Sistematización de experiencia

Implementación de la metodología Consejería Oportuna y Dirigida (COD)

Proyecto "Uso de redes sociales para mejorar resultados maternos, neonatales e infantiles en zonas rurales"

BID Banco Interamericano de Desarrollo
iniciativa salud mesoamérica
Gobierno de la República de Honduras · Secretaría de Salud
Bill & Melinda Gates foundation
Yale Institute for Network Science
World Vision Por los niños

Sistematización de experiencia

Implementación de la metodología Consejería Oportuna y Dirigida (COD)

Proyecto "Uso de redes sociales para mejorar resultados maternos, neonatales e infantiles en zonas rurales"

BID Banco Interamericano de Desarrollo
iniciativa salud mesoamérica
Gobierno de la República de Honduras · Secretaría de Salud
Bill & Melinda Gates foundation
Yale Institute for Network Science
World Vision Por los niños

Créditos

Proyecto: "Uso de las Redes sociales para mejorar los resultados maternos, neonatales e infantiles en zonas rurales de Honduras"

Ejecutado por World Vision Honduras en el marco de la Iniciativa Salud Mesoamérica (ISM) Banco Interamericano de Desarrollo (BID)

Miembros del equipo técnico de coordinación del proceso de sistematización
World Vision Honduras: Karen Ramos, Lesbia García y Aida Maradiaga
UC-ISM/BID: Jennifer Nelson y María Elena Ordóñez
NicaSalud: Gertrudis Medrano

Miembros del equipo Investigador:
Investigadora principal: Ruth I. Varela
Co-investigador de campo: Ovidio Blanco

Equipo revisor del informe:
World Vision Honduras: Karen Ramos, Lesbia García y Aida Maradiaga
UC-ISM/BID: Jennifer Nelson y María Elena Ordóñez

Fotografías:
Elías Assaf – Fotógrafo independiente
Otras fotografías: Equipo de proyecto Redes

Diagramación:
Moisés E. Montenegro Luna

La elaboración de este documento ha sido posible gracias al apoyo financiero y técnico proporcionado por el Banco Interamericano de Desarrollo BID, en el marco de la Iniciativa de Salud Mesoamérica, a través del Proyecto "Uso de Redes sociales para mejorar los resultados maternos, neonatales e infantiles en zonas rurales de Honduras" (Proyecto Redes), bajo los términos del contrato suscrito con World Vision Honduras. Las opiniones expresadas en este informe son del autor (es) y no refleja necesariamente los puntos de vista del BID, ni de World Vision Honduras.

Siglas y abreviaturas

ACC	Agentes de Cambios de Comportamientos
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CAP	Conocimientos, actitudes y prácticas
COD	Consejería Oportuna y Dirigida
EDA	Enfermedades Diarreicas Agudas
ISM	Iniciativa de Salud Mesoamérica
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
MANCOSARIC	Mancomunidad de municipios de la Ruta Maya
WVH	World Vision Honduras

Índice

1. A modo de introducción 3

2. La mejora de la salud materna infantil, área de interés del proyecto REDES 5

2.1. El proyecto REDES: una propuesta de consejería familiar para cambiar comportamientos en salud 6
2.1.1. La finalidad y propuesta metodológica del Proyecto REDES 7

3. Los CAP al inicio del proyecto REDES 12

4. La implementación de la metodología COD 13

4.1. Fase 1: Diseño de la propuesta metodológica para intervención en el proyecto REDES 13
4.1.1. La adaptación de la metodología COD para ajustarla al contexto del proyecto 14
4.1.2. Diseño del proceso de monitoreo del proyecto REDES 16
4.1.3. Elaboración de la estrategia de comunicación 17
4.2. Fase 2: La implementación de las sesiones de COD 18
4.2.1. Preparación y formación del equipo técnico 19
4.2.2. Desarrollo de visitas domiciliarias para implementar la COD 21

5. Los principales resultados del proyecto REDES 26

6. Lecciones aprendidas 29

7. Adecuaciones sugeridas 31

Bibliografia 33

Anexos 35

Anexo 1: Dictamen DICU - UNAH 37
Anexo 2: Protocolo de Sistematización de experiencias Proyecto Redes. 47

1. A modo de introducción

El proyecto **REDES:** “Uso de redes sociales para mejorar resultados maternos, neonatales e infantiles en zonas rurales”, es una intervención comunitaria desarrollada por World Vision Honduras (**WVH**) en consorcio con **ChildFund** Honduras, pero cuya implementación es asumida en la segunda fase únicamente por World Vision Honduras.

Esta intervención forma parte del estudio impulsado por la Iniciativa de Salud Mesoamérica (**ISM**) del Banco Interamericano de Desarrollo (**BID**), el cual es desarrollado por la Universidad de **Yale** y financiado por la **Fundación Bill y Melinda Gates,** para evaluar el uso de las redes sociales y su influencia en la adopción, difusión y el reforzamiento de las normativas de comportamientos a nivel grupal y actitudes fundamentales en relación con la salud neonatal e infantil en las zonas rurales.

El proyecto REDES por consiguiente pretende probar soluciones innovadoras y efectivas, fáciles de implementar y mejorar—sin mayor esfuerzo y costo—, para llevar intervenciones de salud de alta calidad a poblaciones pobres. Para ello, utiliza la **Consejería Oportuna y Dirigida** (COD) como estrategia educativa enfocada en promover cambios de comportamientos de salud materna, neonatal e infantil.

La intervención del proyecto se desarrolló en el período de noviembre 2015 a agosto del 2018, en la región occidental del país, específicamente en los municipios de Copán Ruinas, Santa Rita, San Jerónimo y Cabañas que pertenecen al departamento de Copán los cuales conforman la Mancomunidad de la Ruta maya (**MANCORSARIC**).

Considerando el propósito del proyecto, al finalizar su implementación se determina como acción prioritaria el realizar la **sistematización del proceso** con el objetivo de rescatar la experiencia acumulada por el Proyecto REDES en la implementación de la metodología COD para promover cambios de comportamiento de salud materna, neonatal e infantil. Este proceso debe, además, identificar las características de la metodología y su implementación, los elementos que favorecieron el éxito, las limitantes, las lecciones aprendidas y los principales desafíos. En esencia se plantea como elementos orientadores del proceso:

Objeto de sistematización	La implementación de la metodología COD, sus adecuaciones y la innovación tecnológica para generar cambios de comportamiento.
Temas de sistematización (ejes)	**Tema 1.** Diseño de la metodología de intervención y el proceso de elaboración de la estrategia de comunicación para el cambio de comportamiento. **Tema 2.** Desarrollo de la COD, lo que comprende: rescatar el proceso de la visita domiciliar.

Para la realización del proceso de sistematización se tomó como referencia metodológica lo propuesto en el protocolo de sistematización de experiencias, aprobado por la Dirección de Investigación Científica Universitaria de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, el cual establece como elementos metodológicos claves para su desarrollo:

a) El proceso de sistematización se enmarca en la tipología de estudios cualitativos denominados "acción-reflexión- acción".

b) Aprovecha la documentación y materiales elaborados durante la implementación del proyecto como fuentes de información secundaria. Este material es revisado para identificar la información que puede ser utilizada para la reconstrucción de la experiencia, acorde a lo planteado en los elementos orientadores que guían el proceso de sistematización.

c) Se centra en gestionar el conocimiento que surge de la experiencia mediante un proceso de reflexión participativo en donde se involucra, utilizando un muestreo teórico que permite encontrar información relevante para la valoración del proyecto, a un número de informantes entre ellos mujeres y hombres que participaron en el desarrollo de las COD —representantes de comunidades que cumplen criterios definidos para asegurar reflejan la diversidad de los espacios abordados por el proyecto— ; personal directivo y técnico del proyecto entre ellos: coordinadora del proyecto, especialista de cambio de comportamientos, supervisores y agentes de cambios de comportamientos (ACC).

Esta recolección de información sobre las opiniones, reflexiones y testimonios de la experiencia se desarrolla mediante la ejecución de entrevistas individuales y familiares semiestructuradas, grupos focales y talleres participativos para la reflexión y profundización.

2. La mejora de la salud materna infantil, área de interés del proyecto REDES

Honduras es un país con una **población** total de 9,012,229 de habitantes al 2018, de la cual un alto porcentaje es población rural (45.4%)[1]. En los últimos años el crecimiento poblacional ha presentado una tendencia a aumentar, reflejando una tasa de 1.6 en el 2018, por lo cual temas como la tasa de mortalidad infantil y la salud materna, neonatal e infantil sigue siendo un desafío, especialmente en la zona rural.

En lo relacionado con estos temas, aunque se ha logrado aumentar la cobertura de los programas de salud y mejorar la educación sobre la atención materno infantil brindada, todavía hay mucho que mejorar especialmente en zonas rurales y con poblaciones de pueblos originarios y joven.

Esto se evidencia en que los **indicadores nacionales** al 2016[2] reflejan que con respecto a la mortalidad infantil esta no se ha logrado disminuir desde el 2014, presentando una tasa de 23 defunciones por cada 1,000 niños nacidos vivos[3]; la cobertura de parto institucionalizado había tenido un retroceso de 83% en el 2012 a 64% en el 2016[4] —dato que deberá ser comprobado con la nueva ENDESA—; la incidencia de diarrea en menores de 5 años aumentó de 125 casos por cada 1,000 habitantes en el 2013 a 141 en el 2016; y la mortalidad materna no se ha logrado disminuir desde el 2013 —último dato oficial disponible que refleja una razón de 73 muertes por cada 100,000 niños nacidos vivos—.

Esta situación es similar en los **indicadores de los municipios** de Copán Ruinas, Santa Rita, San Jerónimo y Cabañas —departamento de Copán—[5], donde los indicadores de salud con relación a la mortalidad neonatal e infantil al igual que los de captación temprana de embarazadas, control prenatal, neonatal y puerperal y la atención del parto institucional no se encontraban al nivel de las metas esperadas por la Secretaria de Salud (**SESAL**), por lo cual mejorar estos indicadores sigue siendo un desafío aunque al comparar algunos datos de los años 2017 – 2018 puede apreciarse una mejora de acuerdo a la base de datos de la Unidad Estadística de la Red de servicios El Jaral. En concreto, los indicadores muestran que:

a) Para el primer semestre del año 2016, se tenían registradas 30 muertes en menores de cuatro años —cifra un poco más alta que el indicador nacional—, de las cuales 9 correspondían a neonatos en los primeros siete días, 4 en neonatos de 8 a 28 días, 10 en postneonatos y 7 en niños de 1 a cuatro años. En comparación con el primer semestre del año 2015, el número total de muertes había disminuido en 5, pero se evidenciaba un aumento de 3 muertes en neonatos de 0 a 7 días.

1 INE.2017. Boletín día mundial de la población. Proyecciones nacionales de población 2013- 2030
2 Datos según la memoria institucional 2016 de la Secretaria de Salud.
3 La tasa bruta de natalidad fue de 23.2 en el 2014 y ha disminuido a 22.1 en el 2018.
4 Este aspecto rompe la tendencia en cuanto a la prevalencia del parto institucional calificado que se había incrementado en los últimos años en mostrando un incremento desde el 2000 hasta el 2005, según la ENDESA 2005–2006 de 61% al 78%, y en comparación con la ENDESA 2011-2012 el incremento es de 5 puntos pasando de 78% al 83%. Por consiguiente, en la última década medida por ENDESA el parto institucional (privado o público) cambio de 61% al 83% —22 puntos—.
5 Según datos de la MANCORSARIC, gestor del sistema descentralizado del sector salud en la zona del proyecto.

b) La captación de embarazadas paso de 74% en el 2017 a 80% en el 2018, con un promedio de 5.5 y 6.3 controles prenatales respectivamente. Sin embargo, la captación de embarazadas antes de las 12 semanas de gestación presenta una disminución de tres puntos porcentuales.

c) El parto institucional de acuerdo con la base de datos de la unidad de estadística de la Red de servicios de Salud El Jaral, en relación con el parto institucional en el año 2018 hay un aumento de 1 punto porcentual con respecto al año 2017 (87% y 86% respectivamente).

d) La tasa de mortalidad materna hasta el año 2017 se mantenía en cero, pero para el año 2018 es de 50 por 100,000 nacidos vivos. El incremento se debe a una muerte materna ocurrida en el municipio de Copán Ruinas.

e) Para agosto del 2018, en 1,419 familias atendidas por el proyecto REDES un 3.59% (51 casos), presentaron diarrea en las últimas dos semanas.

Considerando este panorama en cuanto a la salud materna e infantil en Honduras, es que surge el **Proyecto REDES** en el marco de la Iniciativa de Salud Mesoamérica (**ISM**) y del Banco Interamericano de Desarrollo (**BID**) con la finalidad de probar soluciones innovadoras y efectivas, fáciles de implementar, mejorar y modificar sin mayor esfuerzo y costo, para llevar intervenciones de salud de alta calidad a poblaciones pobres.

2.1 El proyecto REDES: una propuesta de consejería familiar para cambiar comportamientos en salud

El proyecto "Uso de redes sociales para mejorar resultados maternos, neonatales e infantiles en zonas rurales" es una intervención comunitaria que forma parte del estudio impulsado por **ISM/BID** y desarrollado por la **Universidad de Yale**, para investigar el uso de las redes sociales —entendidas como las relaciones entre actores comunitarios[6]—, y su influencia en la adopción, difusión y el reforzamiento de las normativas de comportamientos a nivel grupal y las actitudes fundamentales en relación con la salud neonatal e infantil en las zonas rurales.

Inicialmente, el proyecto REDES fue desarrollado por World Vision Honduras (**WVH**) en consorcio con **ChildFund** Honduras, pero su implementación es asumida en la segunda fase únicamente por World Vision Honduras.

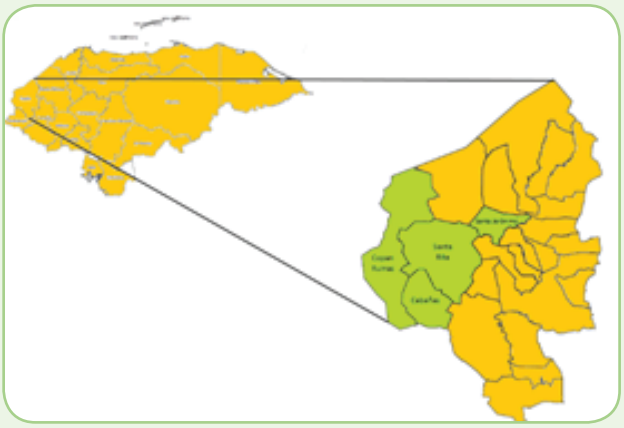
Para el desarrollo del proyecto se considera como **zona de intervención** la región occidental del país, específicamente en los municipios de Copán Ruinas, Santa Rita, San Jerónimo y Cabañas que pertenecen al departamento de Copán y conforman la Mancomunidad de la Ruta maya (**MANCORSARIC**). El proyecto se desarrolla en 154 comunidades de estos municipios planteándose atender a 3,634 familias beneficiarias.

World Vision (WV) es una organización internacional no gubernamental orientada por principios cristianos, enfocada en la niñez y basada en la comunidad que, junto a socios estratégicos, promueve el desarrollo transformador, la justicia, y la asistencia humanitaria, buscando vida plena y desarrollo integral en la niñez, sus familias y comunidades.

ChildFund Honduras es una organización en pro del desarrollo y protección a los niños y niñas carentes, excluidos y vulnerables para que tengan la capacidad de mejorar sus vidas y la oportunidad de convertirse en jóvenes productivos, padres de familia y líderes que traigan cambios duraderos y positivos a sus comunidades.

6 La premisa del proyecto se basa en que las redes sociales —relaciones entre actores comunitarios— son significativas y pueden incidir en la adquisición de conductas o prácticas beneficiosas para mejorar la salud.

La zona de intervención de la MANCORSARIC[7], tiene una extensión total de 876.24 km², su población es básicamente rural aproximadamente (84%), con un 20% de origen étnico —maya – chortí—, y un 64% que vive bajo la línea de pobreza.



La región se caracteriza por ser semirural, montañosa y con comunidades dispersas y de difícil acceso. Por lo tanto, la mayoría de la población de los municipios que lo conforman se dedica a la agricultura, ganadería, silvicultura y pesca.

La capacidad instalada para entregar servicios de salud se realiza a través de 18 establecimientos de los cuales 5 son Centros Integrales de Salud, 12 son Unidades de Atención Primaria en Salud, y una Clínica Materno Infantil.

Características de los municipios de intervención

- **Copán Ruinas** es el municipio más extenso y está conformado por 50 aldeas y 152 caseríos. Su población al 2018 es de 41,684 pobladores (9,151 del área urbana y 32,532 del área rural).
- **Santa Rita** es el segundo en extensión al estar conformada por 31 aldeas y 148 caseríos. Su población es de 31,829 pobladores.
- **Cabañas** tiene una extensión territorial aproximada de 126 Km² y está conformado por 22 aldeas y 62 caseríos. Al 2018 posee una población de 15,441 personas, todas viviendo en el área rural.
- **San Jerónimo** tiene una extensión territorial aproximada de 72 Km² y está conformado por 8 aldeas y 29 caseríos. La población es rural y es de 5,141 pobladores (2018).

2.1.1 La finalidad y propuesta metodológica del Proyecto REDES

El **propósito** principal del proyecto REDES es contribuir al mejoramiento de la salud materna, neonatal e infantil, desarrollando una intervención comunitaria orientada a lograr cambios en los conocimientos, las actitudes y los comportamientos de riesgo, por medio de metodologías educativas innovadoras que permitan transmitir mensajes y prácticas saludables a través de personas claves de las redes sociales comunitarias.

Para lograr cumplir con este propósito, el proyecto define utilizar como metodología educativa la **Consejería Oportuna y Dirigida** (**COD**), la cual es un modelo de abordaje para la educación interpersonal que se desarrolla mediante visitas domiciliarias programadas de forma mensual y que se enfoca en un período crucial para asegurar la salud de mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, y la salud infantil durante el embarazo y en los primeros años de infancia. Esta metodología se **caracteriza** por:

a) **Desarrollarse en el entorno del hogar** para generar un ambiente de comunicación eficaz, seguro, abierto y que facilite la inclusión de todos los miembros de la familia. Además, se asegura el aprovecha-

El proyecto REDES se concibe como un **proyecto de investigación social** que a diferencia de otros procesos de desarrollo se caracteriza por seguir un protocolo de investigación riguroso que orienta no solo la selección de comunidades y familias, sino las condiciones en las que debe brindarse la COD.

Esta rigurosidad en el protocolo de aplicación permitirá que los resultados del proyecto generen información que permita entender la estructura y organización de las redes sociales comunitarias, la función que cumplen y su dinámica como medio para abordar temas de salud en comunidades rurales en Honduras. Este estudio es liderado por la Universidad de Yale.

7 Según datos manejados por la mancomunidad en su página web: http://www.mancorsaric.com/

miento óptimo del tiempo que la familia brinda al proceso de consejería y la personalización de recomendaciones según la situación y las necesidades de cada hogar o familia.

b) Responder a una **propuesta temática** enfocada en facilitar la transmisión de mensajes claves de salud identificados con base en evidencias científicas generadas a través de una investigación formativa inicial —diagnóstico de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP)—. La temática propuesta en el caso del proyecto REDES es la siguiente:

Tabla 1 Temas de consejería abordados por el proyecto REDES

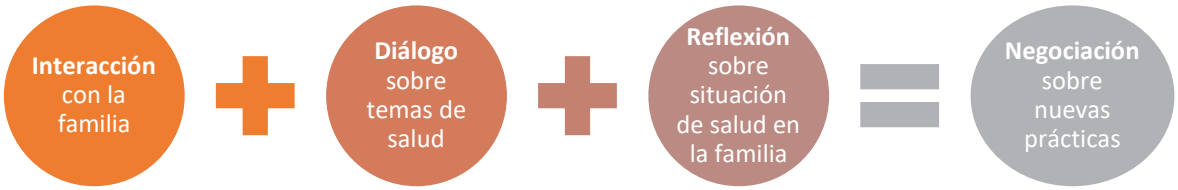
Temas abordados		
Embarazo		**Prácticas promovidas**
Visita 1	Control prenatal antes de 12 semanas	Primer control prenatal de forma temprana – revisiones rutinarias Consumo de ácido fólico durante embarazo Identificar señales de peligro durante embarazo
Visita 2	Plan de parto	Plan para parto y emergencias Involucramiento de esposo y familia en cuidados de mujer embarazada
Visita 3	Parto institucional	Atención de parto en clínica u hospital —parto institucional—
Visita 4	Planificación familiar	Utilización de método de planificación familiar Importancia de espaciamiento de embarazos
Visita 5	Cuidados de la mujer en el parto y puerperio, y cuidados del recién nacido	Identificar señales de peligro durante puerperio y primeros meses del recién nacido
Puerperio / Recién nacido (28 días)		
Visita 6	Atención de la mujer y recién nacido en los primeros tres días	Control puerperal y del recién nacido —3 días después de parto—
Visita 7	Cuidados del recién nacido y señales de peligro	Involucramiento de esposo y familia en cuidados de mujer puérpera y recién nacido Eliminar prácticas y tradiciones culturales —uso fajero, chupón, te u otra bebida—
Niñez 1 a 59 meses		
Visita 8	Cuidados de niños de 1 a 6 meses	Uso de lactancia materna exclusiva hasta 6 meses
Visita 9	Señales de peligro y búsqueda de atención en IRA	Identificar señales de peligro para enfermedades diarreicas agudas (EDA) e infecciones respiratorias agudas (ED) Uso del zinc para tratar EDA
Mujeres en edad fértil		
Visita 10	Plan de vida reproductivo	Adolescentes con plan de vida reproductivo
Visita 11	Importancia y beneficio del consumo de ácido fólico para la madre y bebé	Consumo de ácido fólico antes y durante embarazo
Visita 12	Prevención de embarazo en adolescentes	Prevención de embarazo antes de 18 años
Visita 13	Metas de vida, autoestima y valores	Comunicación y relación familiar
Visita 14	Prevención de la violencia de género	Comunicación no violenta en la familia
Zika		
Visita 15	Prevención de zika	Eliminar criaderos Uso de mosquiteros Acudir al establecimiento de salud oportunamente

Estos temas son abordados considerando las características o situación de salud materna - infantil que está enfrentando cada familia atendida, por lo cual la propuesta temática para la intervención responde a los siguientes **principios pedagógicos**:

1) Pertinencia de los temas abordados —responden a las necesidades o prácticas no deseables identificas—.
2) Adecuados al contexto —responde a las audiencias y entendimientos locales—.
3) Gradualidad, los temas se desarrollan escalonadamente.
4) Integralidad, por lo que los contenidos se relacionan, complementan y refuerzan entre sí.
5) Adaptabilidad, que asegure los contenidos son entregados de forma flexible y con espacios de reforzamiento cuando sea necesario.

c) Enfocarse en lograr **cambios de prácticas familiares e individuales** en temas de salud. Este cambio de comportamientos debe ser el resultado de un proceso de formación, reflexión y concientización sistemático y adecuado que es promovido por medio de la COD.

Ilustración 2 Elementos claves en el proceso de reflexión generado durante la COD



El enfoque para la asesoría en el hogar está basado en principios de aprendizaje y de cambio de conducta donde se reconoce que la transmisión ‘tradicional’, unidireccional o de arriba hacia abajo de la información, no conduce a un aprendizaje y retención eficaz ni a cambios de conducta. Desde el punto de vista del aprendizaje, se reconoce que los adultos necesitan participar activamente en su propio proceso de aprendizaje, basándose en lo que ellos ya saben e incorporando nueva información e ideas a marcos mentales existentes.

d) **Utilizar material didáctico y herramientas comunicacionales** que permiten abordar los mensajes de salud priorizados, reforzar los comportamientos que se desea que la familia adopte y reforzar aprendizajes (en conocimientos y prácticas) abordados en visitas previas. Este material es elaborado como resultado de implementación de la estrategia de educación comunicacional del proyecto.

Esta estrategia cuenta con herramientas que facilitan el desarrollo de sesiones de consejería con actividades lúdicas que son más adecuadas a las características educativas de la población meta. Entre estas herramientas están:

i) *Tres libros de visita domiciliares* conteniendo 31 historias positivas y negativas acorde a los 15 temas priorizados.
ii) *Kit de herramientas de apoyo* para la facilitación de las visitas domiciliarias: set de láminas —con

señales de peligro, IRA, EDA y planificación familiar—, canciones, rimas, bombas, adivinanzas, videos, *y láminas para colorear que refuerzan los mensajes que se promueven;*

iii) *Libro de compromisos familiares* para plasmar acuerdos asumidos por la familia para la adopción del nuevo comportamiento.

iv) *Materiales promocionales para la familia:* calendario para reforzar mensajes y visibilizar fechas de reunión para desarrollar la COD, y cuadro artístico como recordatorio del proceso.

"Nos dieron un cuadernito, donde están todos los temas que ellos nos decían…para recordar lo que nos iban enseñando. En el cuaderno estaba la figura de cómo tiene que hacer uno…, y eso nos decía que lo estudiáramos, que no nos olvidáramos de ello y que estuviéramos pendientes por alguna enfermedad con los vecinos, una amiga y todo." Madre de familia, Comunidad La Esperanza

e) Emplear la plataforma **CommCare** como medio móvil para recolectar datos in situ sobre los miembros de la familia, las COD desarrolladas, el proceso de supervisión implementado, los hogares en alerta —por presentar el riesgo de abandonar el proceso—, y el progreso o cambios en los CAP de interés del proyecto.

Esta plataforma es compatible con sistemas móviles Android por lo cual se aprovecha una tablet asignada a cada miembro del equipo técnico y de campo como herramienta tecnológica educativa donde se instala la APP CommCare. Esto facilita que se pueda utilizar durante las visitas domiciliarias para que las familias accedan a la información y se mejore sus conocimientos sobre salud materna – infantil.

Componentes principales del CommCare

i) La aplicación móvil que es manejada por el personal técnico de campo por medio de un dispositivo portátil (Tablet). Se utiliza para recolectar información en las visitas COD y como herramienta educativa que incluye audios, imágenes y videos de apoyo.

ii) CommCare HQ es un portal web en línea que permite la gestión de información, la generación de informes y la creación de formularios. Esta plataforma es utilizada por personal gerencial, de supervisión y de monitoreo del proyecto.

f) Utilizar un estilo de **abordaje y acompañamiento técnico** que facilita la interacción y comunicación horizontal entre las familias atendidas y los promotores responsables de realizar las visitas domiciliarias. Estos promotores se denominan Agentes de Cambios de Comportamientos (**ACC**) y en esencia son los responsables de desarrollar las COD —más que un educador debe ser un movilizador de los cambios de comportamiento que se espera adopten las personas en las familias atendidas—.

Esencialmente, la COD es un espacio de encuentro entre la familia y el ACC que se enfoca en el desarrollo metódico de la propuesta de formación planteada por el proyecto.

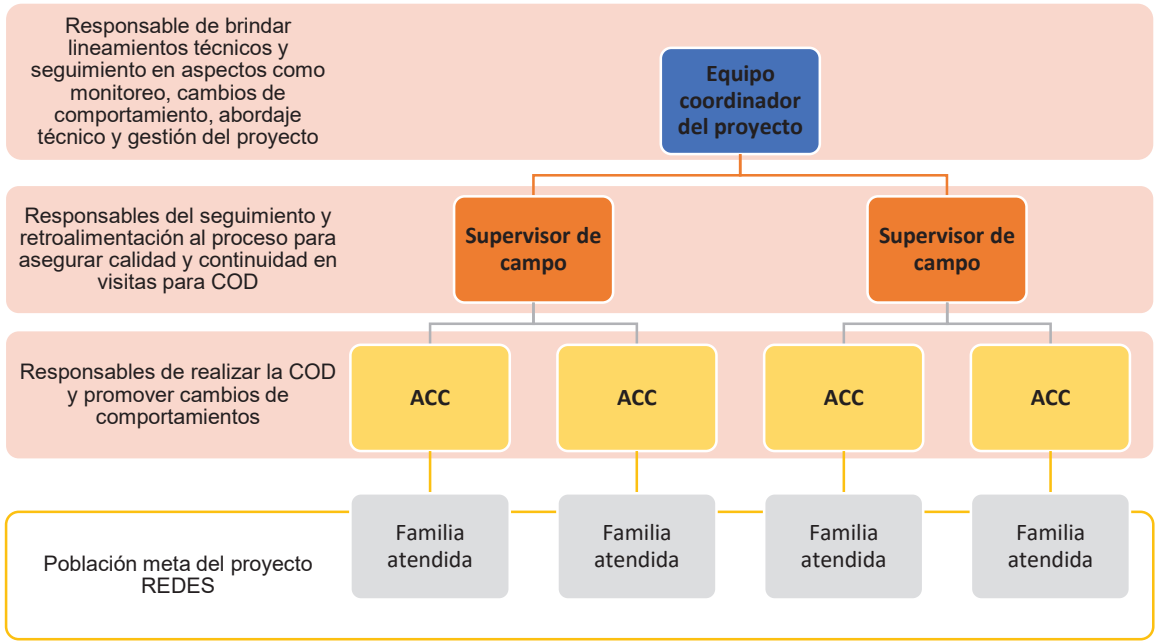
Para facilitar el desarrollo de la COD, los ACC utilizan los materiales comunicacionales que han sido diseñados y validados para asegurar una mejor comprensión y abordaje del tema.

Para cubrir el total de la propuesta temática, el ACC debe realizar a cada familia atendida por lo menos 15 visitas de aproximadamente dos horas de duración. Como resultado, el proceso tiene una duración promedio de 21 meses.

Adicionalmente, el trabajo de los ACC es monitoreado y retroalimentado por supervisores de campo quienes deben: i) garantizar el cumplimiento a las visitas domiciliarias según la guía de desarrollo de la COD, ii) asegurar la calidad en el desarrollo de las sesiones educativas, iii) la facilitación del proceso de planificación de trabajo de campo, y iv) brindar acompañamiento y capacitación en servicio a los ACC para mejorar su desempeño.

Básicamente, el proceso de acompañamiento técnico utilizado por el proyecto se puede resumir de la siguiente manera:

Ilustración 3 Funcionamiento del acompañamiento técnico del proyecto REDES



En términos de **obligación técnica,** desde el diseño se establece que cada ACC tendrá una asignación aproximada entre 60 y 70 familias a las que debe visitar y brindar la COD una vez al mes. Por esta razón, en promedio a cada ACC le corresponde realizar entre 15 y 18 visitas semanales con una duración promedio entre 1.5 y 2 horas por familia. El proyecto contrata un total de 52 ACC para brindar la COD.

En cuanto a los supervisores de campo, cada supervisor tendrá bajo su atención un territorio específico y entre 10 y 11 ACC a los que debe realizar dos supervisiones por mes. En promedio deben realizar como mínimo 21 visitas de supervisión cada mes.

En cuanto al equipo técnico coordinador, está conformado por una persona experta en monitoreo y evaluación, una experta en cambio de comportamiento y consejería, una supervisora técnica y coordinadora de proyecto. Este equipo es responsable de la orientación estratégica y técnica del proyecto, y de brindar orientación y acompañamiento a procesos transversales y gerenciales del proyecto.

3. Los CAP al inicio del proyecto REDES

Previo al inicio del proyecto REDES, y para orientar mejor la intervención del proyecto REDES, se realizó una **investigación formativa** que permitió identificar como **prácticas no deseables en las comunidades**:

Tabla 2 Prácticas no deseables para la salud materna, neonatal e infantil

Planificación familiar	1) La planificación familiar es una opción sólo después del primer hijo y en muchos casos debe hacerse sin el conocimiento de la pareja. 2) Los hombres no están en disposición de planificar un embarazo, por motivos religiosos. 3) No se considera un riesgo o fuera de lo normal que la mujer adolescente salga embarazada.
Cuidados durante embarazo, parto y puerperio	4) La mujer trabaja durante el embarazo, incluso realizando tareas pesadas, porque creen así se evita tener un parto difícil. 5) Evitar el consumo de ácido fólico y de vitaminas durante el embarazo para disminuir el riesgo de manchar su rostro o engordar. 6) Poco conocimiento sobre señales de peligro en mujeres embarazadas o puérperas. 7) Poco o ningún acompañamiento de la pareja durante el proceso de embarazo, parto y puerperio. 8) En comunidades maya chortí algunos hombres no ven las ventajas del parto institucional. 9) Existe resistencia en algunas mujeres para parir en una clínica o establecimiento de salud[8].
Cuidados de niño	10) Se continua con la costumbre de usar el fajero y de “curar” el ombligo del recién nacido con emplastos medicinales que pueden causar infecciones. 11) Se utiliza medicina natural para tratar algunos síntomas en los niños recién nacidos que rompe con la lactancia materna exclusiva —chupones de miel, anís, chichimora y otros—. 12) El seguimiento al recién nacido, 3 días después del parto, no siempre se cumple por la distancia al centro de salud y por la condición física de la madre después del parto. 13) Poco conocimiento sobre señales de peligro en niños sobre EDA e IRA. 14) Las familias no conocen el uso del zinc como tratamiento para la diarrea.

8 También hay dificultades en la zona para que todas las mujeres puedan accesar a centros o clínicas de salud, por aspectos como las distancias y dificultad de acceso a las comunidades, la poca cantidad de centros de salud en la zona, el costo que puede implicar, y en algunos casos la atención que reciben no es amigable o respetuosa de sus creencias.

4. La implementación de la metodología COD

El proceso de intervención del Proyecto REDES se centra en el desarrollo sistemático y progresivo de los espacios de Consejería Dirigida y Oportuna que es brindado por los ACC a las familias atendidas por el proyecto. Sin embargo, para asegurar la calidad y efectividad de la metodología utilizada durante las COD, fue necesario desarrollar una serie de acciones para, por un lado, diseñar la propuesta temática y las herramientas comunicacionales que respondieran a las características y condiciones de la zona y, por otro lado, asegurar que la ejecución de la propuesta metodológica diseñada permite lograr los objetivos propuestos especialmente en cuanto a cambios de comportamientos en las familias. El proceso seguido se puede representar de la siguiente manera:

Ilustración 4 Proceso metodológico para la implementación del proyecto REDES

Fases		Etapas	Acciones claves		
Implementación de las COD	5	Desarrollo de visitas domiciliarias para implementar COD	Implementación proceso de COD	Monitoreo y supervisión del proceso	
	4	Preparación del equipo técnico	Formación en aspectos técnico – metodológicos	Familiarización y acercamiento inicial a comunidades	
			Validación		
Diseño de la propuesta metodológica de intervención	3	Elaboración de la estrategia de comunicación	Diseño y elaboración de material didáctico	Validación del material didáctico	Diseño de aplicación tecnológica de apoyo
	2	Diseño del proceso de monitoreo	Definición de marco de resultados e indicadores		
	1	Adaptación de la metodología COD	Familiarización con la metodología COD	Investigación formativa	Adaptación de la metodología

En paralelo

4.1 Fase 1: Diseño de la propuesta metodológica para intervención en el proyecto REDES

Esta fase tiene como **finalidad** diseñar y definir los elementos conceptuales, técnicos y metodológicos que orientarán la implementación del proyecto, más específicamente la realización de las COD a nivel comunitario. Básicamente, estos elementos orientadores deben garantizar que:

i) La propuesta temática y metodológica se enfoca en lograr el cambio en comportamientos,
ii) Las temáticas desarrolladas en las COD aborden las prácticas no deseadas para la salud materna

infantil que se identifican como centrales en la región,

iii) El equipo técnico del proyecto cuenta con una guía metodológica para asegurar que las sesiones se realicen de forma consistente y homogénea a nivel temático y didáctico,

iv) Se cuenta con las herramientas y materiales educativos – comunicacionales adecuados para que las COD se desarrollen de manera efectiva y cumpliendo criterios de calidad.

Para lograrlo, el equipo coordinador del proyecto desarrolla una serie de acciones, en algunos casos que son ejecutadas de forma paralela, para adecuar la metodología COD a las necesidades y condiciones concretas de la zona de intervención del proyecto, y para elaborar material didáctico que no solo responda a las temáticas priorizadas, sino que se adecue a las características, educativas y culturales de la zona.

4.1.1. La adaptación de la metodología COD para ajustarla al contexto del proyecto

Un primer momento en la implementación del proyecto REDES es la revisión y adaptación de la metodología COD, como modelo de abordaje asumido por el proyecto y el cual deberá asegurar se logren los cambios de comportamientos esperados en las familias atendidas.
El **objetivo central** es garantizar que la metodología se adapta y responde a las características de la población objetivo del proyecto y que abordará adecuadamente los temas y prácticas que se desean cambiar o reforzar para mejorar la salud materna – infantil en las comunidades atendidas.

Para asegurar que el proceso de revisión y adaptación de la metodología COD se realiza de forma efectiva, se desarrollan las siguientes acciones:

La Consejería Oportuna y Dirigida es una propuesta metodológica utilizada por World Vision para el abordaje de temas de salud —especialmente en períodos críticos como el embarazo, el parto y puerperio, y los primeros años de vida de los infantes—. Dicha metodología ha sido utilizada en diversos países en los que la organización trabaja y en otras zonas de influencia de WVH — en el caso de Honduras—.

Ilustración 5 Proceso para adaptación de la metodología COD

Familiarización con la metodología COD. El primer paso para lograr una adaptación efectiva de la propuesta temática y didáctica de las COD es que el equipo responsable de realizar esta tarea pueda conocer, entender y profundizar en la propuesta original de la metodología. Para ello, se participa en un proceso de formación y certificación en la metodología COD, donde se capitaliza la experiencia de la aplicación de esta en países de África y Latinoamérica.
Este proceso le facilita al equipo del proyecto poder analizar y revisar la propuesta metodológica original para posteriormente determinar las características temáticas, técnicas y metodológicas que la COD debe cumplir para ser efectiva y asegurar el cambio de comportamientos a nivel familiar.
También, esta revisión permite identificar las potenciales adaptaciones que deben realizarse para que la utilización de la metodología cumpla con las expectativas e indicadores establecidos en el proyecto. Esta primera propuesta se enfoca en aspectos relacionado con el perfil y los roles que debe asumir el equipo técnico del proyecto, fundamentalmente los ACC y los supervisores de campo.

- **Investigación formativa[9].** Para cerciorarse de la correcta definición de los temas, prácticas y mensajes que deben ser abordadas mediante las sesiones de COD se desarrolla un proceso de diagnóstico en la zona de intervención. En este proceso se investiga sobre las creencias, actitudes, conocimientos y prácticas de las familias que serán atendidas en cuanto a temas relacionados con: i) mujer en edad reproductiva, ii) riesgo de embarazo en adolescentes, iii) cuidados y riesgos durante el embarazo, parto y puerperio iv) cuidados y riesgos para recién nacido y niño menor de 5 años, v) planificación familiar, y vi) rol de la familia durante embarazo, parto y puerperio.

  Básicamente el diagnóstico se enfoca en identificar las barreras en el cambio de comportamiento, las limitaciones para el uso de los servicios de salud, los factores culturales subyacente a los problemas de salud reproductiva existentes y la atención al recién nacido e infante, y los comportamientos deseables o no deseables para promover la salud materna – infantil que se practican en la zona de influencia del proyecto.

Ilustración 6 Elementos o temas abordados en la investigación formativa

La investigación formativa se desarrolla en comunidades seleccionadas previamente por la Universidad de Yale —responsables de la investigación social—, y sirven como insumo para establecer los mensajes a reforzar en el material didáctico que se elaborará para facilitar el desarrollo de las sesiones COD.

Para obtener la retroalimentación técnica y de contenido sobre los resultados obtenidos de la investigación formativa, se realizó un proceso de socialización con la SESAL, MANCORSARIC, ISM/BID y organizaciones que conforman el consorcio. Este proceso permitió validar los resultados obtenidos y priorizar los temas que debían ser abordados mediante el desarrollo de las COD en las comunidades de intervención.

- **Adaptación de la metodología.** Tomando como punto de partida la información generada por la investigación formativa y el análisis realizado a la propuesta original de la metodología COD, se trabaja en la adaptación y contextualización de la metodología COD para asegurar que responda a las necesidades y características específicas de la población meta. Esta acción se enfoca en:

  1) Determinar los temas y contenidos que deben abordarse en el proceso de formación y sensibilización desarrollado durante las COD. Esta propuesta debe ser secuencial y enfocada en los comportamientos que se desea cambiar. *Propuesta temática – metodológica*

  2) Elaborar el protocolo que debe seguirse durante la visita a las familias, esto para garantizar el equipo técnico tenga una guía homologada para el desarrollo de las visitas domiciliarias y la implementación de la sesión de COD. Este protocolo asegurará que se pueda uniformar la intervención, cumplir con requerimientos técnicos y metodológicos mínimos para asegurar la calidad y efectividad en la ejecución de la COD, y asegurar que la ejecución del

El proceso para la validación de la propuesta temática y metodológica, que orienta la implementación de las sesiones de COD en el proyecto, se desarrolla durante el proceso de formación a los ACC y en las primeras acciones de consejería desarrollado a nivel comunitario.

9 La investigación formativa es un proceso que se realiza previo a que comiencen los proyectos, para establecer la línea base, identificar los CAP que deben abordarse en relación con un tema específico, y poder posteriormente entender los cambios en el contexto del programa (VMI – 2017).

proyecto cumple con las exigencias del estudio de investigación de la Universidad de Yale al cual contribuye. *Orientación sobre rol de los ACC en el desarrollo de las COD.*

3) Identificación de material didáctico – pedagógico que se puede utilizar para abordar las temáticas propuestas y que respondan a las características educativas y culturales de la población a la que se brindará formación por medio de las sesiones de COD.

4) Definición de los roles que debe asumir el equipo técnico del proyecto, concretamente los ACC y los supervisores de campo. Este paso asegura no solo la definición de funciones, sino que determinar el perfil para cada puesto, la dinámica e interrelación de trabajo entre ambos puestos, y el identificar las implicaciones que debe asumir el proyecto en cuanto a formación temática – metodológica y equipamiento.

Tabla 3 Resumen de las principales acciones para la adaptación de la metodología COD

Etapas	Acciones claves	Pasos		Producto clave
Adaptación de la metodología COD	Familiarización con la metodología COD	1	Certificación en metodología COD	
		2	Revisión y análisis de propuesta de metodología original	Borrador con propuesta de adaptaciones
		3	Identificación de potenciales adaptaciones metodológicas	
	Investigación formativa (CAP)	4	Selección de comunidades (Universidad de Yale)	
		5	Realización de estudio CAP	Informe sobre temas de interés
		6	Identificación mensajes claves a abordar	
	Adaptación de la metodología COD	7	Definición de temas de interés	Propuesta temática COD
		8	Elaboración de protocolo de la visita	Protocolo de visita

4.1.2. Diseño del proceso de monitoreo del proyecto REDES

Esta acción se enfoca en definir el marco de resultados e indicadores, en coincidencia con los resultados planteados en la propuesta de proyecto, que servirán como base para el proceso de seguimiento y monitoreo realizado a las acciones de implementación del proyecto. Para ello se propone un listado de indicadores de proceso basado en las acciones a desarrollar y, posteriormente se realiza un análisis y priorización de aquellos que se determina es necesario reportar porqué están más orientados a los indicadores de resultados del proyecto. Este ejercicio es básicamente técnico y es desarrollado por el equipo coordinador del proyecto.

Adicionalmente, se elabora una propuesta de espacios y herramientas que faciliten el seguimiento al proceso, la presentación de informes y la generación de información para orientar la toma de decisiones de forma oportuna. Entre estos aspectos se rescatan el desarrollo de una propuesta que considera:

a) La identificación de **información que debe ser recolectada y reportada por los ACC** durante cada visita domiciliaria, estos incluyen datos sobre la conformación y situación de salud de la familia, y los cambios en las CAP que se evidencian en el transcurso del proceso. Esta información es manejada a través de la plataforma CommCare y permite mantener actualizada los datos sobre atención a las familias, cumplimiento a visitas domiciliarias, lo que facilita la generación de informes mensuales.
b) La **estructuración de un sistema de supervisión diaria** enfocado en el desarrollo de las visitas de COD. Este proceso debe ser desarrollado por los supervisores de campo, los cuales se enfocan en asegurar aspectos como la calidad y efectividad de la COD brindada.
c) La incorporación de **espacios de reunión de avances** entre ACC, supervisores y personal coordinador en los que se definen avances en el proceso, se analiza la información recolectada, se realizan procesos de reforzamiento o formación continua, y se reflexiona sobre la práctica para orientar la toma de decisiones.

4.1.3. Elaboración de la estrategia de comunicación

Esta etapa se apunta a la identificación, elaboración y validación de material comunicacional que pueda ser utilizado como apoyo didáctico y audiovisual para el desarrollo de las COD. Básicamente se enfoca en aprovechar una estratégica comunicacional coherente, creativa y pertinente —ajustada al abordaje de un tema específico—, para lograr cambios de comportamiento. La construcción y validación de esta estratégica se realizó a través de los pasos siguientes:

1) Para realizar el diseño y elaboración de la estrategia de comunicación se aprovecha como punto de referencia los resultados obtenidos en la investigación informativa y los lineamientos temático – metodológicos establecidos en la propuesta de adaptaciones a la metodología elaborado por el equipo del proyecto.

   En el caso del proyecto, por las características de la población de las comunidades a intervenir, se define que el material a desarrollar debe ser visualmente atractivo, amigable y sencillo, y comunicar ideas claves relacionadas con los comportamientos promovidos. Como resultado se realiza una selección del material didáctico y promocional que se considera contribuirá más al proceso para implementar las COD —considerando aspectos como utilidad, aceptación e impacto visual o auditivo—.

   Finalmente se determina elaborar como material didáctico de apoyo: láminas y audios sobre historias (positiva y negativas), canciones, láminas técnicas sobre contenidos, y libro de acuerdos para la familia. Además, se elabora como material promocional el logo y eslogan del proyecto, un calendario con mensajes que refuerzan comportamientos deseables, y camisetas, gorras y chalecos para identificar al equipo técnico.

Para la elaboración y validación de la estrategia de comunicación y de la aplicación tecnológica que se utilizaran durante el proyecto, se contrata una empresa especializada en el diseño, elaboración, adaptación y validación de material educacional, y otra que asume directamente la programación de la aplicación CommCare y la inclusión del material audiovisual a la aplicación móvil que utilizaran los ACC.

En el caso de la estrategia de comunicación, la empresa desarrolla un paquete de material educativo impreso y un paquete de herramientas audiovisuales que puedan ser utilizadas para apoyar el desarrollo de las COD a nivel domiciliar.

2) La validación del material didáctico - educativo y las herramientas audiovisuales elaboradas se enfoca en asegurar que estas transmiten el mensaje adecuado, son de fácil comprensión para las familias, que mantienen la cohesión y complementariedad entre ellas —refuerzan mensajes claves y no se contradicen—, y que le facilitan a los ACC su utilización y capitalización durante el proceso de consejería.

   En consecuencia y para que la validación sea más objetiva se desarrolla en simultáneo con el proceso de formación del equipo técnico del proyecto —durante el primer acercamiento a las familias—. Esto facilita que las piezas comunicacionales sean expuestas ante las audiencias meta, tanto primarias como secundarias, y que se obtengan una retroalimentación directa por parte de estos actores que posteriormente es aprovechada para realizar las adecuaciones pertinentes.

3) El diseño de la aplicación o plataforma tecnológica CommCare se realiza considerando las necesidades técnicas del proyecto en cuanto a monitoreo —actualización de información sobre familias y generación de reportes, y la disponibilidad de material audiovisual de apoyo para el desarrollo de las visitas de COD.

   En el caso de la plataforma para el sistema de monitoreo se diseña y programa el sistema para el registro de información con CommCare HQ para la automatización al seguimiento de los indicadores priorizados, lo que permitiría al sistema generar informes inmediatos sobre la información ingresada por los ACC. Además, se programa la unidad móvil para asegurar que los ACC pueden ingresar información sobre la familia visitada, la valoración sobre cambios realizados por las familias en cuanto a los CAP priorizadas, y el acceso a material audiovisual que puede utilizarse para el desarrollo de las COD.

Tabla 4 Resumen de las principales acciones para la elaboración de la estrategia de comunicación

Etapas	Acciones claves	Pasos		Producto clave
Elaboración de la estrategia de comunicación	**Elaboración de materiales didácticos**	1	Selección de material didáctico y promocional	
		2	Diseño y elaboración del material didáctico	
	Validación del material didáctico	3	Validación de materiales	**Material didáctico validado**
		4	Adecuaciones al material acorde a observaciones	
	Diseño de aplicación tecnológica de apoyo	5	Diseño y programación de la plataforma CommCare	**Plataforma CommCare validada**

4.2 Fase 2: La implementación de las sesiones de COD

El desarrollo de esta fase es la que permite alcanzar los resultados y cumplir el propósito establecido para el proyecto REDES, en congruencia su **finalidad** es la implementación efectiva y con criterios de calidad de la propuesta temática - metodológica que ha sido validada para brindar consejería dirigida y oportuna a familias de las comunidades seleccionadas por el proyecto.

Para lograrlo, las acciones se enfocan en la preparación conceptual y metodológica del equipo técnico, y en la realización del proceso de abordaje de las familias por medio de sesiones de COD efectuadas de forma sistemática y congruente con lo propuesto en el protocolo de visitas y la propuesta programática del proyecto.

4.2.1. Preparación y formación del equipo técnico

Esta etapa se enfoca en asegurar que el personal técnico responsable de realizar el abordaje a nivel comunitario posee los conocimientos y habilidades necesarias para, en el caso de los ACC, desarrollar las COD, abordar temas de salud con las familias atendidas, cumplir de forma acuciosa el protocolo de visita, desarrollar el trabajo de monitoreo requerido para mantener actualizada la información sobre las familias atendidas, y asegurar el manejo de la plataforma CommCare. En cuanto a los supervisores de campo, el proceso de desarrollo de capacidades se enfoca en el manejo de los temas clave de las COD y de habilidades técnicas para el desarrollo de acciones de acompañamiento, retroalimentación y monitoreo al trabajo de los ACC.

Para garantizar que los ACC y los supervisores de campo pudieran adquirir los conocimientos y competencias deseadas, se realiza el siguiente **proceso de formación**:

1) El desarrollo de un proceso de capacitación de inducción en aspectos temáticos, técnicos y metodológicos. Esta se ejecuta al inicio del proceso y es un espacio de formación que se caracteriza por utilizar la metodología aprender - haciendo, combinar espacios de formación a nivel temático con el desarrollo de habilidades blandas para asegurar una interacción abierta y horizontal con las familias, y convertirse en el primer momento de acercamiento a las comunidades que serán atendidas. Durante esta jornada de capacitación inicial se abordan las siguientes **temáticas:**

El proceso de capacitación inicial tuvo una duración de tres semanas, en dos procesos simultáneos considerando el número de participantes, durante las que se utilizaron metodologías participativas para asegurar el desarrollo de un proceso práctico-cognitivo más eficiente y enfocado en mejorar la capacidad de transferir aprendizajes y promover la importancia de la colaboración y el trabajo en equipo. Por lo tanto, durante las jornadas se utilizaron espacios de simulación, juego de roles y experiencias in situ para practicar el desarrollo de las COD.

Adicionalmente se desarrollaron prácticas individuales sobre el uso de las tablet y la aplicación CommCare a utilizar en las visitas domiciliarias.

Ilustración 7 Contenidos abordados en la capacitación inicial con ACC y supervisores de campo

Contenido para ACC	
Manejo de la metodología	**Manejo temático**
☐ Generalidades de la metodología COD. ☐ Esquema de visitas y proceso para priorización de la 1ra visita a abordar. ☐ Implementación práctica de la metodología COD.	☐ Políticas institucionales, características y naturaleza de la intervención. ☐ Generalidades del proyecto REDES. ☐ Ejes transversales: género — comunicación no violenta, involucramiento del hombre — crianza con ternura, cambio de comportamiento. ☐ Contenidos técnicos del área de la salud: etapa preconcepción, métodos de planificación familiar, etapa del embarazo, cuidados y signos de peligro durante embarazo, parto, plan de parto y parto institucional, puerperio y señales de peligro, recién nacido, IRAS-EDAS, lactancia materna. ☐ Temas complementarios (habilidades para la vida, plan de vida reproductivo). ☐ Comunicación para el cambio de comportamiento. ☐ Habilidades de comunicación. ☐ El diálogo como herramienta de consejería.

2) Un espacio práctico o de pilotaje para tener la posibilidad de entrenar habilidades para la preparación y desarrollo de una COD directamente con una familia de comunidades seleccionadas que no están dentro de la zona de influencia del proyecto. Este proceso se desarrolla a través de dos visitas a la familia para practicar la visita 0 (diagnóstica) y la visita 1 (COD), lo que facilita:

   a. Verificar y reforzar las habilidades de los ACC y supervisores de campo respecto a la aplicación de la metodología COD.
   b. Verificar el funcionamiento adecuado de la aplicación CommCare en las tablet y herramientas tecnológicas utilizadas.
   c. Mejorar los instrumentos de la visita 0 y de la COD, y los materiales y herramientas utilizadas.

> El pilotaje como proceso práctico permite no solo el refuerzo y retroalimentación en cuanto al manejo temático y metodológico para el desarrollo de la COD, sino que también sirvió para validar los materiales didácticos elaborados y el funcionamiento de la aplicación CommCare.
>
> Esta validación permite comprobar que el material elaborado y la aplicación cumplan con su propósito, que son de fácil manejo para el personal y que son amigables para ser utilizadas por las familias.

3) **La formación continua** como espacios de enseñanza – aprendizaje realizados periódicamente para asegurar el reforzamiento en cuanto a los conocimientos y habilidades que los ACC deben utilizar para desarrollar adecuadamente las COD. Para capitalizar estos espacios de formación continua se promueve el intercambio de experiencias entre ACC, la identificación de buenas prácticas, la aclaración de dudas temáticas y metodológicas, y la profundización sobre el contenido en temas abordados en las COD. En este proceso se abordan los siguientes **contenidos:**

Ilustración 8 Contenidos abordados en la capacitación continua a los ACC y supervisores de campo

Contenido para supervisores de campo

Manejo técnico	Manejo temático	Habilidades complementarias
☐ Planificación, monitoreo y seguimiento —elementos de supervisión—. ☐ Técnicas de cierre y manejo psicoafectivo para finalización de las visitas con las familias. ☐ Herramientas tecnológicas —manejo del módulo de supervisión en aplicación CommCare—	☐ Cambios de comportamiento: etapas, barreras, influencia social, rol de la educación. ☐ Protección de la niñez y crianza con ternura.	☐ Liderazgo, manejo de personal, coaching. ☐ Consolidación y análisis de datos. ☐ Motivación, cuidado de personal. ☐ Utilizar la información de la APP, para reportaje y toma de decisiones.

Contenido para ACC		
Manejo de la metodología	**Manejo temático**	**Habilidades complementarias**
☐ Manejo de la metodología COD enfocada en el entretenimiento educativo y actividades lúdicas. ☐ Habilidades sociales relevantes para la educación, la consejería y el manejo de grupos — habilidades de comunicación, asertividad, el feedback, la escucha activa, la comunicación no verbal y la inteligencia emocional—. ☐ Técnicas de cierre y manejo psicoafectivo para la finalización de las visitas con las familias.	☐ Cuidados del embarazo, puerperio y recién nacido y señales de peligro. ☐ Manejo de las IRA y EDA y signos de peligro, (litrosol - zinc) y medidas de prevención del zika. ☐ Prevención de embarazo en adolescentes, proyecto de vida y planificación familiar. ☐ Autoestima, género y violencia. ☐ Protección de la niñez y crianza con ternura. ☐ Políticas institucionales, características y naturaleza de la intervención.	☐ Medidas de seguridad personal. ☐ Técnica fotográfica y documentación de experiencias con consentimiento familiar. ☐ Habilidades de Primeros Auxilios Psicológicos, el bienestar y apoyo materno.

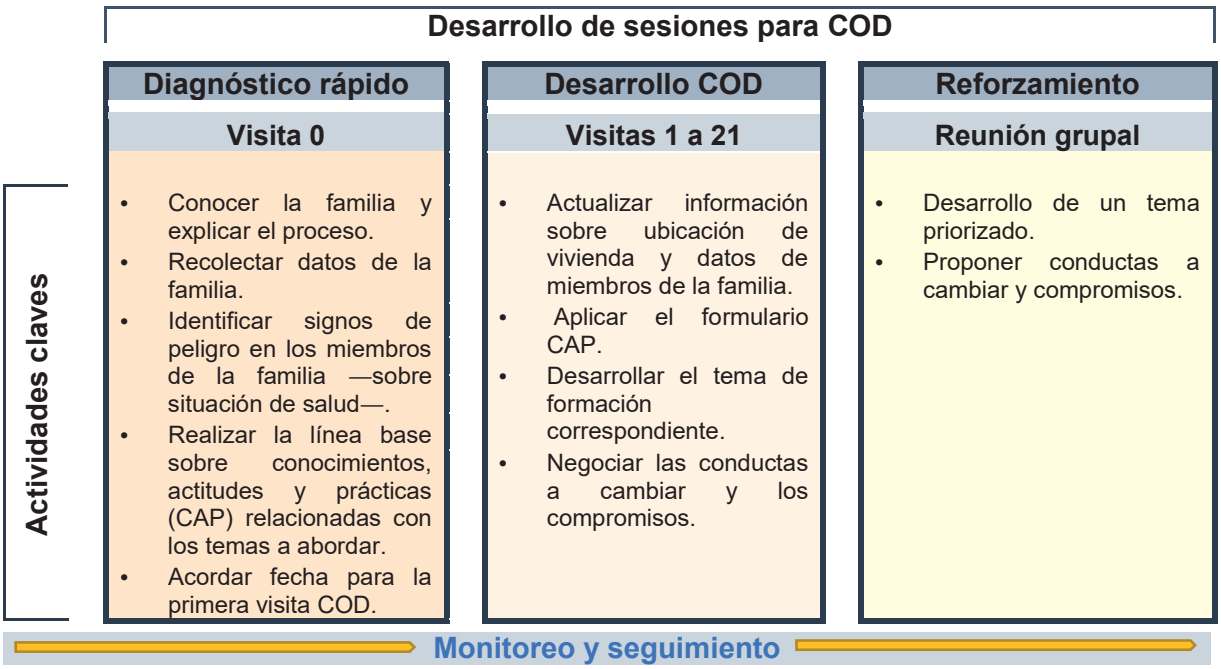
4.2.2 Desarrollo de visitas domiciliarias para implementar la COD

Esta etapa corresponde a la implementación de las acciones que son la apuesta primordial del proyecto y que están orientadas a lograr cambios de comportamiento en las familias. Estas acciones se enfocan en el desarrollo de la COD como modelo metodológico que: i) facilita la interacción y abordaje a nivel familiar, ii) asegura la mejora que tiene la familia en cuanto al manejo de conocimientos sobre los temas de salud materna infantil priorizados y, iii) promueve las transformaciones necesarias, en cuanto a actitudes y conductas, para repercutir positivamente en comportamientos y prácticas favorables para mejorar la salud de la mujer en edad reproductiva, y de los niños recién nacidos y de primera infancia.

Las primeras cinco visitas domiciliarias, fueron aprovechadas para validar la aplicación CommCare y hacer ajustes de ser necesarios. Además, durante este período se continúa con el proceso de validación del material didáctico.

Para asegurar que la intervención cumple con su propósito de contribuir a mejorar la salud materna – infantil de las familias atendidas, el proceso para la implementación de las sesiones de COD se plantea considerando los principios pedagógicos de gradualidad, contextualización y adaptabilidad. Por eso, básicamente se plantean tres momentos para el abordaje a nivel comunitario:

Ilustración 9 Momentos para el proceso formativo a las familias



Esta propuesta metodológica, permite clasificar los momentos para el desarrollo formativo de las familias considerando la utilidad y el énfasis que tiene la sesión abordada con la familia, y asegura que en dicho proceso se cumple una triada en el ciclo de atención: aproximación a la familia, desarrollo de sesiones COD y cierre del proceso.

➢ Implementación del proceso de COD

Esencialmente el **proceso formativo** se desarrolla a través de la metodología COD, siguiendo las pautas establecidas en la propuesta temática y metodológica, y mediante la capitalización de las herramientas, material e instrumentos elaborados y validados en las fases realizadas con anterioridad en el proyecto. Este proceso de formación considera los siguientes momentos:

1) **El acercamiento a la familia,** por medio de una visita domiciliaria que cumple con las funciones de facilitar el primer contacto entre el ACC y los miembros de la familia; permitir la socialización del proyecto y su oferta temática y metodológica; realizar un diagnóstico rápido sobre la situación de salud de la familia y sus CAP ante temas específicos de interés; y motivar a las familias a participar en el proceso.

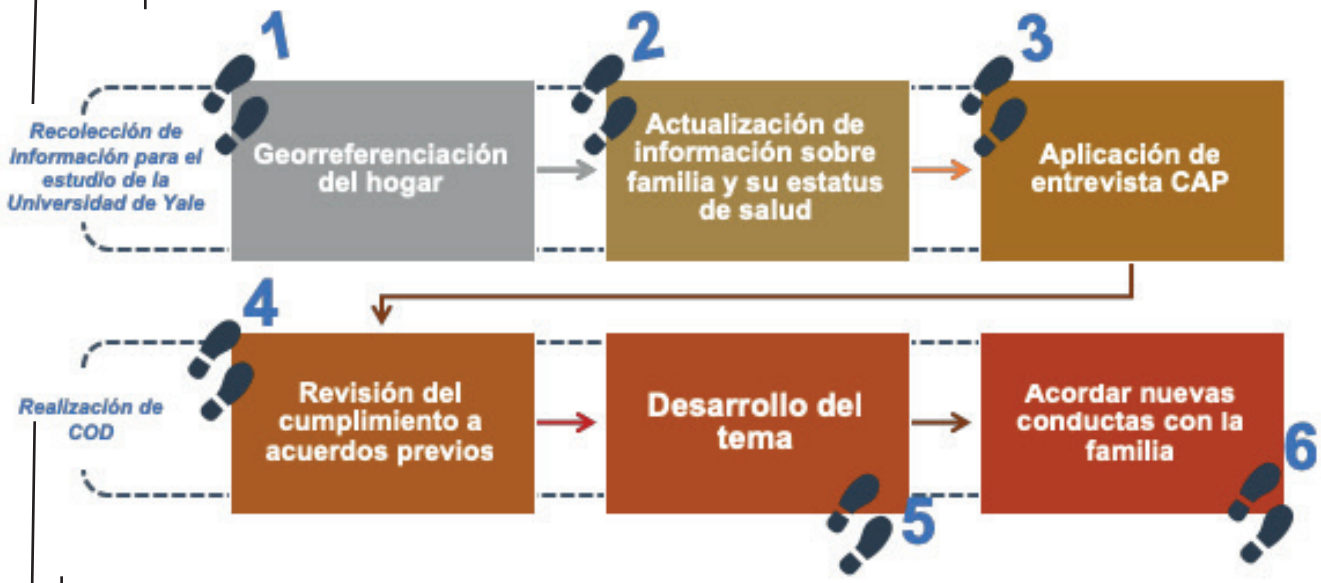
2) **El desarrollo de las sesiones de COD,** que como ya se ha determinado, se desarrollan por medio de visitas domiciliarias a las familias, esto para promover la participación de sus miembros, especialmente la de los hombres.

Cada uno de estos espacios de formación, para obtener resultados en cuanto al cambio de comportamientos, deben desarrollarse siguiendo el protocolo de visita y respetando los elementos claves para generar un proceso de reflexión con los miembros de la familia. Básicamente, durante una COD se realizan los siguientes **pasos**:

Ilustración 10 Pasos o momentos de una visita domiciliaria para brindar la COD

Los **primeros pasos** de la visita domiciliaria se enfocan en el levantamiento, corroboración o actualización de la información general sobre la familia (conformación y situación de salud), y en el monitoreo de los CAP como elemento de comparación y para determinar avance en comparación con el establecido en la visita 0.

La recolección de esta información responde a requerimientos de la investigación de la cual el proyecto es parte, por lo cual debe hacerse en cada visita y actualizarse en la aplicación CommCare para que este disponible una vez sincronizo el sistema.



Estos **pasos** conciernen directamente al desarrollo de la sesión de COD y se enfoca en verificar que las familias están cumpliendo con los compromisos asumidos en la sesión anterior en cuanto a nuevos comportamientos o cambios en prácticas; introducir, reflexionar y profundizar sobre un nuevo tema de salud materna – infantil; e identificar comportamientos que deben eliminarse, cambiarse o reforzarse para asegurar la mejora en la situación de salud de la familia.

El desarrollo de estas sesiones, aunque en la propuesta temática se establece un orden secuencial, pueden variar en cuanto a la sesión de inicio, lo que es determinado por la situación de salud de la familia o sus miembros.

Para la realización de la sesión se utiliza como referencia el protocolo de visita, y se utilizan los materiales didácticos impresos y audiovisuales que se elaboraron para cada sesión.

En el caso específico del **desarrollo del tema** (paso 5), se utiliza como referencia lo propuesto en el protocolo de visita, y se apoya el desarrollo de la sesión en la utilización del material didáctico elaborado. Para orientar el trabajo de los ACC se utiliza como referencia los libros de visita y la aplicación CommCare donde se presenta el orden metodológico y los materiales a utilizar en cada momento de la sesión COD.

4) **Acciones de reforzamiento** se enfocan en el desarrollo de espacios de formación para profundizar, consolidar u homologar conocimientos y cambios de comportamientos en los miembros de las familias atendidas. Para ello, se utilizan dos estrategias pedagógicas complementarias:

Para el desarrollo de las reuniones grupales, se utilizan como referencia la propuesta temática elaborada por el proyecto, y se refuerzan contenidos ya abordados a nivel de la COD.

Aunque el proyecto planteaba la realización de varias reuniones comunitarias (existen 9 temas que deberían ser reforzados en estos espacios), solamente se realizaron dos reuniones por comunidad. Esto debido a que por las características del estudio en algunas comunidades las familias seleccionadas eran muy pocas, y porqué la preparación, coordinación y realización de las reuniones grupales exigía la inversión de un tiempo del que el equipo no disponía —considerando la cantidad y exigencia de tiempo que requiere realizar las COD asignadas a cada ACC—.

En el caso de las sesiones COD de refuerzo, se identificaron 6 temas que fue necesario retomar, profundizar y reforzar con las familias, por lo tanto, estas familias recibieron un total de 21 sesiones de COD. Estos temas de refuerzo variaron según la situación de cada familia.

Ilustración 11 Pasos durante el desarrollo del tema de COD — referencia aplicación CommCare—

- **Reuniones grupales comunitarias,** cuya finalidad es reforzar y profundizar en contenidos identificados como claves para mejorar la situación de salud de las familias o la comunidad atendida, y asegurar que los miembros de la familia que no se hayan incorporado en las sesiones de COD reciban la formación de forma pertinente y oportuna.

- **Sesiones de COD para refuerzo** en temas o comportamientos que todavía el ACC considera que la familia no ha logrado aprender y adoptar, y que por lo tanto puede poner en riesgo la salud de algunos de sus miembros. Para el desarrollo de estos espacios, básicamente el equipo identifica los temas que considera debe abordar nuevamente y brinda ese tema a la familia acorde a lo estipulado en la metodología de la visita correspondiente.

> "Como había algunos temas que nos costaba entender, cuando terminamos los temas del libro, empezaron de nuevo con otro repaso. A nosotros fue sobre los cuidados de la embarazada y en cuanto a lo que era el plan de parto. Nos dieron más ilustraciones para entender mejor" Padre de familia, comunidad El Porvenir.

➢ Desarrollo del proceso de monitoreo y seguimiento

Estos procesos se desarrollan de forma permanente durante la ejecución del proyecto y se enfocan en la obtención de información sobre las familias atendidas, de tal forma que permita valorar los avances en la intervención, la calidad de los servicios brindados durante el desarrollo de las sesiones COD, la cobertura alcanzada y la eficiencia del proyecto. Estos procesos básicamente consisten en:

- **La supervisión y seguimiento de campo,** que se enfoca en el acompañamiento y seguimiento a las acciones realizadas con las familias atendidas. Su objetivo es asegurar aspectos como la calidad e integridad de la metodología, el abordaje de mensajes claves durante la COD, y el número de visitas realizadas a las familias focalizadas.

Este proceso es desarrollado por los supervisores, quienes además del trabajo de seguimiento en campo asumen como responsabilidades: i) acciones de refuerzo y retroalimentación temática – metodológica a los ACC, ya sea de forma individual o por medio de las jornadas de capacitación continua; ii) liderar los procesos de planificación y seguimiento a la ejecución; y iii) seguimiento a familias en riesgo de abandonar el proceso para motivarles a continuar.

La supervisión en un primer momento se enfocó en el seguimiento y acompañamiento a las visitas domiciliarias para observar el desarrollo de las COD e identificar elementos que debían mejorarse.

En un segundo momento, se enfoca en propiciar una interacción más cercana con las familias para monitorear sus avances en el proceso e identificar sus valoraciones sobre el servicio brindado por los ACC. Además, se prioriza el seguimiento a familias que están en riesgo de abandonar el proceso —hogares alerta—, y así disminuir el índice de retiros.

- **El monitoreo del proyecto,** el cual se enfoca en el seguimiento de las acciones de intervención para evidenciar y documentar el cumplimiento de los indicadores del proyecto, y el manejo de la información generada por la aplicación CommCare con relación a la ubicación, la conformación y situación de salud, y los cambios evidenciados en las CAP de las familias atendidas.

Además de aprovechar la información generada por los ACC, en el proceso de monitoreo, se capitaliza la información generada por los supervisores de campo durante sus jornadas de supervisión diaria y por el desarrollo de las reuniones técnicas de avances.

Ilustración 12 Temas de monitoreo que son abordados en la aplicación CommCare

El proceso de monitoreo se facilita por medio del uso de la tecnología a través de:

i) La **utilización de la aplicación CommCare** para recolectar la información sobre las familias. Básicamente, esta aplicación permite generar información sobre las visitas realizadas, el proceso de supervisión en campo, los hogares en alerta, los cambios en los CAP, y aspectos relacionados con la calidad de las visitas.
ii) La creación de un **grupo de WhatsApp** donde los ACC reportan diariamente el número de visitas que se realizaban o no y las razones para no haberlas podido realizar.
iii) El establecimiento de una **comunicación permanente** entre el personal de campo y el equipo gerencial para clarificar o abordar situaciones concretas para el abordaje oportuno a las familias. Además, esta comunicación se extiende a las familias, quienes pueden llamar a los ACC para realizar consultas o en caso de emergencias.

La utilización de estos medios de comunicación es permanente y facilita el proceso de asesoría y reforzamiento técnico y conceptual a los ACC, el seguimiento y recolección de información sobre el abordaje, y la interacción y coordinación entre el equipo gerencial y el personal de campo.

5. Los principales logros del proyecto REDES

Al finalizar la implementación del proyecto REDES, se logró avanzar en aspectos relacionados con la validación de la metodología, la formación a familias de la zona de intervención en los temas priorizados, y el cambio en comportamientos que inciden positivamente para disminuir o eliminar problemas de salud materna – infantil. Los **principales logros** obtenidos en el proyecto son:

a) Adaptada y validada la metodología COD para ser aplicada en la zona de Copán, específicamente en los municipios atendidas por el proyecto REDES. En consecuencia, se cuenta con:

- Una **propuesta temática – metodológica** en el que se priorizan 15 temas y las prácticas clave que deben abordarse con las familias atendidas, según información obtenida de la investigación formativa desarrollada al inicio del proyecto. Esta propuesta considera los conocimientos, comportamientos no deseables para la salud materna – infantil que son más frecuentes en la zona, y los elementos culturales que pueden incidir en la salud de las familias atendidas.
- Elaborado el **protocolo de visita** para orientar el desarrollo de la sesión de COD de tal forma que asegure se cumplen los estándares de calidad requeridos y se promueve durante el desarrollo de la visita un ambiente de reflexión, interacción y diálogo que influya en la toma de decisiones consensuada para cambiar comportamientos no deseables para la salud de la familia.
- Validado un **paquete de material didáctico y promocional** que aborda los temas priorizados en la propuesta temática – metodológica y sirve como herramientas de apoyo para el desarrollo de la COD. Este paquete de material contempla los siguientes elementos:

  i. *Tres libros de visitas domiciliarias* conteniendo historias COD (problema y positiva) para promover la reflexión en el abordaje de los 15 temas priorizados. Estas historias se diseñaron y crearon en formato audiovisual con las imágenes a colores.

> "Las historias positivas, que no lo habíamos estudiado, nos sirvió de mucha iluminación en la mente para poder hacer mejor las cosas porque como uno ve la historia positiva aprende lo que una persona debe hacer mejor (en algún tema), eso le ayuda a uno." Padre de familia, comunidad El Porvenir

  ii. *Un libro de compromisos familiares,* evidenciando acuerdos que se negocian con las familias por cada visita domiciliar en base a los comportamientos clave.

  iii. *Kit de herramientas de apoyo* para la facilitación de las visitas domiciliarias que contiene set de láminas de señales de peligro embarazo, puerperio, recién nacido, IRA y EDA, y planificación familiar; canciones, adivinanzas, rimas y láminas para colorear.

iv. Un *paquete de materiales promocionales* para las familias compuesto por: caja de materiales, calendario y cuadro artístico para ser entregado a cada familia durante la intervención.

b) Brindada la consejería dirigida y oportuna en **154 aldeas,** pertenecientes a los cuatro municipios, a un total de **3,022 familias** que recibieron al menos una visita COD. De este total un **80.54%** (2,434) recibió 15 visitas domiciliarias y el **34.21%** (1034) recibieron 21 visitas para desarrollar la COD. Al finalizar el proyecto REDES se realizaron un total de **51,786 visitas domiciliarias** con las familias atendidas durante la implementación del proyecto.

Familias que recibieron visitas COD

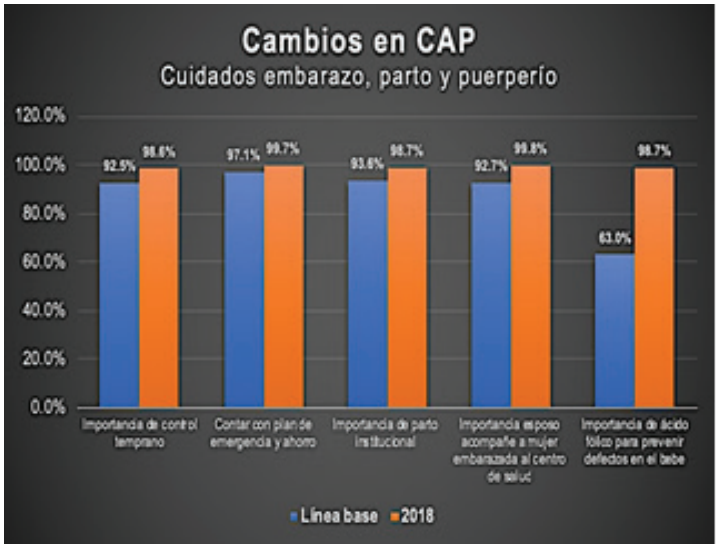
Municipio	Al menos 1 visitas	Completaron 15 visitas	Completaron 21 visitas
Cabañas	550	439	158
Copan Ruinas	1,215	998	413
San Jerónimo	238	193	92
Santa Rita	1,019	804	371
Total	**3,022**	**2,434**	**1,034**

Como consecuencia de este proceso de consejería brindado a las familias, se han logrado algunos cambios en cuanto a los conocimientos, actitudes y prácticas que pueden incidir en la salud de la mujer y los niños de las familias atendidas. Los **principales cambios de comportamiento** que se pueden observar en las familias son:

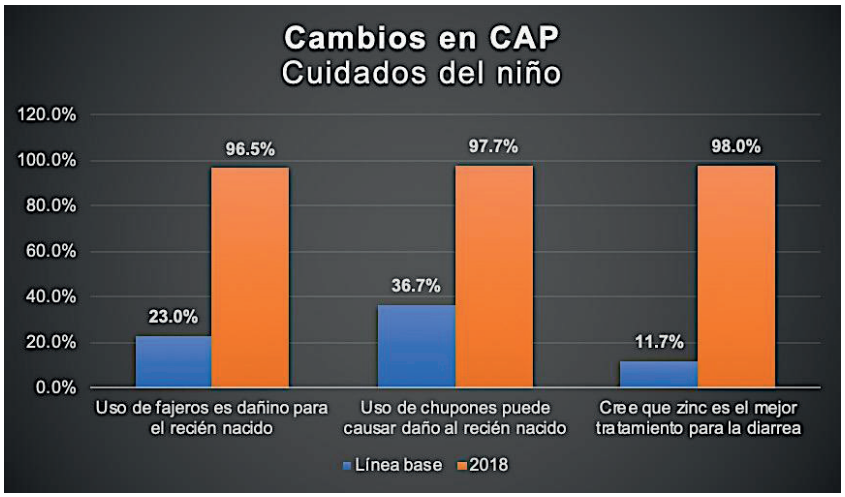
Ilustración 13 Principales cambios en comportamientos relacionados con la salud materna, neonatal e infantil

Tema clave	Antes	Ahora
Planificación familiar	La toma de decisiones sobre métodos de planificación es tomada por el esposo.	Aumento en el número de parejas que toman decisión de utilizar métodos de planificación de forma consensuada.
	No se percibe el embarazo en adolescentes como riesgoso.	Disminución en la percepción de que está bien que menores de 18 años salgan embarazadas.
	"yo le digo a mi hija de 17 años: cuídese mucho mama… porqué ahora todavía no esta a tiempo de salir con una panza. También a mi hijo de 19 y su pareja de 17 les digo: ustedes están muy tiernos, muy a temprana edad pensaron cosas que no convenían, pero hay que cuidarse lo más que se pueda. Hay muchos métodos para planificar y hay que estar tomando acido fólico" Madre de familia, comunidad La Castellona	
Cuidados durante embarazo, parto y puerperio	Poco o ningún control de mujeres embarazadas antes de las 12 semanas de gestación	Aumento de mujeres que reciben control temprano —antes de 12 semanas de embarazo—.
	Las familias no se preparan para el momento del parto.	Familias han adoptado la elaboración de un plan de ahorro o emergencia para prepararse para el parto.
	Algunas mujeres prefieren el parto en la vivienda y con la asistencia de partera.	Aumento del parto institucional voluntario.
	"yo tuve todos mis hijos en mi casa, y gracias a Dios no son enfermos, pero ya hoy con mi hija y nueras yo arranco con ellas a la hora que sea (para la clínica). Ahora son otros tiempos y si se les lleva entonces ya no hay peligro para ella o el niño. Este es uno de los temas que más me ha servido también para ayudar a vecinas." Madre de familia, comunidad La Castellona.	
	Esposos no acompañan a mujeres al control prenatal	Familias reconocen importancia de que esposo acompañe a la mujer a los controles durante el embarazo
	Las mujeres no consumían ácido fólico para evitar manchas en la cara.	Mayor consumo de ácido fólico durante el embarazo.
	"Yo no sabía para qué era bueno, me lo daban y decían que era una ayuda para la sangre y para el cuerpo. Ahora los muchachos (ACC) nos dijeron que es bueno hasta para evitar se caiga el pelo, para los huesos, para las manchas". Madre de familia, comunidad La Esperanza	
	Familias no reconocen las señales de peligro.	Miembros de la familia reconocen las señales de peligro durante el embarazo.

Estos cambios se relacionan tanto en el manejo temático que las familias tienen sobre los temas abordados, como en la adquisición de nuevas prácticas orientadas a prevenir y mejorar la situación de salud de la mujer y los niños de las familias atendidas. Lo anterior es congruente con los datos obtenidos por medio del monitoreo a los CAP que desarrollo el proyecto, tal y como se muestra en los gráficos siguientes:



Tema clave	Antes	Ahora
Cuidados del niño	Considera apropiado el uso del fajuelo, chupones y te para el cuidado del recién nacido.	Disminución de prácticas inadecuadas y riesgosas para cuidado del recién nacido
	"Antes a veces usábamos el fajero, bueno yo le daba chup ones un poco…porque yo los remedios naturales los he usado siempre. Ahora entendemos la importancia de no hacerlo" Madre de *familia, comunidad La Castellona*	
	La familia no identifica las señales de peligro en recién nacido e infante.	Miembros de la familia reconocen las señales de peligro en el recién nacido.
	"cuando un niño está enfermo, hay que ponerle cuidado en las costillas. Si se les levantan así (rápido) y se le cae el cuerito, hay que sacarlo de emergencia y buscar al doctor". Madre de *familia,* comunidad La Esperanza	
	Muchas madres no brindaban lactancia, o no lo hacían de manera exclusiva.	Mayor consciencia sobre beneficios de la lactancia materna.
	No se utilizaba zinc para tratamiento de EDA.	Mayor consumo de zinc para tratar las EDA.



Los cambios en cuanto a cuidados del recién nacido es uno de los temas que ha tenido mayores avances en el proyecto. Especialmente en lo relacionado con contrarrestar algunas de las creencias culturales.

Otros resultados	Apertura de líderes y familias de comunidades Chortí para participar en proceso formativo
	Adultos mayores que participaron en proceso, y varios de los miembros de las familias, comparten aprendizajes con familiares y vecinos
	Validación de la metodología y alto grado de aceptación de las familias hacia el material elaborado y el uso de la tecnología como medio didáctico. Este aspecto contribuyó a la promoción de cambios en los comportamientos en las familias.

6. Lecciones aprendidas

- **Diseño de la metodología**

1) La realización de la **investigación formativa** sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) —como punto de partida del proyecto—, permite la identificación de temas y comportamientos que deben abordarse en el proceso de intervención y, la adaptación de la metodología COD para que responda a las condiciones culturales y socioeconómicas de la zona. Esto facilita el proceso para adaptar la metodología COD para que responda a las necesidades específicas de la zona de intervención, identificar los mensajes claves que deben reforzarse o introducirse en el abordaje de las visitas COD y, establecer una línea base de comportamientos en los que se desea generar un cambio.
2) Contar con **material didáctico** elaborado con base en la información generada por la investigación formativa, asegura que este contribuya en el abordaje efectivo de los temas clave y en el impulso de cambios de comportamiento que se desea obtener. Lo anterior considerando que para la preparación del material se toma en cuenta las características socioculturales de las familias y se escogen opciones educativo – comunicacionales atractivas y que faciliten la interacción con las familias.

Este material didáctico demostró su utilidad como herramienta de apoyo al facilitar que las familias se sientan identificadas con los personajes utilizados, se aborden claramente los mensajes claves y se utilicen recursos didácticos de refuerzo temático (canciones, adivinanzas, rimas).

3) La utilización de una **plataforma tecnológica** como la CommCare facilita la actualización de información sobre la familia, el monitoreo sobre los cambios en CAP relacionados con los temas de interés, y el aprovechamiento de los dispositivos electrónicos para utilizar el material de apoyo audiovisual para el desarrollo de las visitas COD. No obstante, para que la aplicación sea utilizada de forma adecuada es necesario asegurar el desarrollo de capacidades en el equipo técnico del proyecto, esto evitará la pérdida de información y de tiempo.

- **Implementación de sesiones de COD**

4) La **formación de capacidades en el equipo técnico** mediante una metodología aprender haciendo asegura que estos adquieran el adecuado manejo temático, metodológico y de la tecnología de tal forma que se garantice la calidad en el desarrollo de la visita COD. Complementariamente esto permite que los ACC desarrollen capacidades y actitudes de empatía y escucha activa que facilita el acercamiento y aceptación a su acompañamiento por parte de las familias, y generan mayor confianza para la transferencia de conocimientos y el reforzamiento a prácticas esenciales en salud (temas interés en COD).

5) Las **reuniones comunitarias** como espacio de reforzamiento permiten integrar a miembros de la familia cuya participación no había sido consistente durante las visitas de COD —especialmente a los hombres—, lo que facilita profundizar y reforzar en temas específicos, y la promoción de cambios en comportamientos específicos en la familia.

6) Para el **abordaje adecuado de las comunidades chortí**, es necesario considerar sus prácticas culturales y comunitarias, razón por la cual el acercamiento a las familias se debe coordinar con los líderes comunitarios quienes son los que autorizan la entrada a la comunidad y la participación de las familias.

7) La **conformación del equipo técnico** del proyecto considerando la inclusión de hombres y mujeres garantiza que durante la implementación se puedan realizar, de ser necesario, ajustes en la asignación de familias pues algunas de ellas muestran mayor apertura hacia los ACC mujeres, ya sea por las actitudes machistas de la pareja o por que la mujer tiene mayor confianza para abordar algunos temas con ellas. Este aspecto exige que el proceso inicial de acercamiento y de ganarse la confianza de la familia, por parte de los ACC, deba realizarse de forma cuidadosa y consistente.

8) Entre los **factores que contribuyen al éxito** en la implementación del proyecto REDES se pueden resaltar los siguientes:

   a. La adaptación de una propuesta temática flexible e integral basándose en las prácticas no deseables para la salud familiar que fueron identificadas como claves mediante la investigación formativa inicial. Esta propuesta, además, responde y se adecua a las condiciones de la zona y su población.
   b. La utilización de una metodología que promueve la comunicación horizontal y bidireccional entre la familia y el ACC, se enfoca en lograr cambios de comportamientos, se desarrolla de forma progresiva e integral, y considera condiciones o necesidades concretas de la familia para orientar su abordaje. Adicionalmente, la estructura homologada para realizar la sesión COD garantiza el abordaje de los temas y mensajes claves, y el mantener la calidad en el abordaje de la sesión.
   c. La programación sistemática y consistente de las sesiones de COD, lo que asegura el seguimiento a las temáticas abordadas y genera un hábito en las familias que facilita su participación e incorporación del proceso.
   d. El énfasis en la prevención de situaciones de riesgo en mujeres embarazadas, recién nacido e infancia que se realiza durante el proceso, lo que ha permitido que las familias busquen atención inmediata y de forma temprana ante cualquier indicio de peligro o amenaza a la salud.
   e. Promoción de la participación e involucramiento de la familia en el cuidado de la mujer —durante el período de embarazo, parto y puerperio—, y de los niños recién nacidos, lo que garantiza mejores resultados en la adopción de medidas preventivas, en la distribución del trabajo durante este periodo, y la adopción de comportamientos familiares favorables para la salud familiar.
   f. Contar con material educativo - comunicacional adecuado para la población atendida que se enfoca en abordar mensajes claves y generar procesos de reflexión para el cambio de comportamientos.
   g. Utilización de la aplicación tecnológica como una herramienta de apoyo en el proceso de seguimiento y formación (material audiovisual) al trabajo con las familias. Esto facilita mantener actualizada la información sobre el proceso de COD y brindar seguimiento al trabajo de los ACC.

h. El compromiso y rol asumido por el equipo técnico, especialmente los ACC, para brindar la COD de forma consistente, apegada a lo propuesto en el protocolo de visita, y manteniendo la calidad en la sesión a pesar de la cantidad de sesiones que deben realizarse durante la semana (carga de trabajo). Además, lograr establecer relaciones de confianza, empatía y comunicación abierta con las familias.

i. Considerar las reuniones grupales comunitarias como espacio para profundizar en temáticas clave e involucrar a actores familiares y comunitarios que no se ha logrado incluir durante las sesiones de COD.

7. Adecuaciones sugeridas

La ejecución del proyecto al estar regida por condiciones estrictas, relacionadas con el estudio de la Universidad de Yale, dificultaron algunos aspectos especialmente en cuanto a la interacción y apoyo a la familia, y para mantener a algunas familias interesadas en el proceso. Sin embargo, se pudo validar la metodología e identificar algunas mejoras potenciales:

- **Metodología COD**

  - Se debe considerar un **abordaje diferenciado**, a nivel temático, para parejas o familias de adultos mayores quienes ya terminaron su vida reproductiva y su aporte será más de orientación a nivel familiar o comunitario.
  - La aplicación de las **preguntas sobre CAP** se convierte en un aspecto cansado y tedioso para las familias pues se repite en cada visita, aborda temas o prácticas que no se han abordado con las familias, y alarga el tiempo de visita. Estas pueden programarse con una periodicidad trimestral, o bien ser abordadas de forma gradual —conforme se vaya avanzando en el desarrollo de la temática—.
  - Para el **establecimiento de acuerdos** con las familias, en temas que no tiene aplicación inmediata, debe contarse con un listado de prácticas alternativas que refuercen el tema abordado durante la COD.

☐ Supervisión y monitoreo

- El **rol del supervisor** debe enfocarse en el acompañamiento capacitante y la asesoría metodológica a los ACC para asegurar la calidad en el abordaje de las visitas domiciliarias, y en el acercamiento o abordaje a las familias. Esto asegura la obtención de resultados y disminuir el riesgo de retiro del proceso por parte de familias atendidas.
- La **información generada por medio del proceso de monitoreo** debe estar disponible para el personal coordinador y técnico de tal forma que pueda ser utilizada para la toma de decisiones, y la mejora de la intervención.

☐ Modelo de implementación

- Considerar **espacios de intercambio y aprendizaje** a nivel técnico para facilitar el reforzamiento a nivel temático y metodológico. Esto mejorara la calidad en el desarrollo de la COD y el desarrollo de capacidades a nivel técnico.
- Incorporar acciones para **coordinación y trabajo con los centros de salud** como elemento referente para atención en temas claves para el proyecto.
- La metodología tendría mayor impacto si se **articula a otros procesos o proyectos** de desarrollo ejecutados por la organización. En este caso no se hizo por las condiciones estipuladas en el estudio al que responde.
- Para asegurar la calidad de la intervención, es necesario **dosificar la carga de trabajo** de los ACC. La frecuencia y repetición de las sesiones de COD pueden repercutir en bajar la profundidad en el abordaje del tema, la interacción y reflexión durante las COD, y la capitalización del material educativo validado.

Bibliografía

1) 2015. Propuesta técnica: “uso de las redes sociales para mejorar los resultados neonatales en zonas rurales de Honduras”. World Vision / ChildFund Honduras

2) 2017. INE. Informe día mundial de la población. Revisado en https://www.ine.gob.hn/images/Productos%20ine/Boletines/Boletines%202018/Boletin%20Dia%20Mundial%20de%20la%20Poblacion.pdf

3) 2016. Informe final de Investigación formativa cualitativa: creencias, conocimientos, actitudes y prácticas de salud materna y neonatal con población en cuatro municipios de Copán, Honduras. World Vision / Child Fund / Iniciativa Salud Mesoamericana

4) 2016. Plan de capacitación para ACC y supervisores de campo del proyecto REDES. World Vision Honduras / Iniciativa Salud Mesoamericana

5) 2017. Propuesta técnica de intervención proyecto REDES segunda fase. World Vision Honduras / Iniciativa Salud Mesoamericana

6) 2017. García, L. Guía de consulta para ACC y supervisores. World Vision Honduras / Iniciativa Salud Mesoamericana

7) 2017. Guía de visitas COD para ACC, supervisores y especialistas. World Vision Honduras/ Iniciativa Salud Mesoamericana

8) 2016 – 2018. Diversos informes técnicos sobre el desarrollo del proyecto REDES. World Vision Honduras / Iniciativa Salud Mesoamericana

Anexos

Anexo 1: Dictamen DICU - UNAH

Anexo 2: Protocolo de Sistematización de experiencias Proyecto Redes.

Anexo 1: Dictamen DICU - UNAH

UNAH
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA UNIVERSITARIA

DICU
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA UNIVERSITARIA

DICTAMEN N°004 – 2018

Proyecto: "Uso de las redes sociales para mejorar los resultados maternos, neonatales e infantiles en zonas rurales de Honduras"

Ejecutado por: Visión Mundial Honduras en el marco de la Iniciativa Salud Mesoamérica (SMI), Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Fecha: agosto de 2018.

I. VISTA

La solicitud de la Asociación Visión Mundial Honduras (Tegucigalpa, Honduras) con fecha 19 de octubre de 2018, a través de Lesbia María García, Coordinadora Proyecto "Uso de Redes Sociales / BID", en cuyo trámite se adjunta:

1.- Carta de presentación y solicitud.

2.- Carta de aval institucional.

3.- Protocolo e instrumentos de evaluación cualitativa.

4.- Protocolo e instrumentos de sistematización.

5.- CV de investigadora principal de la evaluación cualitativa.

6.- CV de investigadora principal de la sistematización.

DIRECCION DE INVESTIGACION CIENTIFICA - U. N. A. H.

La carta de presentación y solicitud contiene lo siguiente:

Por medio de la presente solicito la correspondiente revisión y aprobación del protocolo e instrumentos para evaluación cualitativa y sistematización del Proyecto "Uso de Redes Sociales para mejorar los resultados maternos neonatales en zonas rurales del Occidente de Honduras".

Y es firmada por **Ing. Jorge Isaúl Galeano Rosa**, Director Nacional Visión Mundial Honduras.

"La educación es la primera necesidad de la República"
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS CIUDAD UNIVERSITARIA, TEGUCIGALPA M.D.C.
www.unah.edu.hn

II. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA) 2011-2012, la mortalidad neonatal en Honduras asciende a 18 por cada 1.000 nacidos vivos. En el 2008, las muertes neonatales representaron el 51% de la cifra total de muertes en menores de cinco años; de este porcentaje, el 40% se atribuyó a partos prematuros y otro 40% a asfixias e infecciones. Alrededor del 10% de los recién nacidos hondureños registran bajo peso al nacer. Si bien se ha constatado que el 79% de los neonatos comenzaron a ser amamantados dentro de la primera hora de vida, sólo el 30% fue alimentado exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida. Por otra parte, el 57% de los partos se produjo en zonas rurales donde la atención perinatal puede ser insuficiente o insegura, puesto que apenas la mitad de ellos estuvo a cargo de parteras calificadas. (ENDESA, 2011/2012)

III. CONSIDERANDOS

CONSIDERANDO QUE:

Las interrogantes principales no son invasivas y/o lesivas a la persona humana, su privacidad, su dignidad y otros. Son preguntas de percepción a los beneficiarios sobre la calidad del proyecto: la calidad del servicio, la tecnología, aceptación del mensaje, referencia y contra referencia. Los protocolos y guía son totalmente respetuosos de la dignidad humana y el derecho humano a ser parte o no de los procesos planteados.

CONSIDERANDO QUE:

El Proyecto está correctamente justificado. Orientado a mejorar la salud no solamente de los niños sino de las comunidades de los municipios de intervención. También orientado al combate de la pobreza: una gran contribución a la vida en general de los mismos municipios.

CONSIDERANDO QUE:

La teoría es entendible y aplicable. De ahí que estamos frente a un tipo de intervención -sin duda- científica y apegada a los métodos de las ciencias de las redes, la medicina y ciencias del comportamiento. Se ponen en consideración tres modelos teóricos:

- **Modelo de Creencias de Salud: Un modelo de expectativas entre el valor que se le da a determinado objetivo y su probabilidad de ocurrencia.**
- La OPS al respecto considera que: 1) el comportamiento depende de si las personas consideran que son susceptibles a un problema de salud en particular; 2) consideran que se trata de un problema serio; 3) están convencidos de que el tratamiento o las actividades de prevención son eficaces, y 4) al mismo tiempo consideran que éstos no son costosos; y 5) reciben un incentivo para tomar medidas de salud.
- **Teoría del Comportamiento Planificado**, en la cual toman relevancia dos aspectos, uno es el hecho de la intención del cambio, y dos la importancia del control del comportamiento.
- **Escala multidimensional de la motivación** que plantea tres conceptos básicos: a) la motivación. b) la motivación extrínseca. c) la motivación intrínseca.

CONSIDERANDO QUE:

La intervención es compatible con los principios que rigen la actividad investigadora:

Protección de las personas

En la que pretende probar soluciones innovadoras y efectivas, fácil de implementar, mejorar y modificar sin mayor esfuerzo y costo, para llevar intervenciones de salud de alta calidad a poblaciones pobres.

Rigor científico: validez, fiabilidad y credibilidad de sus métodos

La intervención del proyecto se desarrolló en el período de noviembre 2015 a agosto del 2018, en 154 comunidades y con una participación inicial de 3,634 familias beneficiarias. La cobertura geográfica fue de cuatro municipios del departamento de Copán: Copán Ruinas, Santa Rita, San Jerónimo y Cabañas, que conforman la mancomunidad conocida como MANCORSARIC.

Divulgación de la investigación

La divulgación es clave para este Proyecto. Así se expresa en el razonamiento del mismo: "...para evaluar el uso de las redes sociales y su influencia en la adopción, difusión y el reforzamiento de las normativas de comportamientos a nivel grupal y actitudes fundamentales en relación con la salud neonatal e infantil en las zonas rurales".

UNAH
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA UNIVERSITARIA

DICU
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA UNIVERSITARIA

CONSIDERANDO QUE

La intervención respeta determinadas normas de investigación:

Responsabilidad

Se tuvo en cuenta el contexto de violencia en el país, de manera tal de no poner en riesgo ni a los ejecutores ni a las comunidades. Ello se identifica en la siguiente declaración en el Proyecto "La región presenta altos índices de actos ilícitos que ocasionan actos de violencia como robos, tiroteos y homicidios; situación que dificulta el acceso a algunas comunidades, en las cuales, para ingresar, se debe pedir autorización a los jefes de dichos grupos".

Formación de investigadores

En este contexto, VMH suscribió un contrato con el BID para la implementación de una estrategia educativa enfocada en promover cambios de comportamientos de salud materna, neonatal e infantil, mediante la Consejería Oportuna y Dirigida (COD) y la realización de Reuniones Grupales Comunitarias (RGC).

Aplicación del conocimiento en asuntos de trascendencia

El Proyecto aborda 15 temáticas agrupadas en tres grupos de interés:

a) en relación a salud materna: Cuidados durante el embarazo y control prenatal antes de los tres meses, Plan de parto y emergencias; Importancia del parto institucional; Importancia de la planificación familiar; Cuidados de la mujer después del parto, Señales de peligro en la puérpera y el recién nacido; b) en relación al cuidado de la niñez: Cuidados del recién nacido, Cuidados de niños y niñas de 1 a 6 meses; Señales de peligro de infecciones respiratorias agudas (IRA) y enfermedades diarreicas agudas (EDA) en menores de cinco años; c) en salud reproductiva: Plan de vida reproductivo, Importancia de tomar ácido fólico, Importancia de la prevención de embarazos antes de los 18 años; Autoestima, valores y metas de vida, Prevención de violencia de género y Medidas de prevención contra el zika, dengue y chicungunya.

Compartir conocimiento

El Proyecto se puede catalogar como relevante y de gran aprendizaje en tres sentidos:

1. En el nivel tecnológico: Las entrevistas se transcribirán usando el programa voice files que es un dictáfono digital. También, se utiliza CommCare que es una plataforma móvil y de gran adaptabilidad y versatilidad.
2. En el nivel de innovación comunitaria: El Proyecto Redes es una iniciativa comunitaria innovadora que ha empleado una estrategia de comunicación para desarrollar un modelo educativo basado en la ciencia de las redes sociales para alcanzar un cambio de comportamiento a escala con el fin de mejorar el estado de salud materna, neonatal e infantil de la familia. Este modelo se apoyó en la visita domiciliar y la consejería oportuna y dirigida (COD) para desarrollar el proceso educativo interpersonal y familiar lo que incrementó el conocimiento, comprensión, aceptación, promoción y reforzamiento de nuevos comportamientos. Este tipo de intervención y su modelo educativo no tiene precedente en Honduras, tanto en instituciones como en organizaciones que implementan iniciativas para el abordaje de la salud. Es una intervención única y conocer cómo ha favorecido la adopción de nuevos comportamientos de salud en los individuos y la familia, es razón para evaluarla.
3. En el nivel de intercambio de conocimiento: Por otro lado, a la luz del estudio que desarrolla la Universidad Yale, sobre el uso de las redes sociales en la intervención comunitaria, esta evaluación podría proporcionar insumos valiosos, o bien para otros estudios de interés de las organizaciones implementadoras o instituciones del país.

Trabajo en equipo

En el Proyecto confluyen varias instancias nacionales e internacionales de gran relevancia en el campo del desarrollo humano sostenible:

La mancomunidad MANCORSARIC y sus municipios miembros: Copán Ruinas, Santa Rita, San Jerónimo y Cabañas, que conforman la mancomunidad conocida como MANCORSARIC.

El proyecto Redes se ejecutó en el marco de la Iniciativa de Salud Mesoamérica (ISM) del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Participación de la Universidad de Yale.

UNAH
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA UNIVERSITARIA

DICU
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA UNIVERSITARIA

También ChildFund, con la finalidad de contribuir al mejoramiento de la salud materna, neonatal e infantil, desarrollando una intervención comunitaria orientada a lograr cambios en los conocimientos, las actitudes y los comportamientos de riesgo, a través de metodologías educativas innovadoras.

CONSIDERANDO QUE:

El Proyecto ***se apega a buenas prácticas de la ética de la investigación***, tales como tener en cuenta la idiosincrasia y cosmovisión cultural, el consentimiento informado, la confidencialidad, devolución de resultados y difusión del proyecto. A continuación, un detalle textual de una revisión exhaustiva del Proyecto en cada uno de los aspectos antes mencionados:

Idiosincracia y cosmovisión cultural

"La mayor parte de la población del MANCORSARIC es de origen Maya y Chortí, con costumbres tradicionales muy arraigadas, así como desconfianza en las intervenciones propuestas por organizaciones gubernamentales y no gubernamentales". En consecuencia la Fase I del proyecto se ejecutó de la siguiente manera: "Esta fue una fase de diseño de la metodología de intervención, estrategia de comunicación, plan de M&E y el sistema de información e indicadores; por esto se realizó al inicio, una investigación formativa, con el fin de conocer las creencias, actitudes, conocimientos y prácticas de las familias, relacionados a la situación de la salud materna, neonatal e infantil con la que se logró identificar 15 temas sobre la problemática de salud". "Con la intervención se proporcionó a las personas y las familias, información para la toma de decisiones en el cuidado de su salud, es decir, no se pretendió diseminar la información, sino conducir un proceso para favorecer la adopción gradual de nuevos comportamientos.

Confidencialidad

"Se asegurará la privacidad, sobre todo en la realización de entrevistas y la confidencialidad de la información recabada. Esta información será resguardada con sigilo y utilizada únicamente para los fines de la investigación; por lo tanto, no será compartida con personas ajenas a la investigación".

"La educación es la primera necesidad de la República"
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS CIUDAD UNIVERSITARIA, TEGUCIGALPA M.D.C.
www.unah.edu.hn

UNAH
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
CIENTÍFICA UNIVERSITARIA

DICU
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
CIENTÍFICA UNIVERSITARIA

Devolución de resultados

"Los resultados obtenidos del proceso evaluativo serán devueltos al personal técnico y población beneficiada, con el fin de validarlos y para obtener algunos insumos que no se hayan abordado en la fase de recolección de datos". "Concluida esta fase de retroalimentación se preparará el informe final, el cual sería diseminado según los actores o instituciones involucradas".

Difusión

Se hará una difusión de los resultados sin distorsiones: "La estrategia de comunicación estuvo enfocada en el cambio de comportamiento promovido por medio de las visitas domiciliares para educación interpersonal y familiar".

FINALMENTE se transcribe completo el compromiso del Proyecto en relación al ***Consentimiento Informado:***

Se solicitará consentimiento informado para asegurar que las personas participen de forma voluntaria e informada y de esta manera respetar uno de los principios fundamentales de la bioética: la autonomía. Se explicará en qué consistirá su participación, ya sea en los grupos de enfoque, entrevistas a profundidad, y demás técnicas y procedimientos definidos para la recolección de datos. En el caso que cualquier participante desee retirarse sin haber finalizado una sesión, no se le impedirá de ninguna forma, ni se utilizarán métodos coercitivos o de persuasión directa o indirecta para evitar su retirada.

En ningún procedimiento o técnica de recolección de datos, se pondrá en riesgo la integridad física o mental de los participantes, respetando así el principio de no maleficencia. En el caso de surgir alguna situación de alteración emocional en el abordaje de determinada temática, se asegurará la atención psico-social de la persona que así lo desea, brindándosele una atención de acuerdo con los más elevados estándares establecidos en el país y de esta forma se considerará el principio de beneficencia.

Se solicitará consentimiento para grabar audio y tomar fotografías de participantes durante las actividades de investigación. Se respetará si alguien no desea ser fotografiado.

En caso de que se requiera hacer entrevista individual a adolescentes, se solicitará permiso a sus padres/madres o tutores para la autorización de participación. Durante la entrevista, ningún miembro del equipo investigador permanecerá a solas en ningún momento con él o la adolescente.

UNAH
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA UNIVERSITARIA

DICU
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA UNIVERSITARIA

IV. DICTAMEN

El Manual de Ética de la Investigación de la UNAH estipula que el Comité de Ética de la Investigación de la UNAH, para efectos administrativos, dependerá de la Dirección de Investigación Científica Universitaria y para efectos de funcionamiento del Consejo General de Investigación. Dado que en este momento no está conformado el respectivo Comité de Ética de la Investigación, le corresponde a la Dirección de Investigación Científica Universitaria resolver directamente sobre cualquier asunto de ética de la investigación, en este caso, no como una opinión solicitada por el Consejo General de Investigación, sino como un servicio a una institución externa, caso que también lo estipula el Manual de Ética. Dicho servicio, en este caso, se ejerce de manera gratuita y queda registrado como una manera de la UNAH de contribuir a la transformación nacional y de acuerpar la labor investigativa que realizan otros entes nacionales e internacionales. Este todavía es un servicio que en la UNAH va en proceso de regularización y se espera que se llegue a establecer a través del Comité de Ética de la Investigación de la UNAH y de Comité especializados (por Facultad) y/o asesores certificados en cada campo de las ciencias.

Cabe anotar lo que mandata el artículo 160 de la Constitución de la República para la UNAH: "La Universidad Nacional Autónoma de Honduras es una Institución Autónoma del Estado, con personalidad jurídica, goza de la exclusividad de organizar, dirigir y desarrollar la educación superior y profesional. Contribuirá a la investigación científica, humanística y tecnológica, a la difusión general de la cultura y al estudio de los problemas nacionales. Deberá programar su participación en la transformación de la sociedad hondureña".

Así, la Dirección de Investigación Científica como la instancia de gestión general de la investigación de la UNAH, lo que incluye: planificación, dirección, revisión, registro, seguimiento, evaluación, acreditación y certificación de la investigación científica y tecnológica. (Arto. 25 del Reglamento de Investigación)

Y con base a funciones específicas relacionadas con este dictamen (Arto. 28):

c) Registrar, monitorear, evaluar y acreditar las diversas actividades de investigación científica.

h) Realizar la evaluación técnica de los proyectos de investigación científica que se presentan para revisión, evaluación y decisión.

UNAH
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA UNIVERSITARIA

DICU
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA UNIVERSITARIA

u) Elaborar, gestionar la aprobación o revisión, y asegurar la aplicación de un Reglamento de Ética del Investigador a fin de salvaguardar la dignidad, derechos, seguridad y bienestar de los participantes directos e indirectos en los procesos investigativos.

En consecuencia, la Dirección de Investigación Científica dictamina por:

1.- Aprobado el Protocolo de Evaluación Final del Proyecto **"Uso de las redes sociales para mejorar los resultados maternos, neonatales e infantiles en zonas rurales de Honduras"**, con todo y sus guías:

Guía 1: protocolo de grupo de enfoque

Guía 2: protocolo de entrevista

Guía 3: protocolo de grupo de enfoque

Guía 4: protocolo de taller

Guía 5: protocolo de entrevista

Tabla de congruencia

Así como también da por aprobado el Protocolo de Sistematización del Proyecto, orientado específicamente a la reconstrucción del proceso de implementación de la metodología Consejería Oportuna y Dirigida desde la perspectiva de las familias participantes y el personal del Proyecto Redes, donde se ponen a prueba los siguientes criterios de sistematización: a) **participación,** b) **significación,** c) **articulación,** d) **globalidad,** e) **historicidad. También incluye a sus respectivas guías.**

2. También, a este dictamen se adjunta la siguiente documentación:

1.- Carta de presentación y solicitud.

2.- Carta de aval institucional.

3.- Protocolo e instrumentos de evaluación cualitativa.

4.- Protocolo e instrumentos de sistematización.

5.- CV de investigadora principal de la evaluación cualitativa.

6.- CV de investigadora principal de la sistematización.

UNAH
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA UNIVERSITARIA

DICU
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA UNIVERSITARIA

La Dirección de Investigación Científica ha tenido a la vista el presupuesto de la sistematización del proyecto y el formato sobre consentimiento informado. Tales documentos están bien definidos y no se observa ningún riesgo para las comunidades de intervención.

2. Solicita a Visión Mundial, en la medida de lo posible, conocer los resultados finales de la investigación. A futuro, pone a la orden a nuestros investigadores para la realización de intercambios académicos y hasta la realización de investigaciones conjuntas.

Dado en Ciudad Universitaria, a los veinticuatro (24) días del mes de octubre de dos mil dieciocho.

Santiago J. Ruiz Ph.D.
Director a.i.
Dirección de Investigación Científica Universitaria, UNAH

"La educación es la primera necesidad de la República"
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS CIUDAD UNIVERSITARIA, TEGUCIGALPA M.D.C.
www.unah.edu.hn

Anexo 2: Protocolo de Sistematización de experiencias Proyecto Redes.

Asociación Visión Mundial Honduras
Tegucigalpa Honduras

PROTOCOLO DE SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS

Proyecto “Uso de las redes sociales para mejorar los resultados maternos, neonatales e infantiles en zonas rurales de Honduras”

Ejecutado por Visión Mundial Honduras en el marco de la Iniciativa Salud Mesoamérica (SMI) Banco Interamericano de Desarrollo (BID)

Agosto, 2018

TABLA DE CONTENIDO

Contenido

Siglas / Acrónimos 1
I. Tema de estudio 2
II. Introducción 3
III. Antecedentes y contexto 4
IV. Justificación 7
V. Pregunta, objetivo, objeto y ejes de sistematización 8
VI. Marco teórico- referencial 10
VII. Metodología 13
VIII. Bibliografía 19
IX. Anexos 20

Siglas / Acrónimos

ACC	Agentes de Cambios de Comportamientos
VMH	Visión Mundial Honduras
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
COD	Consejería Oportuna y Dirigida
EDAs	Enfermedades diarreicas agudas
IRAs	Infecciones Respiratorias Agudas
ISM	Iniciativa Salud Mesoamérica
MANCORSARIC	Mancomunidad de Municipios de Copán Ruinas, Santa Rita, San Jerónimo y Cabañas
Redes	Uso de Redes Sociales para Mejorar Resultados Neonatales, Infantiles y Maternos en Zonas Rurales”
SESAL	Secretaría de Salud de Honduras
UC-SMI	Unidad Coordinadora – Iniciativa para la Salud de Mesoamérica
YINS	Yale Institute of Network Science

I. Tema de estudio

Reconstrucción del proceso de implementación de la metodología Consejería Oportuna y Dirigida desde la perspectiva de las familias participantes y el personal del Proyecto Redes.

II. Introducción

El proyecto “Uso de redes sociales para mejorar resultados maternos, neonatales e infantiles en zonas rurales”, fue implementado por la Asociación Visión Mundial Honduras (VMH) en consorcio con ChildFund, con la finalidad de contribuir al mejoramiento de la salud materna, neonatal e infantil, desarrollando una intervención comunitaria orientada a lograr cambios en los conocimientos, las actitudes y los comportamientos de riesgo, a través de metodologías educativas innovadoras.

El proyecto Redes se ejecutó en el marco de la Iniciativa de Salud Mesoamérica (ISM) del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), en la que pretende probar soluciones innovadoras y efectivas, fácil de implementar, mejorar y modificar sin mayor esfuerzo y costo, para llevar intervenciones de salud de alta calidad a poblaciones pobres. La intervención comunitaria del proyecto Redes forma parte del estudio impulsado por ISM/BID, el cual es desarrollado por la Universidad de Yale, para evaluar el uso de las redes sociales y su influencia en la adopción, difusión y el reforzamiento de las normativas de comportamientos a nivel grupal y actitudes fundamentales en relación con la salud neonatal e infantil en las zonas rurales.

En este contexto, VMH suscribió un contrato con el BID para la implementación de una estrategia educativa enfocada en promover cambios de comportamientos de salud materna, neonatal e infantil, mediante la Consejería Oportuna y Dirigida (COD) y la realización de Reuniones Grupales Comunitarias (RGC). La intervención del proyecto se desarrolló en el período de noviembre 2015 a agosto del 2018, en 154 comunidades y con una participación inicial de 3,634 familias beneficiarias. La cobertura geográfica fue de cuatro municipios del departamento de Copán: Copán Ruinas, Santa Rita, San Jerónimo y Cabañas, que conforman la mancomunidad conocida como MANCORSARIC.

III. Antecedentes y contexto

Visión Mundial Honduras, implementó el Proyecto "Uso de redes sociales para mejorar resultados maternos, neonatales e infantiles en zonas rurales" en los municipios de Copán Ruinas, Santa Rita, San Jerónimo y Cabañas (MANCORSARIC), del departamento de Copán, ubicado en la región noroccidental del país; la que se caracteriza por ser una región: Semi-rural, montañosa, con comunidades dispersas, difícil acceso y limitados servicios de transportes. La mayor parte de la población del MANCORSARIC es de origen Maya y Chortí, con costumbres tradicionales muy arraigadas, así como desconfianza en las intervenciones propuestas por organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.

El proyecto Redes inició su intervención en 154 comunidades distribuidas en los cuatro municipios y un total de 3,634 familias seleccionadas del departamento de Copán. Aproximadamente, en cada aldea viven un aproximado de 53 familias de las cuales 12, tienen a un recién nacido entre sus miembros. La región presenta altos índices de actos ilícitos que ocasionan actos de violencia como robos, tiroteos y homicidios; situación que dificulta el acceso a algunas comunidades, en las cuales, para ingresar, se debe pedir autorización a los jefes de dichos grupos. (VMH, 2015)

Beneficiados proyecto Redes por municipio

Municipio	# de comunidades	# de hogares
Cabañas	25	671
Copan Ruinas	68	1452
San Jerónimo	11	262
Santa Rita	50	1245
Gran Total	**154**	**3630**

SITUACION DE SALUD

La región de MANCORSARIC agrupa a los municipios más pobres del departamento, el 87.3% de los hogares que integran la mancomunidad son pobres. De esta población el 75.8% se encuentra en condiciones de pobreza extrema y el 11.6% en pobreza relativa. Los municipios con mayor pobreza son: Cabañas con el 100% y Copán Ruinas con el 88.7%, respectivamente. (SEDIS, 2013)

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA) 2011-2012, la mortalidad neonatal en Honduras asciende a 18 por cada 1.000 nacidos vivos. En el 2008, las muertes neonatales representaron el 51% de la cifra total de muertes en menores de cinco años; de este porcentaje, el 40% se atribuyó a partos prematuros y otro 40% a asfixias e infecciones. Alrededor del 10% de los recién nacidos hondureños registran bajo peso al nacer. Si bien se ha constatado que el 79% de los neonatos comenzaron a ser amamantados dentro de la primera hora de vida, sólo el 30% fue alimentado exclusivamente con leche materna

durante los primeros seis meses de vida. Por otra parte, el 57% de los partos se produjo en zonas rurales donde la atención perinatal puede ser insuficiente o insegura, puesto que apenas la mitad de ellos estuvo a cargo de parteras calificadas. (ENDESA, 2011/2012)

Según datos de MANCORSARIC, gestor del sistema descentralizado del sector salud en la zona del proyecto, los indicadores de salud persisten con cifras elevadas, la mortalidad neonatal e infantil al igual que los indicadores de captación temprana de embarazadas, control prenatal, neonatal y puerperal y la atención del parto institucional no se encuentran al nivel de las metas esperadas por la Secretaría de Salud (SESAL). Para el primer semestre del año 2016, se registraron 30 muertes en menores de cuatro años, de las cuales 9 corresponden a neonatos en los primeros siete días, 4 en neonatos de 8 a 28 días, 10 en post neonatos y 7 en niños de 1 a 4 años. En comparación con el primer semestre del año 2015, el número total de muertes ha disminuido en 5, pero se evidencia un aumento de 3 muertes en neonatos de 0 a 7 días.

DESCRIPCION DEL PROYECTO

El Proyecto Redes se implementó en dos fases: la **Fase I**, se ejecutó en el periodo de noviembre del 2015 a abril del 2017, en asocio Visión Mundial con ChildFund. Esta fue una fase de diseño de la metodología de intervención, estrategia de comunicación, plan de M&E y el sistema de información e indicadores; por esto se realizó al inicio, una investigación formativa, con el fin de conocer las creencias, actitudes, conocimientos y prácticas de las familias, relacionados a la situación de la salud materna, neonatal e infantil con la que se logró identificar 15 temas sobre la problemática de salud.

Con estos insumos se concretó el paquete educativo de intervención con las familias para el cambio de comportamiento y para su abordaje se diseñaron materiales y piezas comunicacionales que fueron validadas y posteriormente aprobadas por especialistas de la SESAL. El paquete educativo se implementó a través de la visita domiciliar utilizando la metodología COD, la cual fue piloteada para su diseño definitivo, junto a los instrumentos, herramientas y materiales de comunicación. En esta primera fase, con las familias de la lista original entregada por Yale, se realizó la visita 0 y las primeras 5 visitas COD, a través de 52 Agentes de Cambios de Comportamientos (ACC) y un equipo de 5 Supervisores de campo. La estrategia de comunicación estuvo enfocada en el cambio de comportamiento promovido por medio de las visitas domiciliares para educación interpersonal y familiar.

La **Fase II** del proyecto se desarrolló de mayo de 2017 a septiembre del 2018, solo VMH como ejecutor. En esta fase se continuó la intervención con la metodología COD y se

desarrollaron las Reuniones Grupales Comunitarias (RGC). Los esfuerzos se centraron en el desarrollo creativo de la estrategia educativa, en la cual los ACC jugaron un rol importante, al igual que Supervisores de campo y el equipo técnico del proyecto para lograr concluir operativamente el ciclo de las 21 visitas COD a las familias.

Con la intervención se proporcionó a las personas y las familias, información para la toma de decisiones en el cuidado de su salud, es decir, no se pretendió diseminar la información, sino conducir un proceso para favorecer la adopción gradual de nuevos comportamientos.

La estrategia educativa aplicada mediante la COD contiene 15 temas, que se concreta en una visita domiciliaria a cada una de las familias participantes, una vez al mes, realizando un ciclo de 21 visitas en total durante la intervención comunitaria. Para las visitas domiciliarias, se contrató y capacitó a 52 hombres y mujeres, que se desempeñaron como ACC. Cada uno de estos agentes atendió en promedio de 50 a 55 familias. Para potenciar su eficiencia, se organizaron en cinco grupos entre 10 y 12, dirigidos por un supervisor de campo. Es importante destacar que todas las actividades que realiza el ACC con la familia se registraron en una aplicación especial del programa educativo, cargada en una tableta. Con fines de monitoreo y evaluación, cada ACC, reporta diariamente el número de visitas realizadas, los problemas enfrentados y remite los datos desde su tableta al servidor para alimentar el sistema de información.

Metodología de monitoreo y evaluación

La metodología de monitoreo se realizó de acuerdo con el Plan de Monitoreo y Supervisión previsto desde la fase I. Se diseñó una aplicación digital denominada CommCare, que fue la herramienta informática utilizada para el levantamiento, procesamiento de datos y la generación de reportes.

CommCare es una plataforma móvil de código abierto diseñada para recolectar datos, cuenta con dos componentes principales: la aplicación móvil y CommCare HQ. La aplicación móvil es utilizada por el equipo de ACC y supervisores de campo para recolectar datos e información en la visita y el desarrollo de la COD con las familias; funcionando adicionalmente como una herramienta educativa que incluye audio, imagen y mensajes de video. La aplicación es compatible con teléfonos móviles Android y tabletas.

Los datos enviados desde la aplicación móvil de CommCare se almacenan en CommCare HQ, desde aquí se generan reportes según los periodos establecidos o de acuerdo con la información requerida. La aplicación cuenta con 9 módulos, a su vez cada módulo cuenta con los formularios que contienen el detalle de la información a recolectar.

IV. Justificación

El Proyecto Redes es una iniciativa comunitaria innovadora que ha empleado una estrategia de comunicación para desarrollar un modelo educativo basado en la ciencia de las redes sociales para alcanzar un cambio de comportamiento a escala, con el fin de mejorar el estado de salud materna, neonatal e infantil de la familia. Este modelo se apoyó en la visita domiciliar y la consejería oportuna y dirigida (COD) para desarrollar el proceso educativo interpersonal y familiar lo que incrementó el conocimiento, comprensión, aceptación, promoción y reforzamiento de nuevos comportamientos. Este tipo de intervención y su modelo educativo no tiene precedente en Honduras, tanto en instituciones como en organizaciones que implementan iniciativas para el abordaje de la salud. Es una intervención única y el proceso de reflexión de la sistematización ayudará a realizar los ajustes necesarios para proveer a otros actores sociales una metodología más eficiente en el cambio de comportamientos relacionados a la salud materna, neonatal e infantil.

Por otro lado, a la luz del estudio que desarrolla la Universidad Yale, sobre el uso de las redes sociales en la intervención comunitaria, la reflexión sobre el proceso de implementación proporcionará insumos valiosos, entre ellos: el análisis del proceso metodológico empleado por el Proyecto Redes y sus aprendizajes.

V. Pregunta, objetivo, objeto y ejes de sistematización

Tomando en cuenta que según Christian Luders y Jo Reichertz, citados por Ralf Bohnsack, Nicolle Pfaff en su libro: Qualitative Analysis and Documentary Method in International Educational Research, (Bohn & Pfaff, 2010) refieren que una tipología de la investigación cualitativa es la que se utiliza cuando los investigadores quieren "reconstruir estructuras profundas que generan interpretaciones o acciones", reconociendo en esta a la sistematización de experiencias; es así que la reflexión sobre la experiencia del Proyecto Redes implica la generación de aprendizaje, en este sentido, la sistematización se presenta como una oportunidad para readecuar la metodología y tomar de la experiencia, todo aquello que signifique aprendizaje para mejorar la implementación del modelo de intervención que ha ejecutado el Proyecto. La pregunta orientadora de este estudio es:

> ¿Qué cambios se deben realizar en la metodología COD a partir de la experiencia del Proyecto Redes para proveer a otros actores sociales una metodología que contribuya a generar en las familias cambios de comportamiento relacionados con la salud materna, neonatal e infantil?

Esta pregunta genera el objetivo:

> Rescatar la experiencia acumulada por el Proyecto "REDES" en la implementación de la metodología COD para promover cambio de comportamientos de salud materna, neonatal e infantil, identificando sus características, elementos que favorecieron su éxito, limitantes, lecciones aprendidas y sus desafíos.

En la tipología de la sistematización, se retoma la definición del objeto de estudio, que describe el hecho social que será sometido a "la reconstrucción" y con ello, a un proceso de análisis. En este estudio, el objeto de sistematización es:

> La implementación de la metodología COD, sus adecuaciones y la innovación tecnológica para generar cambios de comportamiento.

Los ejes de sistematización exponen la parte central sobre la que se hace la reconstrucción, estos son:

> Eje 1. Diseño de la metodología de intervención: rescatar el proceso de elaboración de la estrategia de comunicación y la identificación de los instrumentos de comunicación para el cambio de comportamiento.
>
> Eje 2. Desarrollo de la COD, comprende: rescatar el proceso de la visita domiciliar que se visualiza en tres partes: a) presentación y recolección de datos generales de la

familia; b) el paso a paso de la COD que inicia con el desarrollo del tema que promueve el cambio de comportamiento y c) la negociación de acuerdos de cambio de comportamiento, reforzamiento de mensajes y fecha de la próxima visita. Así como las adecuaciones que se realizan al diseño original.

Eje 3. Innovación tecnológica utilizada para el desarrollo de la COD en las visitas domiciliares, comprende la capacidad de ACC de manejar adecuadamente la tecnología, y cómo le facilitaba su trabajo con las familias. Incluye además el funcionamiento operativo de tecnología [registro y sincronización de la información que se recolecta durante la visita], dificultades enfrentadas en el uso de la aplicación y adecuaciones o ajustes.

VI. Marco teórico- referencial

Este proceso de sistematización se enmarca en la tipología de estudios cualitativos denominados "acción-reflexión- acción", cumple con los parámetros que definen esta modalidad, entre ellos: la importancia del contexto en que se llevó a cabo la experiencia, reflejan representaciones sociales adecuadas al ámbito de ejecución del territorio, contribuirá a diseñar nuevas acciones que pueden aplicar a espacios con las mismas condiciones y finalmente, el resultado aportará beneficios a la población. (Roberto Hernandez, Carlos Fernandez, Pilar Baptista, 2006)

Entre el conjunto de teorías que orientarán el estudio, la teoría general es el modelo definido por el educador popular y sociólogo Oscar Jara, que en 1994 aportó una propuesta teórica, conceptual, metodológica y operativa que hace viable la sistematización, enfocada en la generación de aprendizaje, (Jara, 1983). Esta selección se debe a que es la tipología más apropiada para desarrollar procesos de acción – reflexión- acción, y se aplica en procesos de aprendizaje retrospectivo, es decir, procesos que ya han finalizado, para identificar los aprendizajes metodológicos. Esto significa que la sistematización se centrará en gestionar el conocimiento que surge de la experiencia, mediante un proceso de reflexión participativo en donde se involucran las familias beneficiarias del Proyecto Redes y su personal. La idea es mejorar en el futuro cercano los aciertos que han ocurrido en la ejecución del Proyecto y sobre todo en comprender los errores cometidos. Como ya se ha expresado, la sistematización se centrará en la metodología llamada COD, que en la práctica es una estrategia educativa que se desarrolló con las familias.

Oscar jara propone cinco principios básicos de la sistematización, los cuales se cumplen al determinar el objeto y ejes de sistematización: a) **participación** establece que deben intervenir en el proceso todos las principales personas protagonistas de la experiencia; b) **significación** determina que solamente se sistematiza aquellos aspectos que tienen real significado para la satisfacción de las necesidades e intereses manifiestos de los actores del proyecto; c) ar**ticulación** se refiere a que los instrumentos y técnicas deben permitir analizar la realidad, mostrando las interrelaciones dadas a lo interno del proyecto; d) g**lobalidad** permite un equilibrio entre los elementos que permiten la generalización y por tanto la replicabilidad de la experiencia sistematizada; e) **historicidad** es tomar en cuenta sus antecedentes, la situación presente y futura.

De igual manera, las **teorías sustantivas** que se han seleccionado integran un conjunto de postulados, que, en principio, favorecen la comprensión de la acción social en salud, ejecutada por el Programa y se identifican como teorías de cambio de comportamiento. En general, hay

dos tipologías: las que se centran en las causas de la conducta y las que enfatizan el cambio individual de la conducta, esto significa que ambos enfoques son necesarios para este estudio.

Tomando en cuenta que el Proyecto Redes, ha diseñado la intervención social, una **de las teorías sustantivas** es la que se denomina **Teoría del Comportamiento Planificado**, en la cual toman relevancia dos aspectos, uno es el hecho de la intención del cambio, y dos la importancia del control del comportamiento; este último está determinado por los factores no voluntarios. Esto implica que en los comportamientos se mueven de un punto en el cual hay control, hasta la falta de control de este.

Este modelo clarifica la importancia de tener en cuenta las barreras, reales o percibidas, que eventualmente afectan el control percibido del comportamiento. El control percibido, son aquellas percepciones de la posibilidad de realizar el comportamiento; por lo tanto, entre más recursos y oportunidades crea la persona tener, menos obstáculos tendrá y de esta manera tendrá un mayor control. (Ajzen y Madden, 1986)

Finalmente, para comprender las motivaciones a favor y en contra de los cambios de comportamiento, se utilizará la segunda **teoría** sustantiva llamada **Escala multidimensional de la motivación** que plantea tres conceptos básico: a) la Amotivación: que es ausencia de motivación, la persona no está interesada en un comportamiento; b) la motivación extrínseca: es cuando las personas realizan un comportamiento por contingencias externas como premios, recompensas, reconocimiento, afirmando que el comportamiento se mantendrá en la medida en que estas contingencias estén presentes y c) la motivación intrínseca: es cuando las personas realizan un comportamiento por factores internos, de esta manera independiente a lo que pase con el exterior o las contingencias externas, las personas mantendrán su comportamiento.

La teoría bosqueja que el ideal es lograr una motivación intrínseca, ya que con esta se puede asegurar la permanencia del comportamiento, sin embargo, muchas veces, sobre todo en la adquisición o cesación de hábitos, esto se comporta como un continuo; es decir, las personas pasan de la amotivación a una motivación extrínseca; y posteriormente, si logra los procesos de cambio, llega a obtener una motivación intrínseca (LI, 1999, Citado por Noreña., s.f.)

Marco de referencia de la implementación de la metodología COD

En la ejecución del Proyecto REDES, la acción que promueve el cambio de comportamiento es la metodología COD, mediante la visita domiciliar que hace el ACC a la familia en el ámbito de la vivienda familiar. Según lo que considera la metodología, la visita COD retoma cuatro elementos comunicacionales que se determinan como clave: a) interacción con la familia; b) el diálogo con los miembros de la familia utilizando historias que representan

diversas situaciones positivas y negativas; c) generar un espacio de reflexión a partir de las historias y el entorno familiar y d) la negociación de propuestas de práctica de nuevos comportamientos.

Desde el punto de vista del aprendizaje, se reconoce que las personas adultas necesitan participar activamente en su propio proceso de aprendizaje, basándose en lo que ya saben, e incorporando nueva información e ideas a marcos mentales existentes. Por eso, se diseñó en la fase I, una metodología de visita COD que incorpora actividades de entretenimiento educativo y lúdico, lo que facilita la participación de la familia y además propicia un ambiente de interés y motivación que caracteriza a la metodología como atractiva y participativa.

Para generar el proceso de diálogo, reflexión, negociación y practicar un comportamiento, la COD se realiza de acuerdo con sus componentes comunicacionales:

a) **Interacción con la familia**, al inicio de la visita, luego de aplicar el protocolo de la visita y solicitar información general de la familia, la sesión de consejería COD inicia reuniendo a todos los miembros de la familia que están presentes, mientras la familia se organiza y se acomoda, se coloca una canción cuyo contenido de salud tiene relación con el tema. El objetivo es introducir los tópicos que se trataran en la visita, al finalizar la canción se comenta su contenido y seguidamente se presenta una "bomba o rima" que deben repetir juntos para familiarizarse con el tema a tratar durante la visita.

b) **El diálogo con los miembros de la familia utilizando historias que representan diversas situaciones positivas y negativas,** es mediante las historias que se narran a la familia de forma oral y por medio de audio visual, se utiliza una guía de preguntas para establecer el diálogo y la reflexión sobre las situaciones de salud que se presentan en las historias. Las historias abordan los 15 temas de salud que contienen "historias con situaciones problemas" e "historias que presentan situaciones de salud positiva".

c) **Generar un espacio de reflexión a partir de las historias y el entorno familiar, la metodología aborda primero la "historia** del problema", y después la "historia positiva", se analiza cada situación en la historia mediante preguntas que van llevando a la familia a la reflexión y facilitando la negociación de compromisos y/o acuerdos para practicar un comportamiento necesario.

d) **La negociación de propuestas de práctica de nuevos comportamientos,** luego de desarrollar la guía de preguntas de ambas historias, se profundiza en el diálogo propiciando la reflexión. Se da la pauta para que la familia considere la adopción de nuevas prácticas beneficiosas para la salud y que identifique algunas barreras que obstaculizan la adopción y busquen posibles ideas para la solución. Una vez acordado el comportamiento a practicar, se refuerzan los mensajes y se reafirman los acuerdos que la familia acepta cumplir.

Cada uno de los elementos comunicacionales cuenta con material didáctico y herramientas, que están incluidas en la aplicación digital CommCare.

La meta teoría y las teorías sustantivas, así como el marco referencial de la visita COD descritas, contribuirán a reflexionar sobre los cambios se deben realizar en la metodología COD a partir de la experiencia del Proyecto Redes. Metodología

Muestreo teórico

Considerando que el objetivo del muestreo teórico es encontrar información relevante para la valoración del Proyecto Redes y que su aplicación tiene un carácter procesal; ante esta característica no se delimita un número de informantes que serán abordados, sino que en la medida que aparecen categorías es posible valorar nuevos informantes que complementen el análisis del estudio. Es decir, la recolección de datos se detendrá al alcanzar la saturación teórica. Bajo esta lógica, basándose en la propuesta de Sampieri y otros autores (Roberto Hernandez, Carlos Fernandez, Pilar Baptista, 2006), se aplicarán los siguientes tipos de muestra, los grupos de la población que participarán y se estima el posible número de casos [personas] que participarán por cada tipo de muestra.

MUESTREO TEÓRICO	CONCEPTO	CASOS	ESTIMACIÓN DE CASOS PARTICIPANTES
Muestra confirmativa	La finalidad es adicionar nuevos casos, cuando en los ya analizados se suscita alguna controversia o surge información que apunta en diferentes direcciones	**Eje 1:** Equipo técnico que participó en el diseño de la intervención **Eje 2:** Mujeres, hombres con niños menores de un año que han participado en al menos 15 visitas COD. Mujeres, hombres que han participado en las 21 visitas COD hasta finalizar el programa. **Eje 2 y 3:** ACC, supervisores y equipo técnico que han participado desde el inicio del proyecto	40 participantes máximo, en dos talleres con beneficiarios. 20 participantes en un taller con personal del Proyecto.
Muestra de casos tipo	El objetivo es analizar los valores y significados, el objetivo es la riqueza, profundidad y calidad de la información, no la cantidad. Casos con características específicas, típicas	**Eje 1:** ACC desde el inicio del Proyecto **Eje 2:** Familias que rechazaron la visita COD o abandonaron el programa ACC que tuvieron un mínimo de familias que rechazaron la visita COD. ACC que tuvieron muchos rechazos de la familia a visita COD.	12 beneficiarios en grupo de Grupo de enfoque 12 ACC en grupo de enfoque
Muestra de casos sumamente importantes	Casos del ambiente que no podemos dejar fuera, que no podrían ser excluidos, es decir que no se puede prescindir de ellos por la importancia para el problema analizado	**Eje 1,2 y 3:** Personal directivo y operativo el Proyecto, personal directivo de VMH, y gerencia de la UC-SMI/BID. Al surgir temas relevantes se entrevistará a autoridades SESAL y MANCORSARIC.	6 participantes en entrevistas

Sobre la base de los tipos de muestreo o grupos que participarán y la descripción de las personas identificadas para cada uno de ellos, se utilizarán dos tipos de criterios de selección, uno para seleccionar las comunidades y el otro para alcanzar los casos necesarios adecuados, hasta llegar a la saturación teórica en la fase de recolección de datos.

Para seleccionar comunidades, los criterios se relacionan con el acceso a los servicios, el transporte y la pertenencia o no a una etnia, las dimensiones de cada criterio es la siguiente:

- Acceso a los servicios de salud. Significa que las personas que viven en la comunidad tienen mayor cercanía o lejanía a una unidad de salud. La lejanía significa mayor distancia en kilómetros o topografía del territorio que limita el acceso y el tiempo de traslado puede ser mayor.
- Facilidad de transporte. Se refiere a que las personas cuentan con facilidad de medios de transporte públicos que favorecen el traslado a las unidades de salud o acudir a un servicio de salud privado.
- Pertenencia o no, a una etnia. Se refiere a que las personas de la comunidad participantes en el estudio son parte de etnia Maya - Chortí o son mestizos.

Para seleccionar los casos participantes, los criterios que orientaran esa selección son:

- Persona protagonistas de la experiencia ejecutada por el Proyecto Redes
- Seleccionar hombres y mujeres respetando la equidad de género, y con niños menores de un año que han participado en al menos 15 visitas COD.
- Mujeres, hombres que han participado en las 21 visitas COD hasta finalizar el programa.
- Familias que rechazaron la visita COD o abandonaron el programa
- Equipo técnico que participó en el diseño de la intervención
- Personal directivo y operativo el Proyecto Redes involucrado en la ejecución de la metodología COD
- ACC que tuvieron un mínimo de familias que rechazaron la visita COD.
- ACC que tuvieron muchos rechazos de la familia a visita COD
- Personal directivo de VMH, y gerencia de la UC-SMI/BID involucrada en la implementación de la metodología COD

Métodos para recolección

Se aplicarán dos métodos: la entrevista y discusión de grupo. Se utilizará la técnica de la entrevista enfocada en un problema, definida por Witzel citado por Maren Bracker (1998). Es definida como entrevistas semiestructuradas con grupos seleccionados de personas donde se discuten temas establecidos en forma abierta y participativa, y están moderados por un

facilitador. El método de discusión de grupo se aplicará mediante el grupo de enfoque y el taller, según el volumen seis: lineamientos de grupos (Bracker, la entrevista cualitativa. Tomo I, 1998).

Administración de los datos

Las entrevistas se transcribirán usando el programa voice files que es un dictáfono digital. Luego de la transcripción se elaborarán matrices por temas y participantes. Las entrevistas se transcriben a medida que se desarrollan.

Análisis y elaboración de informe

La ruta del análisis: El análisis de los datos es un proceso dinámico y creativo se trata de obtener una comprensión más profunda del objeto de estudio. La idea central es que a través de los datos se llega al fenómeno estudiado. Este protocolo describe las diferentes etapas del análisis (Taylor & Bogdan, 1987):

FASES DEL ANALISIS / PASOS A DESARROLLAR	RESULTADOS
Fase de descubrimiento de temas, desarrollar conceptos y proposiciones	
1. Leer repetidamente los datos 2. Seguir la pista de temas, interpretaciones e ideas 3. Buscar temas emergentes 4. Elaborar tipologías 5. Desarrolle conceptos[i] y proposiciones[ii]teóricas 6. Desarrolle una Guía de la historia	- Se conoce muy bien los datos, se reconocen temas implícitos y emergentes - Las tipologías ayudan a concretar y apoyan el desarrollo de los conceptos. - El concepto permite pasar de la descripción a la interpretación y a la teoría - Las proposiciones
Codificación[iii] de los datos y refinamiento de la comprensión del tema en estudio	
1. Desarrolle categorías de codificación 2. Codifique todos los datos -lo negativo y positivo- de la categoría 3. Separe –mecánicamente- los datos que pertenecen a cada categoría de codificación 4. Revise los datos que sobran - si hay datos que no se ajustan, no forzar su ingreso-. 5. Refine el análisis	- Lista de temas, conceptos, interpretaciones, tipologías, interpretaciones, identificados o producidos - Planteamiento de nuevas categorías - Compara diferentes fragmentos relacionados con cada tema conceptos, interpretaciones y tipologías.
Comprensión de los datos en el contexto en que fueron recogidos	
1. Datos solicitados o no solicitados 2. Datos directos e indirectos 3. Fuentesiv 4. Los supuestos del investigador	- Verificar que el dato es respuesta a la pregunta, no incluir cosas distintas - Habrá menos validez si nos basamos en datos indirectosv - Prestar atención a la fuente de datos, distinguir entre la perspectiva de una sola persona y las de un grupo más amplio. - Tomar en cuenta los preconceptos

El proceso descrito será aplicado a los datos primarios y secundarios. Los instrumentos básicos para el ordenamiento de los datos serán matrices construidas a partir de las teorías que orientan el proceso, los conceptos sensibilizantes, categorías y códigos. El objetivo general de este análisis es identificar y construir a partir de los sistemas de relevancia de las personas participantes en la sistematización a fin de concretar el rescate de la experiencia, los aprendizajes, adecuaciones a la metodología COD y lecciones aprendidas.

VII. Cronograma de actividades

En la siguiente tabla se presentan las actividades que se llevarán a cabo según las etapas de la sistematización, donde se incorporan aspectos organizativos, recolección de datos, procesamiento y análisis de datos y preparación y presentación de informes finales.

ACTIVIDAD	SEMANAS 2018																			
	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
PRIMERA ETAPA – ORGANIZACION																				
1. Revisión de la propuesta de sistematización		x																		
2. Revisión y consenso de propuesta metodológica.			x	x																
3. Conformación de equipos de trabajo para recolección de datos.			x	x				x	x											
4. Taller inicial con equipo del proyecto				x																
5. Elaboración de protocolos e instrumentos.					x	x	x	x												
6. Revisión, retroalimentación y aprobación de protocolo e instrumentos.									x	x	x									
7. Selección de participantes y convocatoria según fechas de actividades.									x	x	x									
SEGUNDA ETAPA – RECOLECCION DE DATOS																				
8. Revisión documental - Datos secundarios: materiales COD, estrategia de comunicación, guía metodológica, protocolos de la visita, Informes del proyecto, informe de línea de base y Sistema de Información del proyecto, otros.					x	x	x	x	x	x										
9. Establecimiento de contactos con equipo proyecto, líderes comunitarios, VMH, otros, para asegurar la recolección de datos (GF y entrevistas).									x	x	x									
10. Validación de instrumentos											x									
11. Recolección de datos cualitativos; entrevistas, grupos de enfoque y talleres.												x	x	x	x					

ACTIVIDAD	SEMANAS 2018																			
	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
TERCERA ETAPA – PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS																				
12. Transcripción de entrevistas, grupos focales y talleres realizadas a actores claves												x	x	x	x					
13. Procesamiento de la información en matrices – ordenamiento y análisis												x	x	x	x					
14. Construcción de tablas de salida y triangulación de datos												x	x	x	x					
15. Taller de presentación de hallazgos															x	x				
CUARTA ETAPA – ELABORACIÓN DE INFORME FINAL																				
16. Elaboración del informe preliminar															x	x				
17. Revisión del documento preliminar del informe																	x	x		
18. Ajustes al informe final, según las recomendaciones brindadas (por retroalimentación recibida)																	x	x		
19. Envío de informe de evaluación versión final y productos (documentos en versión impresa y digital, base de datos, otros)																			x	

VIII. Bibliografía

Aguilar, N., Sarmiento, V., & Marchant, E. (n.d. de Septiembre de 2015). *PREZI*. Obtenido de PREZI: https://prezi.com/v3z0w9brmmo8/modelo-de-creencias-de-rosenstock/

Ajzen y Madden. (1986). *citado por Noreña.*

Bohn, R., & Pfaff, N. (2010). *Qualitative Analysis and Documentary Method in International Educational Research,.* n.d.: Barbara Budrich Publishers.

Bracker, M. (1998). *La entrevista cualitativa. Tomo I.* Managua.

ENDESA, R. d. (2011/2012). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud.* Honduras.

Jara, O. (1983). *Para Sistematizar Experiencias.* San José: Alforja.

LI, 1999, Citado por Noreña. (s.f.). *Teorías de cambio de comportamientos*.

OPS. (6 de septiembre de 2003). *Teorías de cambios de comportamientos.* Obtenido de Diplomado en Comunicación en Salud Pública: http://www.bvsde.paho.org/cursoa_edusan/modulo1/ES-M01-L07-Comportamiento.pdf

Roberto Hernandez, Carlos Fernandez, Pilar Baptista. (2006). *Metodología de la Investigación.* Mexico: McGraw-Hill, Interamericana.

SEDIS, S. d. (2013). *Análisis de Comportamiento de los Indicadores Básicos de Desarrollo Social.* Honduras.

Taylor, S., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación.* Barcelona: Paidós Ibérica S. A.

Visión Mundial, H. (2015). *Documento de proyecto.*

VMH, A. V. (2015). *Análisis de Seguridad y Evaluación de Riesgos realizado por el equipo de Seguridad Corporativa de World Vision Honduras.* Honduras.

IX. Anexos: Instrumentos

Anexo # 1
Protocolo de taller

Participantes:
Equipo técnico que participó en el diseño de la intervención
ACC, supervisores y equipo técnico que han participado desde el inicio del proyecto

PROTOCOLO DEL TALLER CON EQUIPO TECNICO PROYECTO REDES		
Tema de discusión: Eje 1. Diseño de la intervención. Eje 2. Desarrollo de la COD Eje 3. Innovación tecnológica utilizada para el desarrollo de la COD en las visitas domiciliares.		
Método		Discusión de grupo
Técnica		Taller
Fecha y duración		Fecha no determinada, 14 horas pedagógicas
PREPARACION DEL TALLER		
No.	**ASPECTOS POR CONSIDERAR**	**DESCRIPCIÓN**
1	**Intención del taller:** ¿Cuáles son los objetivos del Taller?	1. Rescatar el proceso de la capacitación recibida antes de iniciar y durante el desarrollo de las visitas COD, así como el uso de la tecnología CommCare. 2. Analizar la visita domiciliar que concreta la implementación de la metodología COD para identificar las características, los componentes o pasos de la metodología COD que requieren ajustes, los que han constituido barreras y sus razones, las lecciones aprendidas, una prospección de sus desafíos. 3. Reflexionar acerca del rol desempeñado por la tecnología Commcare –aplicación-, el funcionamiento operativo y las dificultades enfrentadas y las formas de solución a la que recurrieron. 4. Rescatar aspectos relacionados con las características del proceso, factores que facilitaron/ dificultaron la implementación de la metodología, y lecciones aprendidas
2	**Tipo de preguntas a realizar**	Paradigma Cualitativo: Combinación de métodos con preguntas estructuradas y abiertas.
3	**Estructura del taller:** Definir cuál es el tipo de persona que vamos a observar	Un taller con 20 ACC y supervisores que cumplen varios criterios de selección, se utilizan técnicas participativas que contribuyen a generar el diálogo y reflexión.

4	**Forma de comunicación:**	La presentación de preguntas se realizará de forma oral a través de una conversación natural, la observación, grabación y toma de notas.
5	**Medio de comunicación en el taller:** Cuál será el medio más adecuado para lograr la comunicación	Se realizará en el local del Proyecto en horario de 8:00 a.m. – 05:00 pm. Con espacios de descanso y almuerzo incluido en este horario.
6	**Estilo de comunicación:** Cuál será el estilo de la comunicación	Suave y neutral.
7	**Formas de preguntas:** Cómo será la forma de abordaje del grupo de enfoque.	Preguntas abiertas, apoyadas con recursos visuales en el marco de la aplicación de técnicas participativas
8	**Formato y tiempo del taller:** Número óptimo de preguntas a realizar, tiempo y cuál debe ser el orden de estas.	Para abordar todos los ejes, se han formulado 34 preguntas generadoras de diálogo
9	**Contexto del Taller**	Los ACC y supervisores no están realizando las tareas del proyecto, debido a que ya ha cerrado operaciones.
DURANTE EL TALLER		
1	Presentación personal y objetivo	Realizar presentación personal y explicar tanto el objetivo de la Sistematización y el objetivo del taller
2	Qué cosas se deben tener en cuenta	Propiciar clima de confianza (raport)
		Escucha empática
		Aceptar ideas
		Evitar críticas
		No inferir respuestas
		Lenguaje sencillo

GUÍA TEMÁTICA DEL TALLER
Primera etapa. - Introducción: Establecimiento de afinidad y preguntas generales. Tiempo: 60 minutos
♦ Dar bienvenida, propiciando ambiente de confianza ♦ Presentación de la moderadora ♦ Presentación de los tomadores de notas ♦ Presentación de cada uno de los participantes: nombre, cargo y tiempo que trabajó ♦ Explicación del propósito de la actividad ♦ Acordar con el grupo reglas para desarrollo del trabajo, entre ellas: igualdad de participación, validez de todas las respuestas, la confidencialidad de información, uso de grabadoras y otros. Se nos presenta la oportunidad de rescatar la experiencia acumulada por el Proyecto "REDES" en la implementación de la metodología COD para promover cambio de comportamientos. • ¿Cuál es el significado que ahora tiene en cada uno de ustedes el haber trabajado en la implementación de la metodología? • Desde su percepción, ¿Cuál es el significado para las familias participantes? • Consideran que la metodología COD ¿puede ser ajustada?, ¿por qué si y por qué no?
Segunda etapa: Profundización. Tiempo: aproximadamente 10 horas con 30 minutos
Eje 1. Diseño de la intervención, rescatar el proceso de elaboración de la estrategia de comunicación y la identificación de los instrumentos de comunicación para el cambio de comportamiento
Con la técnica del tren, en la que cada vagón representa una etapa del proceso de capacitación, se reconstruye el proceso, y se plantean las siguientes preguntas. **La capacitación** 1) ¿Cómo fue el proceso de capacitación que les preparó para la visita? 2) ¿Qué capacidades construyeron en ustedes para la visita? ¿Qué dudas tenían al principio? ¿Cuáles al final? **Los materiales y su desempeño en la visita para propiciar la comunicación, el conocimiento y el cambio de comportamiento** 3) Cuéntenme ¿Cómo los materiales les han ayudado a establecer el diálogo con la persona participante y reflexionar con ellos sobre su situación de salud? 4) Describa ¿De qué manera el material le ayudó a reflexionar con la persona participante sobre sus creencias y comportamientos y motivar al cambio? 5) Explique ¿De qué manera el material le ayudó a establecer acuerdos para la práctica de nuevos comportamientos y esa toma de decisiones de la persona participante? 6) ¿Cree que el material ha influido en el sistema de creencias de las personas?, ¿Cómo lo sustenta? ¿Puede poner ejemplos? **Ajustes y aprendizaje de la capacitación** 7) Desde su perspectiva, ¿Cuáles son los materiales más efectivos y por qué? Y ¿Cuáles cree que deben ser adecuados y por qué? ¿Qué sugiere para adecuarlos? 8) ¿Qué cambiaría de este proceso de capacitación y por qué? 9) ¿Cuáles elementos repetirían y por qué?
Eje 2. Desarrollo de la COD, comprende: rescatar el proceso de la visita domiciliar;
Con el uso de técnicas participativas se analiza la visita desde el punto de vista de la ejecución

GUÍA TEMÁTICA DEL TALLER
a) Presentación y recolección de datos generales de la familia: incluye los primeros momentos de la visita
10) Describa como usted procuraba la participación de la familia, en especial la de los hombres jefes o no de familia
11) ¿Qué función tenía la tecnología, la app CommCare?, ¿Qué dificultades enfrentó y cómo las solucionó? ¿Fueron duradera las soluciones encontradas? ¿realizó otros ajustes en el tiempo?
12) ¿Qué cambios ejecutaría usted en esta etapa de la COD, justifique su propuesta?
b) El paso a paso de la COD que inicia con el desarrollo del tema que promueve el cambio de comportamiento
13) Puede describir, ¿Cómo ustedes fueron construyendo en la familia su propio aprendizaje? ¿Cuál era el recurso que usaba para asegurar el aprendizaje?
14) ¿Qué función tenían los recursos didácticos en esta construcción de su propio aprendizaje?
15) ¿Qué otros recursos utilizaron para dialogar ampliamente con las personas?
16) ¿Cómo hacía usted para identificar las barreras de aprendizaje y como las solventó?
17) ¿Qué cambios haría en esta etapa y justifique su respuesta?
c) La negociación de acuerdos de cambio de comportamiento, reforzamiento de mensajes y fecha de la próxima visita. Así como, los materiales que se utilizan.
18) ¿Cómo hacía usted para lograr acuerdos con la familia?
19) ¿Cómo influyeron estos acuerdos en el cambio de comportamiento?
20) Desde su perspectiva, ¿Qué les ayudó a las familias a aprender y a cambiar?
21) Desde su perspectiva ¿Qué no les ayudó a las familias a aprender y a cambiar?
22) ¿Qué cambios ejecutaría usted en esta etapa de la COD, justifique su propuesta?
d) Sobre las familias y comunidades
23) Describa basándose en su experiencia de por qué algunas familias no aceptaron la COD y se retiraron del Programa
24) Describa basándose en su experiencia de por qué algunas familias aceptaron y se mantuvieron en la COD hasta el final del Programa
25) ¿Qué cambios ejecutaría usted en esta etapa de la COD, justifique su propuesta?
Eje 3. Innovación tecnológica
a) Capacidad para manejar –de manera técnica- la tecnología CommCare
26) Desde su perspectiva, ¿Cómo las personas participantes en la COD percibieron el uso de este tipo de tecnología? ¿Por qué cree que aceptaron la tecnología? Al principio ¿había curiosidad en las personas? ¿Qué mitos se presentaron en relación al uso de la tecnología?
27) Describa los elementos de la capacitación que le ayudaron a manejar técnicamente la CommCare
28) ¿Cuáles son las dificultades que afrontaron en el manejo de la tecnología y como las solventaron?
29) ¿Qué cambios harían ustedes en la tecnología y justifique?
b) Facilitación de la tecnología a realizar el trabajo
30) Desde su perspectiva explique, ¿Cómo el manejo adecuado de la tecnología le ayudó a desarrollar la COD?
31) ¿Han identificado algún cambio que sea necesario realizar en este aspecto? ¿Cuál es, justifique?
c) **Funcionamiento operativo de la tecnología [registro y sincronización de la información que se recolecta durante la visita]**
32) Detalle su valoración sobre el funcionamiento operativo de la tecnología
33) Consideran que se puede ejecutar algún cambio, justifíquelo

GUÍA TEMÁTICA DEL TALLER
Lecciones aprendidas, tiempo aproximadamente 3 horas
En plenaria y con la técnica de los escenarios se identifican lecciones aprendidas acerca de a) Eje 1: 1) El diseño de la intervención y 2) los materiales o instrumentos de comunicación b) Eje 2: 1) Presentación y recolección de datos, 2) Paso a paso de la COD y; 3) La negociación y acuerdos. c) Eje 3: 1) Uso adecuado de la tecnología
Tercera etapa: Clausura. Tiempo: 30 minutos
♦ Resumen de los comentarios del grupo, sin emitir juicios personales. ♦ Agradecimiento y valoración de la participación ♦ Resaltar las características de los participantes e importancia de sus aportes

Anexo # 2

Protocolo de Taller

Participantes:
Mujeres, hombres con niños menores de un año que han participado en al menos 15 visitas COD.

Mujeres, hombres que han participado en las 21 visitas COD hasta finalizar el programa

Tema de discusión: Eje 2. Desarrollo de la COD		
Método		Discusión de grupo
Técnica		Taller
Fecha y duración		Fecha no determinada, 5 horas pedagógicas
PREPARACION DEL TALLER		
No.	**ASPECTOS POR CONSIDERAR**	**DESCRIPCIÓN**
1	**Intención del taller:** ¿Cuáles son los objetivos del Taller?	1. Analizar la visita domiciliar que concreta la implementación de la metodología COD para identificar las características, los componentes o pasos de la metodología COD que requieren ajustes, los que han constituido barreras y sus razones, las lecciones aprendidas, una prospección de sus desafíos.
2	**Tipo de preguntas a realizar**	Paradigma Cualitativo: Combinación de métodos con preguntas estructuradas y abiertas.
3	**Estructura del taller:** Definir cuál es el tipo de persona que vamos a observar	Un taller con 20 participantes entre hombres y mujeres, con niños menores de un año que han participado en al menos 15 visitas COD y con mujeres, hombres que han participado en las 21 visitas COD hasta finalizar el Programa.
4	**Forma de comunicación:**	La presentación de preguntas se realizará de forma oral a través de una conversación natural, la observación, grabación y toma de notas.
5	**Medio de comunicación en el taller:** Cuál será el medio más adecuado para lograr la comunicación	Se realizará en el local del Proyecto en horario de 9:00 a.m. – 03:00 pm. Con espacios de descanso y almuerzo incluido en este horario.
6	**Estilo de comunicación:** Cuál será el estilo de la comunicación	Suave y neutral.
7	**Formas de preguntas:** Cómo será la forma de abordaje del grupo de enfoque.	Preguntas abiertas, apoyadas con recursos visuales en el marco de la aplicación de técnicas participativas
8	**Formato y tiempo del taller:** Número óptimo de preguntas a realizar, tiempo y cuál debe ser el orden de estas.	Se formuló preguntas generadoras de diálogo, ordenadas de acuerdo con los ejes de sistematización. El orden está dado por los contenidos de los procesos de cada eje.

9	**Contexto del Taller**	Las personas conocen la COD a partir de su participación y han completado todo el proceso.
DURANTE EL TALLER		
1	Presentación personal y objetivo	Realizar presentación personal y explicar tanto el objetivo de la Sistematización y el objetivo del taller.
2	Qué cosas se deben tener en cuenta	Propiciar clima de confianza (raport)
		Escucha empática
		Aceptar ideas
		Evitar críticas
		No inferir respuestas
		Lenguaje sencillo

GUÍA TEMÁTICA DEL TALLER

Primera etapa. - Introducción: Establecimiento de afinidad y preguntas generales. Tiempo: 30 minutos

- Dar bienvenida, propiciando ambiente de confianza
- Presentación de la moderadora
- Presentación de los tomadores de notas
- Presentación de cada uno de los participantes: nombre, qué hacen o a qué se dedican
- Explicación del propósito de la actividad
- Acordar con el grupo reglas para desarrollo del trabajo, entre ellas: igualdad de participación, validez de todas las respuestas, la confidencialidad de información, uso de grabadoras y otros.

Se nos presenta la oportunidad de rescatar la experiencia acumulada por el Proyecto "REDES" en la implementación de la metodología COD para promover cambio de comportamientos

- ¿Cuál es el significado que ahora tiene en cada uno de ustedes el haber participado en las visitas del Proyecto Redes de VMH?
- Consideran que ¿hay algo que podemos cambiar en estas visitas?

Segunda etapa: Profundización. Tiempo: aproximadamente 2 horas

Eje 2. Desarrollo de la COD, comprende: rescatar el proceso de la visita domiciliar.

Con el uso de técnicas participativas se analiza la visita desde el punto de vista de la ejecución.

e) Presentación y recolección de datos generales de la familia: incluye los primeros momentos de la visita

1. ¿Qué le pareció que su familia fue seleccionada para recibir visita del Proyecto Redes?
2. ¿Cómo recibió usted al ACC que le visitaba?
3. ¿Qué opinión le merece todas las preguntas que le hacía el ACC o información que le pedía antes de contarle las historias?
4. ¿Haría cambios en estas preguntas o información solicitada?

f) El paso a paso de la COD que inicia con el desarrollo del tema que promueve el cambio de comportamiento.

5. ¿De qué manera las historias y todos los materiales usados en la visita le ayudaron a aprender sobre su salud?
6. ¿Qué otros materiales le ayudaron a aprender?
7. Cuénteme ¿Cómo lograron establecer un diálogo con el ACC?

GUÍA TEMÁTICA DEL TALLER
8. ¿Cuándo se daba cuenta Usted que tenía que cambiar? 9. Para que la visita sea mejor ¿Qué cambios haría para mejorar las actividades que hacían en la visita? **g) La negociación de acuerdos de cambio de comportamiento, reforzamiento de mensajes y fecha de la próxima visita. Así como, los materiales que se utilizan** 10. ¿Qué le parecía a Usted hacer acuerdos en la visita? 11. ¿Cómo se ponían de acuerdo para mejorar su salud? 12. ¿Cómo hacía para cumplir con ese acuerdo? 13. Desde su perspectiva, ¿Qué les ayudó a aprender y a cambiar? 14. Desde su perspectiva ¿Qué no les ayudó a aprender y a cambiar? 15. ¿Qué cambios haría usted en esta etapa de acuerdos? **h) Sobre las familias y comunidades** 16. Describa basándose en su experiencia ¿por qué algunas familias no aceptaron la visita? 17. Describa basándose en su experiencia ¿por qué algunas familias aceptaron la visita?
Lecciones aprendidas, tiempo aproximadamente 2 horas
Se forman tres grupos, cada grupo hará una representación de lo vivido, el grupo 1, sobre. Presentación y recolección de datos. El grupo 2, paso a paso de la vista (desarrollo del tema) y el grupo 3, la negociación y acuerdos. Al final de cada presentación, se recuerda lo vivido, se motiva a expresar lo que le gustó y no le gustó, se invita a proponer cambios y finalmente que es lo han aprendido del proyecto.
Tercera etapa: Clausura. Tiempo: 30 minutos
♦ Resumen de los comentarios del grupo, sin emitir juicios personales. ♦ Agradecimiento y valoración de la participación ♦ Resaltar las características de los participantes e importancia de sus aportes

Anexo # 3

Protocolo de Grupo de enfoque

Participantes: ACC que tuvieron un mínimo de familias que rechazaron la visita COD.
ACC que tuvieron muchos rechazos de la familia a visita COD.

PROTOCOLO DE GRUPO DE ENFOQUE		
Tema de discusión: Eje 2. Desarrollo de la COD		
Método		Discusión de grupo
Técnica		Grupo de enfoque
Fecha		Fecha no determinada, 1hora pedagógica
PREPARACION DEL GRUPO DE ENFOQUE		
No.	**ASPECTOS POR CONSIDERAR**	**DESCRIPCIÓN**
1	**Intención del grupo de enfoque:** ¿Cuáles son los objetivos del grupo de enfoque?	1. Conocer las razones por las cuales las familias rechazaron o abandonaron participar en la metodología de COD
2	**Tipo de preguntas a realizar**	Paradigma Cualitativo: Combinación de métodos con una guía temática, con preguntas estructuradas y abiertas.
3	**Estructura del grupo de enfoque:** Definir cuál es el tipo de persona que vamos a observar	ACC que tuvieron un mínimo de familias que rechazaron la visita COD. ACC que tuvieron muchos rechazos de la familia a visita COD.
4	**Forma de comunicación:**	La presentación de preguntas se realizará de forma oral a través de una conversación natural, la observación, grabación y toma de notas.
5	**Medio de comunicación en grupo de enfoque:** Cuál será el medio más adecuado para lograr la comunicación	Se realizará en el local del Proyecto en horario a conveniencia de la mayoría del grupo
6	**Estilo de comunicación:** Cuál será el estilo de la comunicación	Suave y neutral
7	**Formas de preguntas:** Cómo será la forma de abordaje del grupo de enfoque.	Preguntas abiertas, apoyadas con recursos visuales en el marco de la aplicación de técnicas participativas
8	**Formato y tiempo del grupo de enfoque:** Número óptimo de preguntas a realizar, tiempo y cuál debe ser el orden de estas	Para abordará uno de los ejes y se han formulado 3 preguntas generadoras de diálogo
9	Contexto del grupo de enfoque	Los ACC no están realizando las tareas del proyecto, debido a que ya ha cerrado operaciones.
DURANTE EL GRUPO DE ENFOQUE		
1	Presentación personal y objetivo	Realizar presentación personal y explicar tanto el objetivo de la sistematización, así como el objetivo del grupo de enfoque

2	Qué cosas se deben tener en cuenta	Propiciar clima de confianza (raport)
		Escucha empática
		Aceptar ideas
		Evitar críticas
		No inferir respuestas
		Lenguaje sencillo

GUÍA TEMÁTICA DEL GRUPO DE ENFOQUE

Primera etapa. - Introducción: Establecimiento de afinidad y preguntas generales. Tiempo: 30 minutos

- Dar bienvenida, propiciando ambiente de confianza
- Presentación de la moderadora
- Presentación de los tomadores de notas
- Presentación de cada uno de los participantes: nombre, cargo y tiempo que trabajó
- Explicación del propósito de la actividad
- Acordar con el grupo reglas para desarrollo del trabajo, entre ellas: igualdad de participación, validez de todas las respuestas, la confidencialidad de información, uso de grabadoras y otros.

Se nos presenta la oportunidad de rescatar la experiencia acumulada por el Proyecto “REDES” en la implementación de la metodología COD para promover cambio de comportamiento en salud materno infantil

- El Proyecto Redes quiere mejorar su forma de trabajo y es por ello, que queremos hablar con ustedes sobre el tema de participación de las familias en las COD.
- ¿Cómo ha sido la experiencia de realizar visitas domiciliares con COD?

Segunda etapa: Profundización. Tiempo: aproximadamente 60 minutos

Eje 2. Desarrollo de la COD, comprende: rescatar el proceso de la visita domiciliar

a) Razones de rechazo de las familias participantes
   1. Cuéntenme de forma general ¿Cómo eran las familias que Ustedes tenían asignadas para visitarlas cada mes?
   2. ¿Las familias y comunidades eran las mismas que les asignaron desde el inicio del proyecto? ¿Sí hubo cambios en la asignación de familias y comunidades, a qué se debió?
   3. ¿Cómo se sentía Usted con las familias y comunidades que le asignaron? Según su percepción, ¿Cómo se sentía las familias con Usted que le visitaba todos los meses?
   4. Desde su práctica ¿Cuáles son las razones por las cuales algunas familias o miembros de las familias rechazaron participar en las visitas COD que realizaba con el proyecto?
   5. Describa, ¿Cómo reaccionó usted a ese rechazo? ¿Cuáles fueron sus sentimientos sobre este rechazo? ¿Cómo lo ha superado?
   6. Desde su experiencia, ¿Qué haría usted ahora, si se presentará la situación de que una familia rechaza la participar en el proyecto?

Tercera etapa: Clausura. Tiempo: 10 minutos

- Resumen de los comentarios del grupo, sin emitir juicios personales.
- Agradecimiento y valoración de la participación
- Resaltar las características de los participantes e importancia de sus aportes

Anexo # 4

Protocolo de Grupo de enfoque

Participantes:

Familias que rechazaron la visita COD o abandonaron el programa

PROTOCOLO DE GRUPO DE ENFOQUE		
Tema de discusión: Eje 2. Desarrollo de la COD		
Método		Discusión de grupo
Técnica		Grupo de enfoque
Fecha		Fecha no determinada, 1hora
PREPARACION DEL GRUPO DE ENFOQUE		
No.	**ASPECTOS POR CONSIDERAR**	**DESCRIPCIÓN**
1	**Intención del grupo de enfoque:** ¿Cuáles son los objetivos del grupo de enfoque?	2. Conocer las razones por las cuales las familias rechazaron o abandonaron participar en la metodología de COD
2	**Tipo de preguntas a realizar**	Paradigma Cualitativo: Combinación de métodos con una guía temática, con preguntas estructuradas y abiertas.
3	**Estructura del grupo de enfoque:** Definir cuál es el tipo de persona que van a participar.	Familias que rechazaron la visita COD o abandonaron el programa
4	**Forma de comunicación:**	La presentación de preguntas se realizará de forma oral a través de una conversación natural, la observación, grabación y toma de notas.
5	**Medio de comunicación en grupo de enfoque:** Cuál será el medio más adecuado para lograr la comunicación	Se realizará personalmente en una comunidad cercana a las familias participantes, en horario factible para ellos.
6	**Estilo de comunicación:** Cuál será el estilo de la comunicación	Suave y neutral
7	**Formas de preguntas:** Cómo será la forma de abordaje del grupo de enfoque.	Preguntas abiertas.
8	**Formato y tiempo del grupo de enfoque:** Número óptimo de preguntas a realizar, tiempo y cuál debe ser el orden de estas	Para abordar el eje correspondiente a este grupo, se han formulado 6 preguntas generadoras de diálogo
9	**Contexto del grupo de enfoque**	Las familias participan de manera voluntaria en la actividad
DURANTE EL GRUPO DE ENFOQUE		
1	Presentación personal y objetivo	Realizar presentación personal y explicar tanto el objetivo de la sistematización como el objetivo del grupo de enfoque

2	Qué cosas se deben tener en cuenta	Propiciar clima de confianza (raport)
		Escucha empática
		Aceptar ideas
		Evitar críticas
		No inferir respuestas
		Lenguaje sencillo

GUÍA TEMÁTICA DEL GRUPO DE ENFOQUE
Primera etapa. - Introducción: Establecimiento de afinidad y preguntas generales. Tiempo: 10 minutos
♦ Dar bienvenida, propiciando ambiente de confianza ♦ Presentación de la moderadora ♦ Presentación de los tomadores de notas ♦ Presentación de cada uno de los participantes: nombre, a qué se dedican ♦ Explicación del propósito de la actividad ♦ Acordar con el grupo reglas para desarrollo del trabajo, entre ellas: igualdad de participación, validez de todas las respuestas, la confidencialidad de información, uso de grabadoras y otros. Se nos presenta la oportunidad de rescatar la experiencia acumulada por el Proyecto “REDES” en la implementación de la metodología COD para promover cambio de comportamiento en salud materno infantil. • El Proyecto Redes quiere mejorar su forma de trabajo y es por ello, que queremos hablar con ustedes sobre el tema de participación en proyectos en la comunidad.
Segunda etapa: Profundización. Tiempo: aproximadamente 40 minutos
Eje 2. Desarrollo de la COD, comprende: rescatar el proceso de la visita domiciliar
b) Razones de no participación 1. ¿Nos gustaría conocer en cuales proyectos ejecutados en la comunidad han participado? 2. ¿Qué fue lo que los motivó a participar en ese proyecto? 3. ¿Qué tan importante es para ustedes la participación en proyectos de educación en salud? 4. ¿Con el proyecto Redes de Visión Mundial que participación tuvo Usted? 5. ¿Por qué el proyecto REDES no logró motivarlos para continuar participando en la visita que se hacía a la comunidad? 6. ¿A qué se debe que Ustedes desistieron a seguir siendo visitado por el ACC del proyecto? 7. ¿Qué aspecto de la visita o forma de trabajo debe mejorar el proyecto Redes?
Tercera etapa: Clausura. Tiempo: 10 minutos
♦ Resumen de los comentarios del grupo, sin emitir juicios personales. ♦ Agradecimiento y valoración de la participación ♦ Resaltar las características de los participantes e importancia de sus aportes

Anexo # 5

Protocolo de Entrevista

Participantes:
Personal directivo y operativo el Proyecto, personal directivo de VMH, y gerencia de la UC-ISM/BID

Tema de discusión: Eje 1. Diseño de la intervención; Eje 2. Desarrollo de la COD Eje 3. Innovación tecnológica utilizada para el desarrollo de la COD en las visitas domiciliares		
Método		Entrevista cualitativa
Técnica		Entrevista centrada en un problema
Fecha		Fecha no determinada, aproximadamente 2 horas
PREPARACION DEL GRUPO DE ENFOQUE		
No.	**ASPECTOS POR CONSIDERAR**	**DESCRIPCIÓN**
1	**Intención del grupo de enfoque:** ¿Cuáles son los objetivos del grupo de enfoque?	1. Valorar cómo la capacitación construyó las capacidades en ACC para el uso de la tecnología CommCare. 2. Analizar las características, los aspectos que se consideran exitosos y los desafíos 3. Analizar la visita domiciliar que concreta la implementación de la metodología COD para identificar, los componentes o pasos de la metodología COD que requieren ajustes, las lecciones aprendidas, una prospección de sus desafíos. 4. Reflexionar acerca del rol desempeñado por la tecnología CommCare –aplicación-, el funcionamiento operativo y las dificultades enfrentadas y las formas de solución a la que recurrieron.
2	**Tipo de preguntas a realizar**	Paradigma Cualitativo: Combinación de métodos con preguntas estructuradas y abiertas
3	**Estructura del grupo de enfoque:** Definir cuál es el tipo de persona que van a participar.	Entrevista individual o conjunta con personal directivo de VMH e individual con ejecutivos de BID
4	**Forma de comunicación:**	La presentación de preguntas se realizará de forma oral a través de una conversación natural, con grabación y toma de notas.
5	**Medio de comunicación en grupo de enfoque:** Cuál será el medio más adecuado para lograr la comunicación	Se realizará personalmente en el lugar de trabajo de la persona a entrevistar y en algunos casos por vía Skype.
6	**Estilo de comunicación:** Cuál será el estilo de la comunicación	Suave y neutral

7	**Formas de preguntas:** Cómo será la forma de abordaje del grupo de enfoque.	Preguntas abiertas.
8	**Formato y tiempo del grupo de enfoque:** Número óptimo de preguntas a realizar, tiempo y cuál debe ser el orden de estas	Caja eje tiene al menos 10 preguntas; la entrevista es posible que se realice completo con gerentes, pero será parcial en otros cargos ejecutivos. Al aplicar la entrevista total con los 3 ejes, serán aproximadamente 2 horas y 1 hora cuando se aplique parcial.
9	**Contexto del grupo de enfoque**	Las personas entrevistadas están en la etapa de cierre del Proyecto.
DURANTE EL GRUPO DE ENFOQUE		
1	Presentación personal y objetivo	Realizar presentación personal y explicar tanto el objetivo de la sistematización así como el objetivo de la entrevista
2	Qué cosas se deben tener en cuenta	Propiciar clima de confianza (raport)
		Escucha empática
		Aceptar ideas
		Evitar críticas
		No inferir respuestas
		Lenguaje sencillo

GUÍA TEMÁTICA DE LA ENTREVISTA
Profundización. Tiempo: aproximadamente 2 horas
Eje 1. Diseño de la intervención, rescatar el proceso de elaboración de la estrategia de comunicación y la identificación de los instrumentos de comunicación para el cambio de comportamiento.
El diseño de la intervención 1. Desde su experiencia, ¿Cuáles son los principales pasos que se ejecutaron para diseñar la COD? 2. ¿Cuáles son las diferencias fundamentales entre el diseño inicial y la forma de ejecución final de la COD? 3. Según su criterio, ¿A qué se deben esas diferencias o a que se debe que no hay diferencias? 4. En su opinión ¿Cuáles son los elementos del diseño de la COD que permitieron su ejecución de manera certera? 5. Recomienda realizar ajustes al diseño de la COD **Los materiales y su desempeño en la visita para propiciar la comunicación, el conocimiento y el cambio de comportamiento** 6. Describa cuál es desde su punto de vista, el desempeño de los materiales impresos y audiovisuales en la ejecución de la COD. 7. En su experiencia, ¿Cómo los materiales han apoyado a las familias para establecer una mejor comunicación con el ACC? ¿Para el conocimiento? ¿Para el cambio de comportamiento? 8. Desde su opinión, ¿Qué ajuste recomendaría hacer en los materiales impresos y visuales? **Ajustes y aprendizaje de la capacitación** 9. Desde su perspectiva, ¿Qué cambiaría del proceso de capacitación realizado en los ACC y por qué? 10. ¿Cuáles elementos repetirían y por qué? 11. ¿Cuál es su lección aprendida de la etapa del diseño?
Eje 2. Desarrollo de la COD, comprende: rescatar el proceso de la visita domiciliar;

GUÍA TEMÁTICA DE LA ENTREVISTA
La conversación se centra en la visita domiciliar como expresión concreta de la COD. Se va a dialogar acerca de los componentes comunicacionales de la visita **i) Presentación y recolección de datos generales de la familia: incluye los primeros momentos de la visita.** 12. En su percepción, cómo valore la implementación de la primera parte de la visita que es la presentación y recolección de datos. 13. Desde su percepción, que función tienen esta parte de la visita en el contexto de las familias y de la COD 14. Recomienda algún cambio, justifique la respuesta. **j) El paso a paso de la COD que inicia con el desarrollo del tema que promueve el cambio de comportamiento** 15. Valore por favor, el paso a paso de la COD para construir conocimiento y motivar al cambio de comportamiento. 16. ¿En una nueva experiencia, que repetiría de este proceso y por qué? 17. ¿Qué cambios haría en esta etapa? Justifique su respuesta. **k) La negociación de acuerdos de cambio de comportamiento, reforzamiento de mensajes y fecha de la próxima visita. Así como, los materiales que se utilizan** 18. Desde su percepción, la etapa de negociación y acuerdos ¿Qué rol tiene en la visita? 19. ¿Qué importancia tiene para la familia? 20. ¿Qué función ha desempeñado para el Proyecto? 21. Desde su experiencia, ¿Qué cambios haría, en la ejecución de la visita? ¿Qué cambios de cara a la familia? y ¿Qué cambios de cara al Proyecto? **l) Sobre las familias y comunidades** 22. Describa basándose en su experiencia de por qué algunas familias no aceptaron la COD y se retiraron del Programa. 23. Describa basándose en su experiencia de por qué algunas familias aceptaron y se mantuvieron en la COD hasta el final del Programa 24. ¿Qué cambios ejecutaría usted en esta etapa de la COD, justifique su propuesta? Por favor resuma, las características de la COD. **Conclusiones** 25. Resuma por favor, en sus palabras y experiencia ¿Cuáles son las características de la COD? 26. De cara a futuro, en su opinión ¿Qué desafíos enfrenta la COD, para las familias participantes, para los socios en el desarrollo, para los proyectos que la ejecuten? 27. ¿Cuál es su lección aprendida en relación a la visita domiciliar?
Eje 3. Innovación tecnológica
d) Capacidad para manejar –de manera técnica- la tecnología CommCare 28. En su experiencia, ¿Afectó el manejo inadecuado de la tecnología, los registros del Proyecto? ¿Cómo solventaron esta dificultad? 29. ¿Cuál es su propuesta para el futuro con relación a esta capacidad del personal? **e) Facilitación de la tecnología a realizar el trabajo** 30. ¿En su opinión, la tecnología ayudó o limitó el acceso de la familia al conocimiento y a proponerse cambios de comportamiento? 31. ¿Propone ajustes? Justifique respuesta. f) **Funcionamiento operativo de la tecnología [registro y sincronización de la información que se recolecta durante la visita]** 32. Detalle su valoración sobre el funcionamiento operativo de la tecnología 33. Consideran que se puede ejecutar algún cambio, justifíquelo

GUÍA TEMÁTICA DE LA ENTREVISTA
34. ¿Cuál es su lección aprendida sobre la innovación tecnológica que hizo el proyecto?
Tercera etapa: Clausura. Tiempo: 30 minutos
♦ Resumen de los comentarios, sin emitir juicios personales. ♦ Agradecimiento y valoración de la participación ♦ Resaltar las características de los participantes e importancia de sus aportes

[i] Taylor y Bogdan sugieren que para elaborar conceptos se sigan los siguientes pasos: 1) buscar palabras y frases del propio vocabulario de los informantes que captan el sentido de lo que ellos dicen, a esto él les llama conceptos concretos, se derivan de la cultura estudiada y no de la definición del científico. Bracker citando a Emerson y Patton les llama Conceptos de primer orden, a los que surgen de las personas investigadas y de Segundo orden a los propios conceptos de los investigados para entender la conducta social de los investigados. 2) Cuando descubra un tema en sus datos, compare los enunciados y acciones entre si para ver si existe un concepto que los unifique. 3) A medida que identifique temas diferentes busque las semejanzas subyacentes que puedan existir entre ellos. Es una palabra o frase que transmita lo que tienen de similar.

[ii] Taylor y Bogdan, especifican que una proposición, es un enunciado general de hechos, basado en datos y se desarrollan mediante el estudio cuidadoso de los datos.

La generalización es producto del estudio cuidadoso de los temas, relacionando entre si diferentes piezas de los datos y se llega a ella de manera gradual.

[iii] Taylor y Bogdan Codificación es un modo sistemático de desarrollar y refinar las interpretaciones de los datos. El proceso incluye la reunión y análisis de todos los datos que se refieren a temas, ideas, conceptos, interpretaciones y proposiciones. Durante esta etapa de análisis, lo que inicialmente fueron ideas e intuiciones vagas se refinan, expanden, descartan, o desarrollan por completo.

[iv] Tratar de dar a los lectores una idea de quién lo dijo: un informante, algunas personas o la mayoría de los informantes.

[v] Taylor y Bogdan citan a Becker y Geer: Cuanto más se tiene que leer en los datos y extraer inferencias basadas en datos indirectos, menos seguro se puede estar acerca de la validez de las interpretaciones y conclusiones.