácticas Pedagógicas Año 2012. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*.

Peña, C., et al. (2024). Relación entre el consumo de riesgo de alcohol y el rendimiento académico en estudiantes del área de la salud en una Universidad Chilena. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 4, 914-914.

Peña, K. V. (1986). *La investigación. Coto de Carpizo y semejantes*, Proceso, 18.

Pérez Díaz, N. (2020). Estrategias metodológicas sustentadas en los métodos didácticos de David Ausubel y la teoría del aprendizaje observacional de Albert Bandura para mejorar el nivel de aprendizaje en la comprensión de textos en los estudiantes del 1° grado de nivel



secundaria de la IESM “Víctor Montero Kossuth” del Distrito de Jayanca-Región Lambayeque, Año 2017.

Pérez, J., et al., (2020). El papel de la pedagogía crítica, el enfoque reflexivo y la andragogía en la transformación de las prácticas pedagógicas.

Pérez, L. (2020). Importancia de la Educación para la Salud en currículo educativo. Revista Electrónica de Conocimientos, Saberes y Prácticas, 3(1), 170-180.

Pérez, J., et al. (2020). El papel de la pedagogía crítica, el enfoque reflexivo y la andragogía en la transformación de las prácticas pedagógicas. Revista Hojas y Hablas, (19), 122-138.

Pezo, J., y Medina B. (2024). La desnutrición y su influencia en el rendimiento académico de los estudiantes de una escuela de educación básica en la zona rural del Cantón Santa Elena. Estudios y Perspectivas Revista Científica y Académica.

Mejía, P. (2021). Reflexiones de la respuesta educativa ante la Covid-19, caso Honduras. Revista Latinoamericana de Estudios Educativos (México), 51, 293-311.

Pick, S., et al. (2010). Modelo para la promoción de la salud en comunidades rurales a través del desarrollo de agencia personal y empoderamiento intrínseco. *Universitas Psicológica*, 10, 327-340.

Pino, M. (2008). [Un ejemplo de educación para la salud con población mayor]. *Promoción y educación*, 15 3, 58-62.

Piquer, D., y Ordovás, J. (2015). Relación entre el estado socioeconómico, la educación y la alimentación saludable.

Poggioli, A. (2019). El modelo teórico de salud de Locker. una base teórica para la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y los estilos de vida. 229985540.

Porreca, R. (2024). Tejiendo la planificación rural: una clasificación morfológica para las comunas andinas. el caso de flores, Ecuador. *Eídos*.

Porta, L. y Flores, G. (2017). Investigación narrativa en educación: la expansión del valor biográfico.

Quesada, R. (2001). La educación para la salud, reto de nuestro tiempo. *educación Xx1*, 4, 0.

Ramos, G. (2007). El debate en torno a la promoción de salud y la educación para la salud.

Rifkin, S. (1988). Primary health care: on measuring participation. *Soc Sci Med.* 1988; 26:931–40.

Rincón Romero, M. (2022). Valoración de enfermería para la persona en el contexto familiar basada en los patrones funcionales de salud de M. Gordon.

Rincon, J. (2016). Hermann Nohl: educación y pedagogía. *Bordón*, 2016, num. 68 (3), p. 107-130.

Ritchie, J., et al. (2013). *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers.* Sage Publications.

Rodríguez, J. (2001). Editorial. *Revue Internationale de la Croix-Rouge/Revista Internacional de la Cruz Roja*, 83 , 897 - 898.

Rodríguez, A et al. (2019). La práctica pedagógica y los intereses fundamentales. *Fedumar Pedagogía y Educación.*

Rodríguez, A. (2011). *Teoría del aprendizaje significativo.*

Rodríguez, D., et al. (2024). Conocer la condición de salud, saber cómo aprende, trabajar interdisciplinariamente: elementos para hacer educación en salud en adultos mayores. Estudio cualitativo con profesionales en salud. *Educación Médica*.

Rodríguez, G., y Ortega, M. (2022). Efecto del programa de salud SAFiAl en el rendimiento académico de estudiantes de preparatoria. *Acta Universitaria*.

Rodríguez, M., et al. (2024). Primavera saludable estrategia Integral Contra el dengue en el municipio de Guainía.

Rosenstock, I. (1966). Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), 94-127.

Rudd, R. (2015). The evolving concept of health literacy: New directions for health literacy studies. *Journal of Communication in Healthcare*, 8(1), 7-9.

Rural Health Information Hub (2022). Rural-urban health care disparities: Research roundup. Retrieved from <https://www.ruralhealthinfo.org/topics/rural-health-disparities>

Rural Health Information Hub (2022). Social Determinants of Health for Rural People Overview. Retrieved from <https://www.ruralhealthinfo.org/topics/social-determinants-of-health>

Ruvalcaba, J., y Cortés, S. (2013). El contexto socioambiental y la educación para la salud en San Andrés Paxtlán, Oaxaca, México.

Salazar, J., et al. (2021). Informalidad rural y urbana en Ecuador. *Revista De Economía Mundial*.

Saldaña, J. (2009). *The coding manual for qualitative researchers*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications , Inc.

Miles, M., Huberman, A., y Saldaña, J. (2014). *Qualitative Data Analysis. A Methods Sourcebook* (3ª ed.). London: Sage.

Salvador, C. (2008). Presentación: el análisis de la interacción alumno-profesor: líneas de investigación. *Revista De Educación*, 15-32.

Sanabria, G. (2007). El debate en torno a la Promoción de Salud y la Educación para la Salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(2), 0-0.

Sánchez, E., et al. (2008). Qué, cómo y quién: tres dimensiones para analizar la práctica educativa. *Cultura y Educación*, 20, 95 - 118.

Sánchez, J., et al. (2019). Polifarmacia en adulto mayor, impacto en su calidad de vida. Revisión de literatura. Revista de Salud Pública .

Verdera, J.C. (2016). Hermann Nohl: educación y pedagogía.

Santana, J., et al. (2017). Desafíos y potencialidades de la alfabetización en salud en el contexto del empoderamiento: revisión sistemática de la literatura.

Vain, P. (2018). Entrevista: “Discusiones analítico-metodológicas sobre Educación Inclusiva.

Seco, Y., et al. (2018). Estudio de Caso: Una Alternativa de Formación de la Competencia para la Orientación Educativa. Revista de Investigación, Formación y Desarrollo: Generando Productividad Institucional.

Sevilla, S., y Suárez, N. (2023). La gestión educativa en la educación escolarizada. Reflexiones teóricas para la práctica

Silva, V. (2018). Currículo adaptado en educación física para estudiantes con discapacidad (Master's thesis).

Silverman, D. (2016). Qualitative research. Sage.

Smith, J., et al. (2018). Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research. Sage.

Souza, E. (2017). Universidades Promotoras de la Salud: por una salud incluyente, integral e igualitaria.

Strauss, A., y Corbin, J. (1990). Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques. SAGE Publications.

Tan, X., et al. (2014). Revisión de la escala de adherencia a la medicación de Morisky de cuatro ítems (MMAS-4) y de la escala de adherencia a la medicación de Morisky de ocho ítems (MMAS-8). INNOVACIONES en farmacia, 5 (3), 5.

Tarlau, R. (2019). Occupying schools, occupying land: How the landless workers movement transformed Brazilian education. Oxford University Press.

Tejero, J., et al. (2007). La revisión bibliográfica sistemática en fisiología del ejercicio: recomendaciones prácticas. Revisión de la literatura en fisiología del ejercicio: recomendaciones prácticas. Revista Internacional de Ciencias del Deporte, 3 , 1-11.

Tobón, A. C. N. (2024). Educación para la salud: concepto y sus relaciones con la pedagogía crítica, la promoción, la alfabetización y la atención primaria en salud. Educación y

Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, 12(24), 66-72.

Troncoso, C. y Daniele, E. (2003). Las entrevistas semiestructuradas como instrumentos de recolección de datos: una aplicación en el campo de las ciencias naturales.

Troncoso, C., y Amaya, A. (2017). Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. Revista de la Facultad de Medicina, 65 , 329-332.

Valladares, L. (2018). La “práctica educativa” y su relevancia como unidad de análisis ontológico, epistemológico y sociohistórico en el campo de la educación y la Pedagogía. Perfiles Educativos, 39, 186-203.

Valles, K., et al. (2021). Praxis educativa por docentes universitarios para un aprendizaje significativo. panorámica.

Vallori, A. et al. (2002). El aprendizaje significativo en la práctica y didáctica de la geografía. prácticas del seminario de aprendizaje significativo.

Vano, P. (2012). El enfoque interpretativo en investigación educativa: algunas consideraciones teórico-metodológicas. Revista De Educación, 4, 37-45.



Vargas, I. (2009). Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia. Universitat Autònoma de Barcelona, Facultat de Medicina.

Velazco, D. et al., (2020). Práctica pedagógica de la educación ecuatoriana en el siglo XXI. Edetania: estudios y propuestas socioeducativas, (57), 111-141.

Vera-Bachmann, D. (2015). Resiliencia, pobreza y ruralidad. Revista Médica de Chile, 143(5), 677-678. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000500018>

Vertiz, J., et al. (2020). Participación ciudadana como estrategia de diagnóstico para la toma de decisiones para reducir la desnutrición crónica en un distrito de Lima. Revista eleuthera, 22(2), 132-146.

Vizoso, C. (2021). La educación para la salud como recurso para afrontar la COVID-19. Contextos Educativos. Revista de Educación.

Wallerstein, N., y Duran, B. (2010). Community-based participatory research contributions to intervention research: The intersection of science and practice to improve health equity. American Journal of Public Health, 100(S1), S40-S46.  
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.184036>

Watzlawick, P. (2021). Teoría de la comunicación humana.

Yew, V y Noor, N (2014). Investigación antropológica de la enfermedad, la enfermedad y la dolor.

Yin, R. (2018). Case study research and applications: Design and methods. Sage.

Zaldívar, V. (2005). Los paradigmas de la 'nueva' ruralidad a debate: el proyecto de desarrollo de los pueblos indígenas y negros del Ecuador. Revista europea de estudios latinoamericanos y caribeños, 7.

Zúñiga, A. (2013). Evaluación de la práctica educativa: una revisión de sus bases conceptuales. Actualidades Investigativas en Educación, 13(1), 23-44.

Zúñiga, M., et al. (2022). Educación para la salud en primeros auxilios a comunidad educativa rural del Huila - Colombia, 2021. Revista Paca.

Zúñiga, P. (2022). Educación para Jóvenes y Adultos en contextos rurales: retos y propuestas desde la perspectiva de actores educativos en Pambilar-parroquia San Antonio-cantón Limon Indanza–Provincia de Morona Santiago-Ecuador (Master's thesis, Universidad Nacional de Educación).

## Anexos

### Anexo 1

#### *Consentimiento informado*

##### **CONSENTIMIENTO INFORMADO INCLUYENDO PROCEDIMIENTOS ÉTICOS.**

Estudio exploratorio de una práctica educativa significativa en el aprendizaje en educación para la salud para jóvenes y adultos en el cantón Chambo, provincia de Chimborazo - Ecuador (2023-2024)

##### **Nombres y Apellidos del participante:**

##### **Introducción:**

Según la Organización Mundial de la Salud (2016), y la UNESCO (2015), la salud pública y la educación son dos pilares fundamentales para el desarrollo sostenible de las comunidades; en este sentido la ruralidad del cantón Chambo, localidad donde se desarrolla la investigación, la interacción entre estas dos áreas cobra una relevancia especial debido a las particularidades socioeconómicas y culturales de la región según lo establecido en el Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial (2019-2023). La implementación y desarrollo de la educación en salud por parte del Ministerio de Salud Pública es esencial para promover hábitos saludables, prevenir enfermedades y mejorar la calidad de vida de sus habitantes.

##### **Por qué lo invitamos a participar**

Se han seleccionado a estos participantes porque son docentes que trabajan en la jornada nocturna y conocen el comportamiento y el desempeño académico de los estudiantes y son testigos de la problemática que se da en la unidad educativa y son los responsables de mantener la continuidad de estos estudiantes en su proceso académico. También, los participantes son estudiantes de la básica superior intensiva y son quienes atraviesan diferentes dificultades personales, familiares, laborales o emocionales que de alguna manera influyen en su continuidad académica.

##### **Propósito**

Esta investigación pretende demostrar la necesidad de fortalecer la salud pública mediante la integración de prácticas educativas que se puedan adaptar a las condiciones específicas de la ruralidad. Igualmente, busca contribuir al conocimiento y desarrollo de metodologías pedagógicas innovadoras que podrían ser replicadas en otros lugares con características similares.

##### **Participación**

1. **Participación en entrevistas individuales:** El personal de salud acepta participar en la entrevista en la que compartirá sus experiencias y opiniones sobre las prácticas educativas más significativas que usó para educar a los pacientes.
2. **Reflexión personal sobre sus experiencias educativas:** El personal participante dará lugar a la reflexión sobre estas prácticas en las que la enseñanza – aprendizaje haya influido en el paciente.

3. **Proporcionar información socioemocional:** Podrán, además, compartir cómo la experiencia de enseñanza – aprendizaje han afectado su bienestar emocional.
4. **Confidencialidad y privacidad:** Al participar, en las entrevistas, el personal participante considerará su disponibilidad a que sus respuestas sean grabadas o registradas de manera confidencial. A la vez que, se le garantiza que la información será utilizada únicamente para los fines del estudio y que su identidad será protegida en todo momento.
5. **Disponibilidad de tiempo:** Quienes participan aceptan dedicar tiempo para las entrevistas. Cada entrevista es personal y con una duración estimada.

#### Beneficios

1. **Mejora en el ambiente educativo:** El personal de salud y los pacientes pueden beneficiarse de un ambiente de aprendizaje más positivo y motivador que favorezca el bienestar socioemocional.
2. **Fortalecimiento de las relaciones socioemocionales:** La investigación puede ayudar a fortalecer la relación personal de salud - paciente, y la relación entre profesionales de la salud, de esa forma se crea un entorno más empático y de apoyo mutuo.
3. **Desarrollo personal:** Tanto el personal como los pacientes pueden experimentar su autorrealización y mejorar su autoestima y confianza.
4. **Innovación educativa:** Al identificar y reflexionar sobre sus propias prácticas educativas el personal de salud puede descubrir nuevas formas de enseñanza que contribuyan a mejorar la salud de la comunidad.
5. **Prevención de la deserción al tratamiento sanitario:** Al descubrir nuevas formas de enseñanza y aprendizaje en la educación para la salud, este estudio puede ayudar a disminuir la deserción o adhesión al tratamiento médico.

#### Riesgos

1. **Posible exposición emocional:** Quienes participan podrían sentirse vulnerables al compartir experiencias personales o emocionales durante el proceso, lo que podría generar incomodidad o estrés.
2. **Sesgo en la interpretación de experiencias:** Existe el riesgo de que los participantes perciban que sus experiencias no son comprendidas o interpretadas adecuadamente, lo que podría generar malestar.
3. **Cambios en las dinámicas pedagógicas:** Los participantes podrían sentirse desafiados o incómodos al reflexionar sobre sus prácticas, especialmente si se evidencia que ciertas estrategias no son tan efectivas como se pensaba.
4. **Resistencia al cambio:** Los participantes podrían mostrar resistencia a modificar sus comportamientos o enfoques habituales, lo que podría afectar el éxito de la implementación de nuevas estrategias.
5. **Expectativas no cumplidas:** Si los resultados del estudio no generan mejoras inmediatas, puede haber frustración entre los participantes, quienes podrían esperar cambios rápidos en la educación para la salud.

#### Derechos



Las personas a quienes se les informa sobre la investigación y se les invita a participar es libre de participar o no en el estudio, además, puede cambiar de parecer en el momento que así lo considere.

**Confidencialidad**

Me comprometo a guardar privacidad con los registros que puedan identificar al participante. La información del participante se manejará de manera anónima y solo se utilizará un código del estudio para identificarlo. Los resultados se podrán publicar y el

se le reconocerá en algún apartado el haber aportado con sus testimonios.

**Personas para contactar**

Danilo Santillán

Teléfono: 0999824960

**Aceptación:**

Firma

Anexo 2

*Guion de entrevista semiestructurada*

<b>Guion de entrevista semiestructurada</b>
<b>Objetivo:</b> Recoger información sobre las prácticas educativas significativas implementadas por el personal de salud en el cantón Chambo
<b>La presente entrevista se realizará a profesionales de la salud del cantón Chambo. Tiene como objetivo conocer qué prácticas educativas ha implementado en su quehacer profesional en el territorio de su jurisdicción, por tal motivo le pido contestar esta entrevista con la mayor honestidad y responsabilidad posibles. Dicha información será utilizada únicamente para fines académicos. Desde ya agradezco su colaboración</b>
1. Datos generales del participante:
Lugar:
Cargo:
Tiempo trabajando en el centro de salud:
2. Preguntas sobre las prácticas educativas:
¿Podría compartirnos brevemente su experiencia como profesional de la salud en el centro de Salud de San Francisco de Chambo?
Describe la localidad en la que trabaja...
¿Podría compartir una breve historia sobre la localidad?
Describe las características de su Establecimiento de Salud -Información relevante sobre el Establecimiento de Salud:

¿Alguna recomendación o sugerencia para mejorar la implementación de experiencias similares en el futuro?
¿Considera que, en su práctica profesional en el área de salud, usted asume el rol de educador para la salud?
¿Considera usted, que su rol de educador, lo ejerce en todas o algunas de las siguientes actividades: atenciones, recomendaciones, prescripciones, informaciones, pre y post consultas, consejerías, charlas, capacitaciones, ferias, casas abiertas, foros...etc.
¿A qué público educa con mayor frecuencia?
¿Puede compartir la experiencia más significativa que ha tenido como profesional de salud en su rol de educador?
3. Reflexiones finales
Detalle esta experiencia:

### Anexo 3

#### *Transcripción de la entrevista*

#### **¿Podría compartirnos brevemente su experiencia como profesional de la salud en el centro de Salud de San Francisco de Chambo?**

Trabajo en este Puesto de Salud a partir del año 2022. Mi trabajo va direccionado principalmente con niños menores de 2 años y embarazadas, pero también mi trabajo cubre al resto de población, eso incluye jóvenes, jóvenes adultos y adultos mayores. Me siento muy a gusto de servir a esta población. Como personal de salud considero que en nuestra área asumimos el rol de educadores en casi todas nuestras actividades. Y a la población con la que más he desarrollado este rol es con madres y personas de la tercera edad, y esto se debe a que la naturaleza de mi trabajo es hacerlo con todos los grupos etarios.

**Describe la localidad en la que trabaja...**

El PS SAN FRANCISCO se encuentra a 30 minutos de CHAMBO según los datos que contamos nuestra población es de 1016 habitantes entre mestizos e indígenas. Dentro de las características principales que diferencian a estas personas están, el idioma, la vestimenta, algunas fiestas son diferentes como el Inti Raymi en el mes de junio, pero en forma general celebran las otras fiestas que están ligadas a la religión, Navidad, Semana Santa, Fieles Difuntos. Las dificultades que se encuentra en todo lugar que se trabaja con población indígena es el idioma y algunas creencias alrededor de la salud y en los mestizos está semana santa. Mi experiencia es igual tanto con personas indígenas como con mestizos porque en salud no tenemos discriminación.

**¿Podría compartir una breve historia sobre la localidad?**

Nuestra comunidad fue fundada hace varios años siendo unos de los primeros asentamientos de la nacionalidad Puruhá, gracias al trabajo de las mujeres y hombres se ha conseguido en los últimos años que la población cambie especialmente en la educación y salud. Esto lo sé por los testimonios de la gente acerca de lo que han hecho para tener una escuela y un puesto de salud en su localidad, ellos sienten que esto les ha ayudado a mejorar. Las condiciones en las que vive nuestra población son de pobreza, los desafíos que nosotros enfrentamos es el índice de desnutrición, falta de transporte para movilizarse, las fortalezas es que la comunidad tiene la unidad operativa a disposición.

**Describe las características de su Establecimiento de Salud -Información relevante sobre el Establecimiento de Salud:**

Nuestro establecimiento de salud se llama PS SAN FRANCISCO CHAMBO fue fundada hace varios años y reconstruida gracias al apoyo y gestión de la comunidad, esto es muy importante porque hace notar hasta qué punto son capaces de llegar por su propio bien, por eso



trabajaron con el alcalde de Chambo de ese tiempo hace 1 año y 6 meses, luego la construcción pasó ser parte del MSP, consta de 3 consultorios polivalentes, Vacunatorio, procedimientos, sala de esterilización, sala de espera, trabajamos 3 médicos, 2 enfermeras y 1 odontóloga, los horarios de atención es de 08:00-17:00, conformamos 2 grupos EAIS.

**¿Alguna recomendación o sugerencia para mejorar la implementación de experiencias similares en el futuro?**

Tener empatía con los pacientes.

**¿Considera que, en su práctica profesional en el área de salud, usted asume el rol de educador para la salud?**

Si

**¿Considera usted, que su rol de educador, lo ejerce en todas o algunas de las siguientes actividades: atenciones, recomendaciones, prescripciones, informaciones, pre y post consultas, consejerías, charlas, capacitaciones, ferias, casas abiertas, foros...etc.**

Si

**¿A qué público educa con mayor frecuencia?**

A madres jóvenes y personas de la tercera edad

**¿Puede compartir la experiencia más significativa que ha tenido como profesional de salud en su rol de educador?**

Como personal de enfermería me enfocó en las post consultas dentro de ellas tenemos la aplicación de los 10 correctos de la medicación en la cual se ha realizado hincapié en la administración de medicación, el método que yo utilizo para mi población en especial adulto mayor que son analfabetos es la codificación con múltiples de colores para que se guíen por ellos y sepan que medicación deben tomar, de esta manera se ha logrado el error en la administración de medicamentos. Es decir, lo que yo hacía es el tomate fosforescente les da hacia para el turno

de la noche, para el horario de la noche y el verde para el horario de la mañana. Como la mayoría de los adultitos mayores eran hipertensos, entonces ellos, por ejemplo, tomaban Losartán y Amlodipino, entonces el Losartán yo les etiquetaba con el fosforescente color verde, y el Amlodipino con el tomate, entonces les decía, el de color verde se toman después del desayuno en la mañana, y el de color tomate. lo administran después de la merienda en la noche antes de acostarse. Entonces, cómo yo verificaba que ellos tomaban, era porque en las visitas domiciliarios o cuando ya venían al pedido de más medicina al siguiente mes para pedir medicación, ellos yo les decía, me traen, por favor, esto (los blíster, envase de los medicamentos) vacío. Entonces yo veía que se tomaban, porque tenía que terminarse tanto el Amlodipino comer Losartán, igual, porque se les mandaba 30; 30. Una esa y otro, yo veía la etiquetita. Entonces los adultitos mayores, como la mayoría de ellos no sabían leer, eran analfabetos y ellos me decían el de color tomate era el que tengo que tomar. ¿Yo les preguntaba, claro, ¿cómo se está tomando? Y ahí me decía el de color tomate en la noche el de color verde en la mañana. Entonces sí, sí me ayudó bastante. De hecho, eso hacía desde la rural mismo, porque usted sabe que los adultos mayores sí hay que tenerles un poco más de paciencia. Eso es lo que yo hacía. Por ejemplo, cuando había otra pastilla adicional como es el paracetamol para el dolor; yo le ponía vuelta la etiqueta blanca y les decía, esto solo se toma como le mandaba el médico, solo cuando hay dolor, nada más, y se toma con el estomaguito lleno, puede ser después del almuerzo; o se toma 3 veces al día lo que está con blanquito.

**Detalle esta experiencia:**

Bueno, después que el adulto mayor sale de consulta médica, tiene que pasar nuevamente por enfermería para que realicemos la posconsulta. La posconsulta en enfermería son actividades que realizamos con el paciente después de la consulta médica. En la posconsulta se realiza educación para la salud a través de la retroalimentación, y se identifican casos de riesgo para

brindarles el seguimiento correspondiente y se les recuerda los pasos para la toma de los medicamentos. Como existen personas de la tercera edad que no saben leer entonces encontré la forma de ayudarles a recordar las medicinas y la hora de tomarlas por medio de colores, con este método se ha reducido los errores en el momento de administrarse la medicina. El uso de colores para organizar los medicamentos les ha ayudado mucho, porque antes no sabían cuándo y cómo tomarlos. Aquí en la comunidad hay mucha apertura y afecto para con el personal de salud, al inicio algunos tenían un poco de recelo, pero poco a poco nos hemos ido ganando su confianza. Lo que más ha funcionado es hacerles ver que ellos pueden controlar su salud si entienden bien los riesgos, no es en todos los casos, pero sí en muchos. Nos hace falta transporte para visitar a las personas de comunidades lejanas, es muy difícil llegar sin transporte, o se hace muchas horas en llegar. Debido a esas distancias largas a veces no llegan a tiempo a las citas porque no hay transporte adecuado, otras veces ni vienen por la misma situación. Nosotros tratamos de explicarles con ejemplos que ellos puedan entender tanto sobre sus enfermedades como los riesgos y la manera de cuidarse. Siempre se les motiva a ser parte del cuidado de su propia salud. Las charlas sobre prevención de enfermedades son importantes en nuestra labor continuamente les compartimos conocimientos sobre salud, sobre enfermedades crónicas, como la hipertensión y la diabetes, sobre salud sexual y reproductiva, importancia de la vacunación, alimentación saludable, administración correcta de la medicación, lactancia materna, etc. Tratamos de enseñarles que su salud está en sus manos que no depende de nadie, aunque es difícil en algunas personas que viven solas y no tienen quien les ayude. Un problema serio es que a veces no entienden las indicaciones, tal vez no nos hacemos entender tampoco. Aquí tenemos un huerto de plantas medicinales y les motivamos a usar las plantas medicinales en las afecciones que se pueden utilizar. Nuestra comunidad es muy activa, construyó el puesto de salud, se organiza muy

bien, participa en todas las actividades que les invitamos, aunque como digo, las condiciones de acceso son complicadas, por las largas distancias.

**Entrevistador:** Danilo Santillán – Nutricionista Comunitario – Ministerio de Salud

Pública.

#### Anexo 4

##### *Ficha de observación directa*

<b>FICHA DE OBSERVACIÓN DIRECTA</b>		
<b>1. Datos de identificación</b>		
<b>Nombre del observador:</b>		
Fecha:		
Hora de inicio:		
Hora de finalización:		
Lugar:		
<b>Objetivo de la observación:</b>		
<b>Datos de identificación</b>		
<b>Persona(s) observada(s):</b>		
<b>Contexto o situación observada:</b>		
<b>2. Indicadores de observación</b>		
<b>Indicador de observación</b>	<b>Descripción/observación específica</b>	<b>Tiempo aproximado</b>

<b>Comportamiento verbal</b>		
<b>Comportamiento no verbal</b>		
<b>Participación</b>		
<b>Accesibilidad de los materiales educativos</b>		
<b>Empoderamiento y autonomía</b>		
<b>Retención de la información</b>		
<b>Interacción entre los participantes</b>		
<b>Aplicación de lo aprendido</b>		
<b>Actitud frente al aprendizaje</b>		
<b>Claridad de las explicaciones</b>		
<b>Interacción social</b>		
<b>Atención y concentración</b>		
<b>Comprensión del contenido</b>		
<b>Emociones observadas</b>		
<b>3. Comentarios adicionales del observador</b>		
<b>4. Conclusiones y recomendaciones</b>		
<b>Fuente: Matriz elaborada en base a lo que señalan Patton, Angrosino, Freire, Nutbeam Spradley, Creswell, Guba y Lincoln Santos Guerra</b>		

**Anexo 5**

*Matriz de codificación inicial*

<b>Fragmento textual</b>	<b>Código Asignado</b>	<b>Descripción del código</b>