



unicef   
para cada infancia

# DEPTHS

Una Guía Práctica para la Aplicación  
de las Ciencias del Comportamiento

Herramientas prácticas para fortalecer programas



## TABLA DE CONTENIDO

1. **Introducción**
2. **Definir**
3. **Explorar y diagnosticar**
4. **Diseñar prototipos**
5. **Probar hipótesis**
6. **Escalar**
7. **Conclusion**



# Introducción

## ¡Bienvenidos!

Las ciencias del comportamiento aplicadas se han convertido en una herramienta fundamental para UNICEF y, en general, para el sector humanitario y el de desarrollo. Ésta disciplina mejora programas y políticas a través del abordaje de factores sociales y de comportamiento que determinan el bienestar de las familias y los niños/as.

Esta guía proporciona una base empírica y el método que tiene UNICEF para aplicar las ciencias del comportamiento, e ilustra cómo funciona en la práctica mediante ejemplos concretos.

# En un vistazo

## 1. Presentación del kit de herramientas

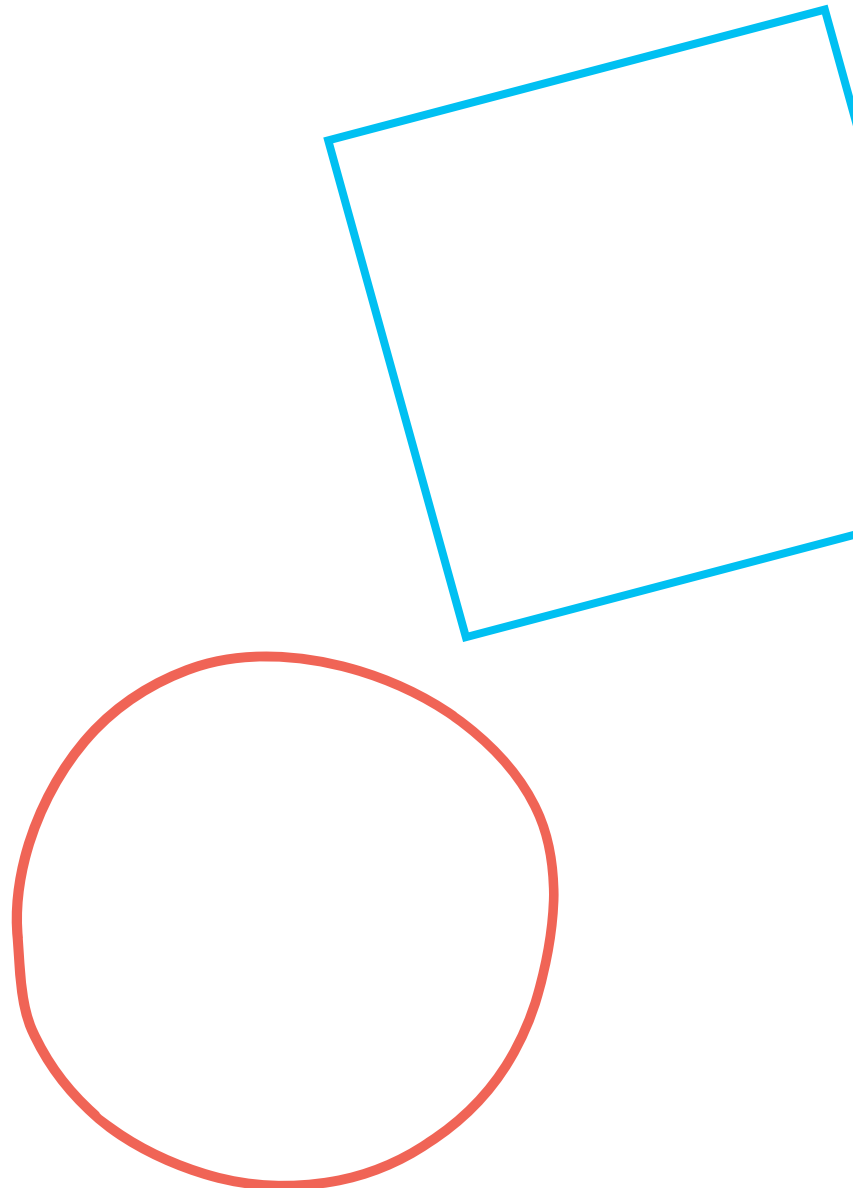
En esta sección se explica el objetivo del kit de herramientas, el público al que va dirigido y cómo están estructurados los diferentes capítulos, lo que ayuda a los lectores a localizar rápidamente lo que necesitan.

## 2. Ciencias del comportamiento aplicadas

En esta sección se presenta el campo de las ciencias del comportamiento aplicadas y sus lecciones y hallazgos sobre cómo las personas piensan y actúan en diferentes contextos.

## 3. El enfoque de UNICEF: DEPTHS

Esta sección ofrece una descripción general de DEPTHS: un proceso que ayuda a las personas a aplicar, gestionar y promover las ciencias del comportamiento en su trabajo.



# Presentación del kit de herramientas

Las ciencias del comportamiento son el estudio de cómo las personas toman decisiones y actúan en su vida cotidiana. En UNICEF, las ciencias del comportamiento están siendo utilizadas cada vez más para diseñar abordajes basados en evidencia que apoyen las oportunidades de mejorar el bienestar de los niños y las familias.

Fundamentalmente, las ciencias del comportamiento ayudan a identificar las barreras que impiden a las personas convertir sus intenciones en acciones, incluso cuando están informadas y motivadas. Más que una disciplina única, las ciencias del comportamiento son una práctica multidisciplinaria que reúne evidencia y perspectivas de campos como la psicología social, la economía y la neurociencia cognitiva para comprender mejor e influir en el comportamiento.

Durante la última década, las organizaciones humanitarias y de desarrollo han adoptado el enfoque de las ciencias del comportamiento a una velocidad notable. Casi todas las principales organizaciones multilaterales, utilizan hoy perspectivas del comportamiento en alguna parte de su trabajo. Dentro del sistema de las Naciones Unidas, las ciencias del comportamiento se reconocen como una de las cinco capacidades fundamentales necesarias para hacer realidad la visión UN 2.0 del Secretario General, y el Grupo de Ciencias del Comportamiento de la ONU conecta actualmente a más de 1.000 miembros de más de 60 entidades, entre ellas UNICEF, la OMS y el PNUD. La unidad eMBeD del Banco Mundial ha documentado esta adopción a nivel mundial, describiendo la rápida expansión de los enfoques conductuales en organizaciones como Save the Children y el International Rescue Committee.<sup>1</sup>

Las ciencias del comportamiento ya están transformando la práctica de los programas en el territorio. Las perspectivas del comportamiento han ayudado a aumentar el cumplimiento tributario, mejorar la denuncia de violencia en Indonesia y ampliar el acceso a métodos anticonceptivos. También han ayudado a promover el lavado de manos en escuelas en Filipinas y han reforzado la detección de la malnutrición infantil en Malí. En

contextos humanitarios, las ciencias del comportamiento también están empezando a demostrar su valor. Por ejemplo, contribuyeron a que madres y padres refugiados estén más involucrados en el desarrollo de la primera infancia, y también a mejorar las denuncias de incidentes médicos en campamentos en Bangladesh y Rwanda.

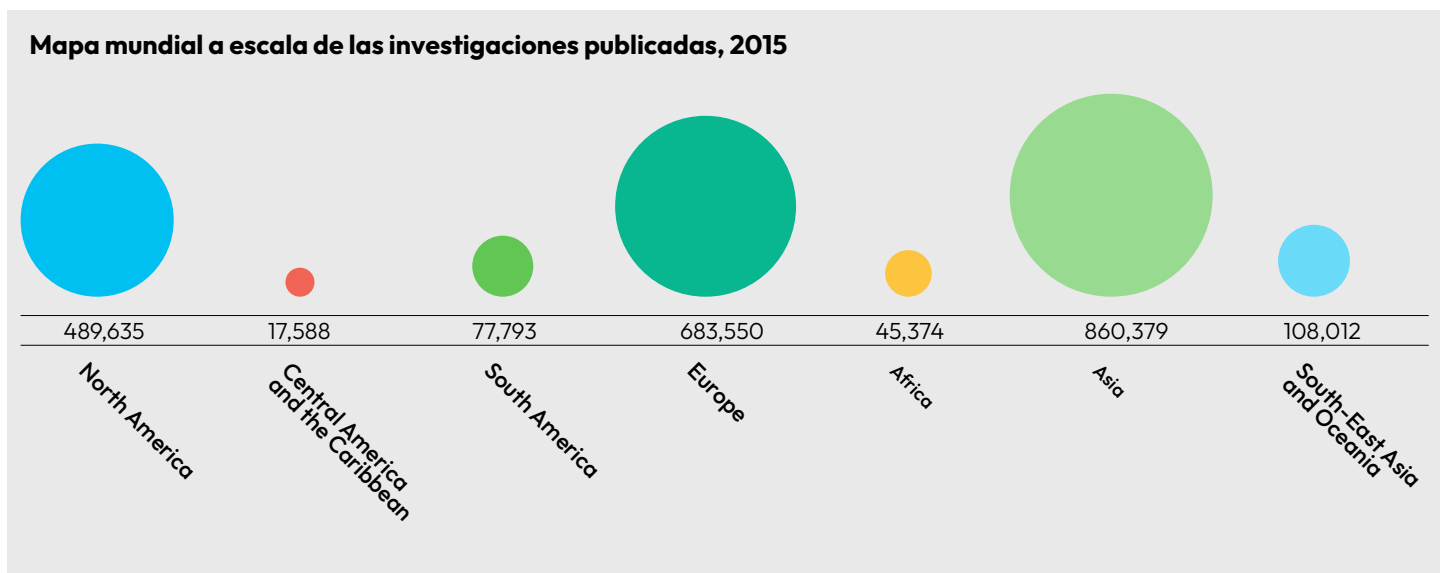
Sin embargo, la adopción en el sector humanitario y de desarrollo sigue siendo desequilibrada. Algunas organizaciones están experimentando con cautela, mientras que otras -entre ellas el BIRD Lab de UNICEF- ya han establecido equipos y tienen un portfollio de proyectos que se encuentra en expansión. Incluso dentro de UNICEF, la adopción varía considerablemente: algunos equipos aplican métodos de las ciencias del comportamiento de forma rutinaria, mientras que otros apenas están comenzando. Estas inconsistencias son reflejo de un desafío más grande en el ámbito de la generación global de evidencia. La mayoría de las investigaciones que utilizan las ciencias del comportamiento están basadas en participantes de sociedades occidentales, educadas, industrializadas, ricas y democráticas (WEIRD, por sus siglas en inglés).

Las sociedades WEIRD representan una proporción desmesurada del porcentaje total de estudios científicos a pesar de constituir solo una pequeña fracción de la población mundial.<sup>2</sup> Esta brecha y discrepancia limita la relevancia de la evidencia existente para muchas de las comunidades a las que UNICEF brinda apoyo.

Dado que UNICEF trabaja con una población diversa, este manual tiene el objetivo de promover un uso más consistente y eficaz de las ciencias del comportamiento, destacar en qué aspectos puede aportar valor y contribuir a crear una base empírica más inclusiva y representativa. Los ejemplos, casos de estudio, y plantillas de trabajo tienen como objetivo inspirar y guiar, pero es importante que sean adaptadas con cuidado, informadas por perspectivas locales y evaluadas en cada contexto.

1 <https://www.apa.org/monitor/2010/05/weird>

2 <https://www.apa.org/monitor/2010/05/weird>



Fuente: [worldmapper.org](http://worldmapper.org) CC BY-NC-SA 4.0

## ¿A quién va dirigida esta guía?

Este recurso está dirigido a UNICEF, sus socios y los gobiernos interesados en aplicar evidencia y métodos de las ciencias del comportamiento para promover los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y garantizar los resultados y los derechos de los niños. Está diseñado para satisfacer las necesidades de tres públicos principales:

- **Gerentes** de equipos y proyectos que desean aprovechar las ciencias del comportamiento aplicadas para mejorar los resultados de los programas o las políticas.
- **Profesionales** que aplican directamente las ciencias del comportamiento, a menudo con formación previa en áreas relacionadas con el Cambio Social y de Comportamiento (SBC por sus siglas en inglés).
- **Líderes** que abogan por enfoques más sistemáticos y basados en evidencia para el cambio de comportamiento.

## Qué esperar

El capítulo introductorio ofrece un resumen de las ciencias del comportamiento aplicadas. Cada uno de los siguientes capítulos del proceso DEPTHS comienza con una descripción general en la que se describe el enfoque del capítulo (por ejemplo, herramientas y procesos), lo que harán los equipos durante cada fase y los desafíos más comunes que pueden enfrentar.

Cada capítulo brinda orientación práctica sobre cuándo y cómo utilizar herramientas específicas de las ciencias del comportamiento. Estas herramientas pueden aplicarse de manera independiente o integrarse en los procesos existentes de SBC para reforzarlos. Cada sección también incluye recursos adicionales externos para profundizar sobre temas puntuales.

## Recursos relacionados

La guía de campo forma parte de un conjunto completo de recursos que tiene como objetivo servir a diversos públicos y casos de uso. Los participantes explorarán conceptos clave y verán cómo funcionan las ciencias del comportamiento aplicadas en la práctica, mientras que los profesionales experimentados podrán profundizar en las herramientas y métodos para fortalecer sus habilidades. El paquete completo incluye:

- **Guía de campo:** La referencia principal o «libro de texto». En este paquete, la guía de campo reúne herramientas, estudios de casos, plantillas y técnicas para apoyar la aplicación de las ciencias del comportamiento de principio a fin.
- **Kit de herramientas:** La «guía práctica», con hojas de trabajo y herramientas para cada fase de DEPTHS, ilustrada con casos de uso y ejemplos para facilitar la comprensión.
- **Materiales de capacitación:** Módulos de conferencias participativas con ejercicios prácticos que ayudan a los profesionales y socios a desarrollar sus habilidades.
- **Micrositio:** Ubicado en el sitio web del [Laboratorio BIRD](#), el micrositio ofrece los materiales más actualizados y se actualiza periódicamente a medida que evoluciona el paquete.

Los materiales estarán disponibles en inglés, francés y español, y se realizarán traducciones adicionales en función de la demanda.

# Ciencias del comportamiento aplicadas

Las ciencias del comportamiento son el estudio empírico de cómo piensan, deciden y actúan las personas, con énfasis en la observación y la experimentación.<sup>3</sup> Aunque se originó en la intersección de la economía y la psicología cognitiva (conocida como economía del comportamiento), se ha ampliado para incluir métodos de investigación, evidencia y perspectivas de muchas otras disciplinas.

Esta guía de campo se basa en tres abordajes: las ciencias del comportamiento, el pensamiento sistémico y el diseño centrado en el ser humano, que en conjunto informan el proceso DEPTHS al explicar cómo las personas toman decisiones. Esto resalta aún más los sistemas que dan forma al comportamiento y fundamenta las soluciones en la experiencia vivida. Lo que distingue a las ciencias del comportamiento, como subdisciplina de las ciencias sociales en general, es su enfoque en dos elementos: en primer lugar, su atención particular a la interacción entre la cognición y el contexto; es decir, cómo los detalles locales, a menudo cambiantes, del entorno afectan a las decisiones de las personas. En segundo lugar, su compromiso con la evidencia rigurosa, la construcción de conocimiento sobre el comportamiento humano a través de la experimentación y la evaluación sistemáticas.

Las ciencias del comportamiento tienen sus raíces en la investigación académica, pero su pleno potencial se materializa cuando se aplica en la práctica. Las ciencias del comportamiento aplicadas desarrollan la evidencia y el conocimiento de las ciencias del comportamiento para influir de forma intencionada en los comportamientos, hábitos y decisiones de las personas en contextos del mundo real. En UNICEF, este trabajo se centra especialmente en mejorar las oportunidades de los niños, junto con su salud, bienestar y seguridad.

Tal como se describe en la Figura 2 anterior, las ciencias del comportamiento aplicadas ofrece a los profesionales lo siguiente:

- Una base empírica, que incluye un modelo conceptual de la mente, un enfoque para analizar situaciones y orientación práctica sobre enfoques que pueden ser eficaces en un contexto determinado.

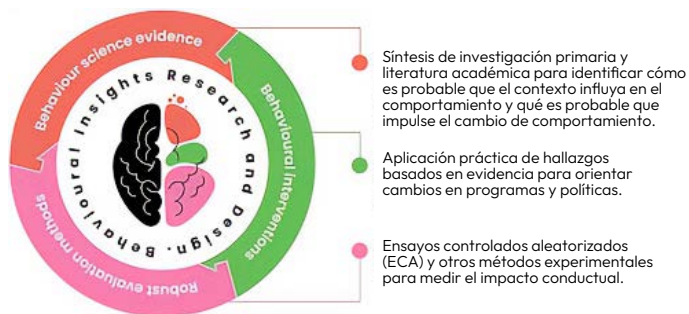


Figura 2: Investigación y diseño de conocimientos sobre el comportamiento (Busara, 2025, basado en BIT)

- Un proceso basado en esa evidencia, que permite diagnosticar los factores impulsores de decisiones y comportamientos específicos, los cuales pueden influenciarse mediante intervenciones focalizadas.
- Métodos de evaluación robustos, que evalúan el impacto de las intervenciones y generan nuevas lecciones para nutrir la base empírica.

Las ciencias del comportamiento reconocen que la toma de decisiones humanas suele estar condicionada por atajos mentales que ayudan a las personas a tomar decisiones rápidas, pero que también pueden conducir a errores predecibles. Por ejemplo, el sesgo de disponibilidad lleva a sobreestimar la probabilidad de acontecimientos que son fáciles de recordar, como los accidentes aéreos o los ataques de tiburones, porque se perciben como más destacados que los riesgos menos memorables. Si bien estos sesgos y heurísticas son importantes, están bien cubiertos por recursos como [el Modelo de factores impulsores del Comportamiento](#) (Behavioural Drivers Model) de UNICEF y [los resúmenes de grupos como Decision Lab](#). También hay más información sobre los sesgos en estos recursos de capacitación: [Lección 1](#), [Lección 2](#) y [Lección 3](#).

En lugar de volver a examinar los mecanismos psicológicos subyacentes, aquí nos centramos en poner en práctica las perspectivas que los investigadores han descubierto sobre los factores impulsores del comportamiento y la toma de decisiones. La guía de campo está diseñada para ayudar a los lectores a aplicar métodos de las ciencias

3 UNICEF Laboratorio BIRD

del comportamiento para comprender mejor e influir en los contextos y las comunidades con los que trabajan.

## El enfoque del comportamiento

Al analizar los desafíos a partir de evidencia sobre cómo las personas realmente piensan y actúan, el enfoque del comportamiento ayuda a revelar las barreras, los factores impulsores y las oportunidades de cambio. En esencia, esta perspectiva se basa en la comprensión de los diferentes procesos mentales que interactúan con nuestro entorno y que dan forma a nuestro comportamiento.

## Teoría del proceso dual

Una de las metáforas más útiles para la toma de decisiones es la teoría del proceso dual, popularizada por el psicólogo ganador del Premio Nobel Daniel Kahneman. Explica que nuestra mente se basa en dos sistemas: uno rápido, automático e impulsivo («sistema 1») y otro más lento y deliberado («sistema 2»).

El sistema 1, el sistema reactivo, es esencial para nuestra supervivencia. De hecho, muchas de nuestras funciones cognitivas se basan en procesos mentales que son «rápidos, sin esfuerzo y automáticos», como reconocer rostros o desencadenar la respuesta de lucha o huida. Imaginemos que tuviéramos que ralentizar y analizar conscientemente los rasgos faciales de cada persona con la que nos encontráramos, y compararlos conscientemente con los recuerdos de rostros que hemos visto anteriormente. El esfuerzo sería abrumador y nos dejaría poca capacidad para las muchas otras tareas que ocupan nuestra mente consciente a diario.

El Sistema 1 nos resulta útil la mayor parte del tiempo, pero su rapidez y eficiencia conllevan ciertos costos. Su

naturaleza automática y su susceptibilidad a las señales del entorno pueden hacerlo propenso al error, especialmente en situaciones que requieren un criterio minucioso. En síntesis, el Sistema 1 se apoya en atajos mentales para ofrecer respuestas rápidas, pero esas respuestas a menudo pueden ser incompletas, engañosas o sesgadas.

Por el contrario, el pensamiento del Sistema 2 hace referencia a nuestro pensamiento más deliberado y consciente. El procesamiento del Sistema 2 es lento, reflexivo y atento a los objetivos e intenciones explícitos.<sup>4</sup> Al hacer una pausa, supervisar y corregir los juicios, el Sistema 2 puede contrarrestar los errores que surgen de las rápidas intuiciones del Sistema 1. Sin embargo, no los anula automáticamente: activar el Sistema 2 requiere ralentizar conscientemente, prestar atención y reflexionar.

Aun así, el Sistema 2 es imperfecto. El pensamiento lógico no es como una calculadora: las personas a menudo tienen dificultades con ecuaciones complejas o probabilidades, incluso cuando piensan con cuidado. El pensamiento del Sistema 2 también tiene un costo: el esfuerzo de concentración reduce nuestra capacidad para planificar o pensar en otras cosas, y su uso prolongado puede dejarnos cansados o agotados mentalmente. Cuando se sobrecarga, este tipo de pensamiento se vuelve menos eficaz.

Una metáfora útil es la del jinete y el elefante. El Sistema 2 es el jinete, consciente, deliberado y capaz de dirigir, mientras que el Sistema 1 es el elefante, poderoso, rápido y que realiza la mayor parte del trabajo.<sup>5</sup> El jinete a veces puede dirigir, pero el elefante suele estar al mando. De hecho, nuestra mente consciente suele inventar razones para acciones que en realidad fueron impulsadas por el Sistema 1.<sup>6</sup>



Figura 3: El jinete (Sistema 2) y el elefante (Sistema 1).

4 Kahneman, D. (2011). Thinking, fast and slow. Farrar, Straus and Giroux.

5 Véase Haidt's The Happiness Hypothesis which popularized the metaphor in modern times. La metáfora original se atribuye a Buddha.

6 13 Por ejemplo, puede revisar Wilson (2002) con su libro acertadamente titulado book Strangers to Ourselves.

## Una narrativa de la mente y la oportunidad de cambiar

Basándonos en la teoría del proceso dual, cuatro perspectivas fundamentales de las ciencias del comportamiento pueden organizarse en una narrativa que interpreta las decisiones y los comportamientos de las personas:

- **Límites mentales:** las personas tienen tiempo y energía limitados, y la mayor parte de su esfuerzo mental se dedica a un pequeño número de decisiones complejas cada día.
- **Atajos: para todo lo demás, las personas recurren a atajos mentales:** observan lo que hacen los demás, siguen lo que les parece bien o recurren a rutinas familiares. Uno de los atajos más poderosos es el hábito: acciones repetitivas que se realizan sin pensar conscientemente, como montar en bicicleta, comer o mirar el teléfono.
- **Resultados imperfectos:** estos atajos funcionan la mayoría de las veces, pero no siempre; pueden llevar a las personas a actuar de manera contraria a sus propios objetivos o intenciones.
- **Oportunidad de cambio:** al comprender cómo los atajos moldean el comportamiento, los profesionales pueden ajustar el contexto circundante para fomentar elecciones más saludables, seguras o beneficiosas.

Consideremos cómo se aplican estas cuatro perspectivas en una situación hipotética: un cuidador está decidiendo si debe vacunar a su hijo. ¿Qué pasos es probable que dé?

- ¿Leen las personas toda la literatura científica antes de decidirse a vacunarse? Por supuesto que no, nuestros límites cognitivos lo hacen imposible. En cambio, las personas se basan en atajos mentales: lo que ya saben, las historias que han oído, lo fácil que es llegar a la clínica o si alguien de su comunidad se enfermó después de

vacunarse. Las personas utilizarán estas pistas (el contexto, las redes sociales y las percepciones de los demás) para guiar sus decisiones.

- Sin embargo, los atajos no siempre conducen a los mejores resultados y, a menudo, pueden ser engañosos. Las historias de enfermedades pueden ser mitos o no tener relación con la vacunación; una larga espera en la clínica un día puede no reflejar la experiencia habitual.
- La mente no puede evitar utilizar atajos, pero los profesionales pueden diseñar soluciones para contrarrestarlos. Al reducir las barreras y destacar las normas positivas, se pueden aprovechar esos mismos atajos para ayudar a las personas a cumplir sus intenciones.

Existen numerosas investigaciones sobre los atajos mentales, cómo funcionan y cómo aprovecharlos o abordarlos. Al final del capítulo se proporcionan referencias para los lectores que deseen profundizar en el tema. Ahora es el momento de examinar ejemplos prácticos de estos atajos mentales en acción.

## Ejemplos de sesgos o atajos

Los científicos del comportamiento han estudiado más de un centenar de atajos diferentes en los que se basa la mente humana.<sup>7,8</sup> No es necesario conocerlos todos para aplicar las ciencias del comportamiento de manera eficaz: el propio proceso de investigación ayuda a identificar las cuestiones específicas que entran en juego en una situación determinada. No obstante, puede ser útil comprender algunos de estos atajos comunes. A continuación se presentan algunos ejemplos que son relevantes para la labor de UNICEF.

- **El sesgo actuales** la tendencia a dar más importancia a los costos y beneficios inmediatos que a los que se producirán en el futuro. Es más fuerte cuando los beneficios son a largo plazo o abstractos, mientras que los costos son inmediatos y concretos, y viceversa.<sup>9</sup>

7 Blumenthal-Barby J. S. (2016). Biases and Heuristics in Decision Making and Their Impact on Autonomy. *The American journal of bioethics*, 16(5), 5–15. <https://doi.org/10.1080/15265161.2016.1159750>

8 Bojke, L., Soares, M., Claxton, K., Colson, A., Fox, A., Jackson, C., Jankovic, D., Morton, A., Sharples, L., & Taylor, A. (2021, June 1). Reviewing the evidence: heuristics and biases. *Developing a Reference Protocol for Structured Expert Elicitation in Healthcare Decision-making: A Mixed-methods Study* — NCBI Bookshelf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571047/>

9 Deng, N., Hodroj, B., Latham, A. J., Lee-Tory, J., & Miller, K. (2024). Is present-bias a distinctive psychological kind? *Inquiry*, 1–27. <https://doi.org/10.1080/0020174x.2024.2321614>

Consideremos, por ejemplo, un programa de SBC diseñado para fomentar la vacunación. Los beneficios para la salud son diferidos e inciertos (protección contra enfermedades en algún momento del futuro), mientras que los costos son inmediatos: efectos secundarios, tiempo de desplazamiento o las molestias de acudir a la clínica. Por lo tanto, un programa de SBC que haga hincapié en estos beneficios médicos diferidos puede fracasar. En cambio, un enfoque más eficaz podría destacar un beneficio social a corto plazo, como el número de compañeros o vecinos que ya están vacunando a sus hijos, lo que haría que la decisión se sintiera más inmediata y gratificante.

- **Opciones predeterminadas y sesgo del status quo.** Cuando se presentan opciones a las personas, la elección predeterminada tiene una enorme influencia. Esto se debe en parte al sesgo del status quo: la tendencia a mantener las condiciones existentes incluso cuando hay razones de peso para elegir otra opción.

Consideremos un programa de ahorro para los empleados de una importante empresa de Afganistán.<sup>10</sup> Los investigadores probaron varias estrategias para impulsar la inscripción: ofrecer el programa sin incentivos, proporcionar una contribución equivalente al 50 % e inscribir automáticamente a los empleados por defecto en el programa (con la opción de darse de baja). La inscripción fue casi nula sin incentivos ni inscripciones automáticas. La aportación del 50 % aumentó la participación en un 47 %, mientras que la inscripción automática la aumentó en un 40 %. Aunque la aportación era costosa y difícil de mantener, la inscripción automática era barata y preservaba la libertad de los empleados de darse de baja. Cuando se combinaron, la inscripción automática y los incentivos resultaron aún más eficaces. Este ejemplo ilustra el poder de la arquitectura de las decisiones: simples cambios en la forma de presentar las opciones, para impulsar un cambio en el comportamiento.<sup>18</sup>

- **Las brechas de empatía** se producen cuando las personas tienen dificultades para anticipar cómo ellas mismas —o alguien más— pensarán, sentirán o actuarán en un estado emocional o una situación diferente.<sup>11</sup> Una forma de reducir estos vacíos consiste en guiar a las personas a través de un proceso deliberado de imaginar la experiencia de otra persona o de considerar cómo ellas mismas podrían responder en un contexto distinto.

Por ejemplo, en Turquía, un plan de estudios escolar de un año de duración introdujo actividades de adopción de perspectivas en las escuelas primarias, donde el 18 % de los alumnos eran refugiados. El programa animaba a los alumnos a adoptar las perspectivas de sus compañeros exogrupo (ajenos al grupo),<sup>12</sup> fomentando tanto la empatía emocional como la cognitiva. Como resultado, las escuelas obtuvieron una reducción significativa de la violencia entre compañeros, la exclusión social y la segregación étnica, junto con un aumento de la confianza, el altruismo y otros comportamientos prosociales. Este ejemplo muestra cómo las intervenciones tempranas pueden ayudar a salvar las brechas de empatía y promover la cohesión social a largo plazo, en comunidades diversas.<sup>13</sup>

- **El error fundamental de atribución** se refiere a la tendencia a sobrevalorar los rasgos personales (como el carácter, las intenciones o las habilidades de una persona) y a subestimar los factores situacionales (como el contexto, el entorno o las circunstancias) a la hora de explicar el comportamiento de otros individuos. Por el contrario, cuando las personas explican su propio comportamiento, suelen atribuirlo a la situación, en lugar de a su carácter o disposición. Esta asimetría —juzgar a los demás por lo que son, mientras que nos juzgamos a nosotros mismos por las circunstancias a las que nos enfrentamos— da forma a muchas interacciones.

Consideremos otra situación hipotética relacionada con la salud en la que una madre lleva a su hijo muy enfermo a la clínica. El personal sanitario podría

10 Véase: <https://poverty-action.org/blog/mobile-izing-savings-with-defaults-afghanistan>

11 Véase: Loewenstein, G. (2005). Hot-cold empathy gaps and medical decision making. *Health Psychology*, 24(4, Suppl), S49–S56.

12 Según el Diccionario de Psicología de la Asociación Americana de Psicología, exogrupo se refiere a “cualquier grupo al que una persona no pertenece o con el que no se identifica”.

13 Chatterjee, Shreya; Gassier, Marine; Myint, Nikolas. Leveraging Social Cohesion for Development Outcomes (English). Policy Research working paper; no. WPS 10417 Washington, D.C. : World Bank Group.

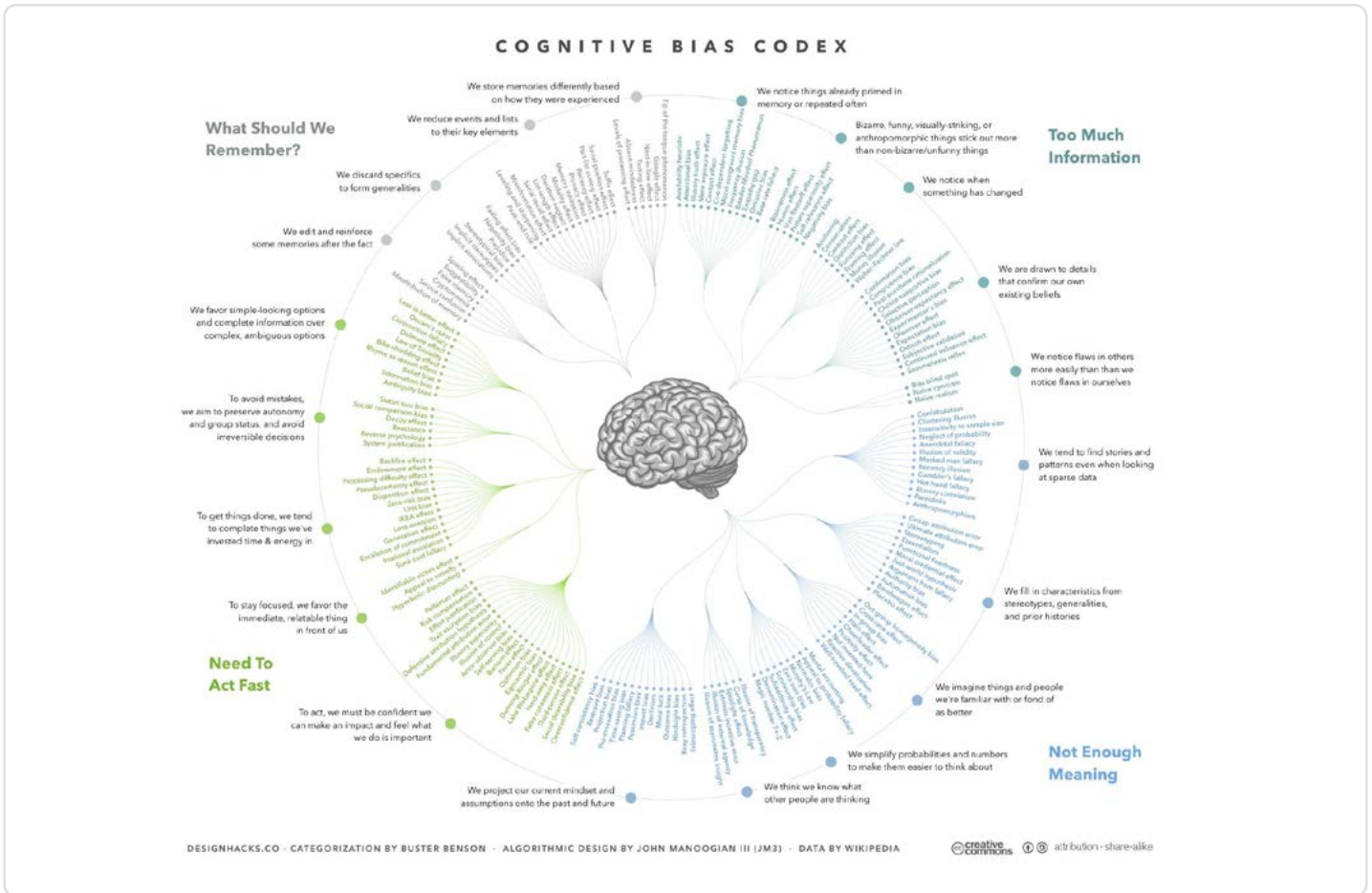


Figura 4: Código de sesgo cognitivo (Fuente: Escuela de Gobierno, UNC)

pensar: «Las madres llevan a sus hijos a la clínica demasiado tarde porque no les importa. ¡Debo regañarlas para que traigan a sus hijos ante los primeros síntomas de enfermedad!». Si bien esta frustración es comprensible, esta opinión pasa por alto barreras situacionales como las largas distancias de desplazamiento, los altos costos o las responsabilidades contrapuestas. En este caso, el error fundamental de atribución lleva a culpar a la persona en lugar de comprender su contexto.

- **El sesgo de confirmación** es la tendencia a percibir, valorar, prestar atención y creer de forma selectiva la información que respalda nuestras creencias existentes. Si bien este enfoque nos ayuda a filtrar lo que nos parece más relevante, también puede reforzar opiniones inexactas y comportamientos perjudiciales.

Los investigadores llevan mucho tiempo estudiando un tipo concreto de sesgo de confirmación entre los profesores: cómo las expectativas previas sobre el rendimiento de los alumnos moldean su percepción y el trato posterior que dan a los alumnos, lo que puede crear una profecía autocumplida de bajo (o alto) rendimiento. Aunque gran parte de este trabajo se

ha centrado en los grupos desfavorecidos de Estados Unidos,<sup>14</sup> estudios recientes están examinando la cuestión en diversos contextos de todo el mundo.<sup>15</sup>

Los ejemplos de [la lección 2](#) de los materiales de formación ofrecen más ejemplos y explicaciones de sesgos comunes, basándose en estudios sobre cómo estos influyen en la toma de decisiones.<sup>16,17</sup>

Aunque la heurística y los sesgos pueden parecerse a los hábitos, son diferentes. Los sesgos son atajos sistemáticos en el juicio, mientras que los hábitos son comportamientos que se activan automáticamente por señales del entorno, a menudo fuera del control consciente. Aunque los hábitos no suelen figurar como sesgos o heurísticas, pueden considerarse uno de los atajos más poderosos, ya que nos ayudan a conservar el esfuerzo mental.

Los hábitos moldean la vida cotidiana, incluida la vida de las familias y los niños. En la nutrición infantil, por ejemplo, los alimentos que se compran y preparan en casa suelen seguir rutinas arraigadas, por lo que los programas que ignoran estos patrones tienen pocas probabilidades de éxito.<sup>18</sup> Del mismo modo, una investigación realizada en Kenia muestra que el lavado de manos, cuando se establece como un hábito inconsciente, es un factor clave para determinar si los padres transmiten enfermedades infecciosas infantiles.<sup>19</sup>

### ¿Cuándo recurre la gente a los atajos?

Los atajos mentales son fundamentales para el funcionamiento de la mente, ya que reducen el esfuerzo de tomar innumerables decisiones diarias. Las personas tienden a recurrir a ellos sobre todo en situaciones difíciles, como las siguientes:

- **Decisiones complejas** con demasiada información que procesar, muchas opciones que sopesar o una gran incertidumbre sobre los resultados futuros.
- **Distracciones y molestias** que interfieren en la toma de decisiones y en la rapidez de la acción, incluyendo demasiados pasos, un largo retraso entre la decisión y la acción.
- **Fuerte presión social** para tomar una acción o decisión concreta.
- **Repetición de una situación** en la que se ha enfrentado muchas veces una elección similar, sin sufrir consecuencias negativas por las decisiones anteriores.
- **Baja importancia**, cuando la elección simplemente no es una prioridad o es mucho menos importante que otros asuntos más urgentes.

Los atajos no son intrínsecamente malos, son estrategias inteligentes que a menudo nos sirven. Sin embargo, pueden ser engañosos cuando las personas se enfrentan a elecciones más difíciles, menos familiares o que perciben que no son apoyadas por otros miembros de su comunidad o grupo. Estas son precisamente las situaciones en las que las ciencias del comportamiento pueden aportar más valor.

14 Veá Jussim and Harber (2005) for a summary. Jussim, L., & Harber, K. D. (2005). Teacher Expectations and Self-Fulfilling Prophecies: Knowns and Unknowns, Resolved and Unresolved Controversies. *Personality and Social Psychology Review*, 9(2), 131–155.

15 Por ejemplo, Zadjia (2021). Zadjia, J. (2021). Discrimination and Self-Fulfilling Prophecy in Schools Globally. In J. Zadjia (Ed.), *Globalisation and Education Reforms: Creating Effective Learning Environments* (pp. 51–70). Springer International Publishing.

16 Casigliani, V., Menicagali, D., Fornili, M., Lippi, V., Chinelli, A., Stacchini, L., Arzilli, G., Scardina, G., Baglietto, L., Lopalco, P., & Tavošchi, L. (2022). Vaccine hesitancy and cognitive biases: Evidence for tailored communication with parents. *Vaccine X*, 11, 100191. <https://doi.org/10.1016/j.jvacx.2022.100191>

17 Azarpanah, H., Farhadloo, M., Vahidov, R., & Pilote, L. (2021). Vaccine hesitancy: evidence from an adverse events following immunization database, and the role of cognitive biases. *BMC Public Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11745-1>

18 Véase por ejemplo Ji and Wood (2007). Ji, M. F., & Wood, W. (2007). Purchase and Consumption Habits: Not Necessarily What You Intend. *Journal of Consumer Psychology*, 17(4), 261–276. [https://doi.org/10.1016/S1057-7408\(07\)70037-2](https://doi.org/10.1016/S1057-7408(07)70037-2)

19 See Aunger et al. (2010). Aunger, R., Schmidt, W.-P., Ranpura, A., Coombes, Y., Maina, P. M., Matiko, C.N., & Curtis, V. (2010). Three kinds of psychological determinants for hand-washing behaviour in Kenya. *Social Science & Medicine*, 70(3), 383–391. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.10.038>

## ¿Qué implicaciones tiene esto para el cambio de comportamiento?



Figure 5 : Écart entre l'intention et l'action. Busara 2025.

La primera implicación es la brecha entre las intenciones y las acciones. Las personas pueden querer hacer o lograr algo importante, pero no lo llevan a cabo. Por ejemplo, un cuidador puede conocer el valor de las pruebas clínicas para una enfermedad crónica, pero el sesgo actual desvía su atención hacia tareas inmediatas como preparar la comida o llevar a un niño a la escuela. Otras limitaciones universales, como el olvido o la procrastinación, también pueden interponerse en el camino.

En segundo lugar, las ciencias del comportamiento afirman que la mente humana no es defectuosa y que las personas que parecen actuar de forma irracional no son tontas. Como investigadores y profesionales, a veces caemos en la trampa de culpar a los demás por no tomar la «mejor» decisión, en parte debido a nuestro propio error de atribución fundamental. Pasamos por alto que la mente de todos es limitada, incluida la nuestra, y que los atajos que utilizamos son generalmente ingeniosos y útiles, aunque imperfectos.

En tercer lugar, las ciencias del comportamiento demuestran que a menudo es más eficaz cambiar el contexto que cambiar la mente de las personas. Al examinar el sistema que rodea a un problema, es posible rediseñar los entornos para que sea más fácil tomar mejores decisiones. Analizar el contexto y desarrollar soluciones prácticas es la esencia de las ciencias del comportamiento aplicadas y el objetivo de esta guía.

En conjunto, estas perspectivas pueden ayudarnos a diseñar intervenciones que aborden las verdaderas causas de por qué las personas actúan de la forma en la que lo hacen.

## 3. El enfoque de UNICEF: DEPTHS

### Acerca de DEPTHS

UNICEF ha desarrollado DEPTHS, un proceso sistemático para ayudar a los profesionales a aplicar las ciencias del comportamiento en la práctica. DEPTHS son las siglas (en inglés) de Definir, Explorar y Diagnosticar, Diseñar Prototipos, Probar Hipótesis y Escalar. A alto nivel, refleja el modelo común utilizado por la mayoría de las organizaciones de ciencias del comportamiento e investigadores, aportando rigor científico a los retos del mundo real.<sup>20</sup>

La mayoría de los enfoques más utilizados en las ciencias del comportamiento aplicadas se desarrollaron hace años, antes de que el campo comenzara a converger entre disciplinas. Hoy en día, las mejores prácticas en ciencias del comportamiento se basan en enfoques multidisciplinarios, como la evidencia y el rigor de la economía del comportamiento, la psicología, la investigación cualitativa y el análisis de sistemas.

Esta guía se basa en los recursos existentes de todas estas disciplinas, al tiempo que destaca los aspectos de las ciencias del comportamiento aplicadas que son más relevantes para trabajar con y para los niños. En particular, hace hincapié en los aspectos en los que las ciencias del comportamiento aplicadas ofrecen algo distintivo, como el mapeo de microcomportamientos, o la identificación de sesgos que influyen en las respuestas a las encuestas. Al hacerlo, se basa en enfoques establecidos en SBC, diseño centrado en el ser humano (HCD por sus siglas en inglés) y campos relacionados, al tiempo que añade nuevas herramientas, mentalidades y pruebas al kit de herramientas compartidas para lograr un impacto ético en el comportamiento.

<sup>20</sup> Wendel, Khan y Artavia-Mora (2023). Por ejemplo, BIT utiliza un proceso denominado [TESTS](#), Busara utiliza [AUDAS](#) e [Ideas42 utiliza IDEAS](#). Cada uno de ellos consta de cinco pasos, y cada paso tiene objetivos similares a los de DEPTHS.

## Un breve repaso de cada paso

Los capítulos restantes de esta guía de campo ofrecen una visión detallada de cada paso de DEPTHS, cubriendo sus respectivos propósitos, herramientas prácticas y plantillas, estudios de casos ilustrativos y sugerencias para lecturas adicionales. Los siguientes capítulos cubren el proceso completo de DEPTHS, tal y como se describe a continuación:

**Definir:** Asegurarse de que los investigadores identifiquen claramente el problema específico y los comportamientos concretos que pretenden abordar con una intervención.

**Explorar y diagnosticar:** utilizar la investigación y los datos para comprender los factores socioculturales, ambientales y psicológicos que intervienen.

**Diseñar prototipos:** utilizar el diseño centrado en el ser humanos, creación de prototipos, y otros métodos participativos, para co-crear y probar previamente soluciones provisionales directamente con las personas que las utilizarán.

**Probar hipótesis:** poner a prueba las intervenciones en condiciones reales para ver qué funciona, adaptar los diseños y generar pruebas antes de escalarlas.

**Escalar:** expandir las intervenciones eficaces a nuevos contextos y poblaciones e integrarlas en políticas y sistemas para lograr un impacto a largo plazo.

Para dar vida al proceso, esta guía utiliza un estudio de caso del Líbano como descripción general de cómo funciona el proceso DEPTHS en la práctica. Tras la crisis siria, muchos cuidadores comenzaron, pero no completaron los calendarios de vacunación de sus hijos. Para abordar esta situación, se entregó a los padres folletos en los que se les pedía que se comprometieran a completar las vacunas y se les proporcionaba información práctica sobre cuándo y dónde estaban disponibles los servicios. Esta intervención de bajo costo, basada en el comportamiento, se asoció con un aumento del 6,8 % en la finalización de las vacunas.

Este estudio de caso se reproduce en todos los capítulos de DEPTHS para ilustrar cómo se puede abordar el mismo reto paso a paso: desde la definición del problema hasta la exploración de los factores impulsores del comportamiento, pasando por la creación de prototipos, las pruebas y el escalamiento de las soluciones.



# Apéndice: Términos clave

Cada capítulo introduce nuevos términos y conceptos. A continuación se enumeran los términos clave de este capítulo, y en el apéndice se incluye un glosario completo.

1. **Ciencias del comportamiento aplicadas:** Aprovechan la evidencia de diferentes disciplinas que estudian el comportamiento humano para resolver problemas del mundo real, cambiando intencionadamente la toma de decisiones para bien. Ofrecen a los profesionales tres cosas: una base empírica, un proceso para comprender y cambiar los comportamientos, y métodos sólidos de evaluación y prueba.
2. **Ciencias del comportamiento:** El estudio empírico de cómo piensan, deciden y actúan las personas, con énfasis en la observación y la experimentación.<sup>29</sup>
3. **Sesgo cognitivo:** Patrón sistemático en cómo las personas interpretan información o toman decisiones, influenciadas por atajos mentales, emociones y factores sociales y contextuales.<sup>30</sup>
4. **DEPTHS:** modelo de proceso de UNICEF, que significa Definir, Explorar y Diagnosticar, Diseñar Prototipos, Probar Hipótesis y Escalar.
5. **Contexto:** El entorno interno y externo que afecta a la toma de decisiones y al comportamiento de las personas. Los contextos se componen de la interacción entre las personas (demografía, normas, historia personal) con un lugar (entorno físico, recursos disponibles) en un momento específico (la mentalidad de la persona y los estímulos locales) y con una historia específica (cultura).<sup>31</sup>
6. Para más información, consulte la lista completa de [términos](#).

29 <https://www.unicefbirdlab.org/applied-behavioural-science>

30 Korteling, J. E., Paradies, G. L., & Meer, J. P. S. (2023). Cognitive bias and how to improve sustainable decision making. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1129835>

31 Adaptado de Busara Groundwork

## Introducción

# Definir

## ¡Bienvenido a *Definir*!

El viaje de las ciencias del comportamiento aplicadas comienza aquí. Antes de pasar a la investigación o al diseño de soluciones, es esencial dar un paso atrás y definir qué es el éxito.

Esto implica responder a preguntas como:

- ¿Cuál es el problema que estamos resolviendo?
- ¿Cuál es el resultado que queremos lograr?
- ¿Cuál es el comportamiento específico que queremos que cambie?
- ¿Cuál es el sistema en el que operamos?

Y, por último, ¿dónde estamos mejor posicionados para tener un impacto?

## ¿Por qué definir?

En situaciones en las que existe presión para actuar, los equipos pueden apresurarse a diseñar o implementar soluciones sin ponerse de acuerdo con precisión sobre los problemas que intentan resolver. Sin una definición clara y compartida del problema, incluso esfuerzos bien intencionados pueden dispersarse, volverse ineficientes o estar desalineados con el problema de fondo.

En el trabajo humanitario y de desarrollo, la complejidad de los desafíos a los que nos enfrentamos puede dificultar saber e identificar por dónde empezar. El enfoque de las ciencias del comportamiento aplicadas comienza por adoptar una mirada integral de la situación para identificar los comportamientos específicos que están en el centro del problema. Descomponer problemas que pueden ser abrumadores en preguntas concretas y enfocadas en comportamientos, ayuda a revelar

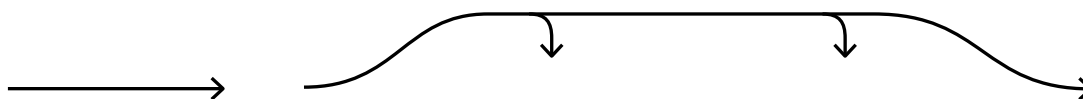
dónde es posible actuar y aclarar qué mecanismos se pueden abordar para impulsar un cambio.

## Cómo definir el desafío

En esta primera fase de la metodología DEPTHS, hay cinco pasos para: crear una comprensión común del problema; identificar comportamientos específicos a cambiar; y señalar los puntos de apalancamiento en los que centrarse. Si bien la mayoría de los pasos son esenciales para garantizar un proyecto de ciencias del comportamiento de alta calidad, otros son opcionales.

Cada paso incluye herramientas específicas, orientación sobre por qué son importantes estas herramientas y cómo utilizarlas. Un **estudio de caso sobre el aumento de la vacunación infantil en el Líbano**, ilustrará cómo se pueden aplicar las herramientas en la práctica.

## Tabla 1. Resumen de la fase de definición



En este paso, se especifica claramente el problema, los resultados de interés, y a quién se debe involucrar.

Una vez definidos el problema y los resultados, identifique los comportamientos que lo componen. Seleccione aquel que tenga el mayor impacto potencial y la mayor viabilidad de cambio.

Crear una representación gráfica de las relaciones entre los diferentes factores del sistema. Incluya tanto los factores impulsores como las barreras para abordar el problema y lograr el resultado deseado.

Utilice el mapa del sistema para identificar los puntos de apalancamiento: aspectos de un sistema que, si se modificaran, tendrían un gran impacto en los resultados deseados.

Todos los resultados de la fase de definición culminarán en un resumen de una página: el lienzo del proyecto. Este documento describe el resultado previsto, los puntos de apalancamiento, los posibles actores y las acciones que impulsarán el cambio, junto con las funciones y responsabilidades.

### HERRAMIENTAS

[Definición del problema y declaración de resultados](#)

[Mapa de partes interesadas y público objetivo](#)

### HERRAMIENTAS

[Árbol de comportamientos](#)

[Matriz de priorización de impacto-viabilidad](#)

### HERRAMIENTAS

[Mapa del sistema](#)

### HERRAMIENTAS

[Análisis de puntos de apalancamiento](#)

### HERRAMIENTAS

[Lienzo del proyecto](#)

La fase de definición requiere un equipo comprometido y recursos adecuados. Dependiendo de los objetivos del proyecto, también puede ser útil involucrar a especialistas

en áreas como el propio programa, cambio social y de comportamiento, diseño centrado en el ser humano (HCD por sus siglas en inglés) o pensamiento sistémico.

## Errores comunes

Hay trampas comunes que pueden descarrilar el trabajo basado en el comportamiento. A lo largo de la fase *de definición*, tenga en cuenta estos posibles problemas:

- **Precipitarse a buscar soluciones.** Lanzarse directamente a las intervenciones sin tener en cuenta factores como la rentabilidad o el contexto del sistema puede dar lugar a programas ineficaces. Por ejemplo, diseñar una aplicación para ayudar a los cuidadores a llevar un registro del calendario de vacunación de sus hijos puede parecer prometedor, pero si no se comprende primero cómo acceden los cuidadores a la información, qué les motiva a seguir adelante o si confían en las herramientas digitales, la solución puede fracasar. Las mejores soluciones surgen después de enmarcar el problema y conocer mejor el contexto.
- **No involucrar a las comunidades.** Definir el problema e identificar las prioridades sin la participación y el compromiso de la comunidad puede dar lugar a un desajuste entre el enfoque del proyecto y lo que es importante para las personas directamente afectadas. Un programa de inmunización podría dar prioridad a la construcción de más clínicas fijas para mejorar el acceso, suponiendo que la proximidad es la principal barrera. Sin embargo, si no se consulta a las comunidades, el programa podría pasar por alto la realidad de que los cuidadores a menudo temen el maltrato por parte de los trabajadores sanitarios, o que las tareas domésticas les impiden acudir a las clínicas en horario de atención. La participación comunitaria no es un requisito que se cumple por cumplir, por el contrario, ancla las ciencias del comportamiento aplicadas en la experiencia del mundo real y hace más probable que las soluciones resultantes sean adecuadas y eficaces.
- **Culpar al individuo.** Evite enmarcar los problemas en términos de lo que las personas están haciendo «mal». En su lugar, céntrese en los factores que determinan el comportamiento: los factores estructurales, culturales o ambientales. Por ejemplo, una campaña que motive a padres y madres a vacunar a sus hijos e hijas a tiempo, podría partir desde el supuesto de que las personas no quieren vacunarse, sin embargo puede que ellos tengan que viajar largas distancias, perder ingresos o esperar largas horas en la clínica. Factores ambientales como el transporte, factores impulsores socioculturales como la comunidad familiar y las expectativas, y factores impulsores psicológicos como la confianza en el sistema sanitario influyen en lo que las personas hacen o dejan de hacer.
- **Tratar de resolver el problema sin un foco claro.** Objetivos como «aumentar el uso de anticonceptivos» son demasiado amplios. En su lugar, céntrese en objetivos de comportamiento específicos (por ejemplo, «aumentar el uso consistente de preservativos entre los y las adolescentes de las zonas periurbanas»). Esto facilita la identificación de las causas fundamentales, el diseño de intervenciones personalizadas y la medición de los progresos.
- **Tratar las suposiciones como hechos.** Señale las suposiciones y trátelas como hipótesis que hay que comprobar, no como conclusiones sobre las que actuar. Por ejemplo, introducir una sanción económica para los padres que llegan tarde a recoger a sus hijos al colegio puede parecer una medida disuasoria lógica. Sin embargo, esto puede ser contraproducente, ya que los padres pueden considerar la multa como una tasa que están dispuestos a pagar, en lugar de un comportamiento que deben evitar.
- **Ignorar las dinámicas de poder.** Siempre existe el riesgo de reforzar las jerarquías existentes o pasar por alto quién tiene realmente influencia sobre las decisiones. Si se deja fuera a los responsables formales e informales de la toma de decisiones, las soluciones corren el riesgo de ser ineficaces. En los programas de nutrición, centrar los mensajes únicamente en las madres puede ignorar la autoridad

de los maridos, las abuelas o los líderes locales a la hora de determinar las elecciones alimentarias.

→ **Omitir la documentación y la alineación.**

Sin documentar claramente el enfoque de comportamiento, la población de interés, el alcance y las preguntas abiertas, los equipos corren el

riesgo de desalinearse, duplicar el trabajo y perder el enfoque. Es importante documentar claramente las decisiones clave para mantener al equipo alineado y proporcionar una referencia compartida a medida que el proyecto evoluciona.

## ESTUDIO DE CASO:

# El caso del aumento de la vacunación infantil en el Líbano

La vacunación infantil es una de las intervenciones de salud pública más rentables, pero muchos niños, especialmente en los países de ingresos bajos y medios (PIBM), siguen sin estar vacunados o cuentan con vacunación incompleta. En el Líbano, que alberga la mayor población de refugiados per cápita del mundo, los desafíos para la aceptación de la vacunación se ven agravados por la pobreza, el desplazamiento y la precariedad de los sistemas de salud. Aunque la cobertura nacional de inmunización llegó a acercarse al 90 %, los brotes de sarampión y paperas en 2013 y 2015 revelaron un aumento de los casos de vacunación insuficiente.

En respuesta a ello, el Ministerio de Salud Pública y UNICEF pusieron en marcha el programa de Actividades de Inmunización Acelerada (AIA) para llegar a los niños vulnerables a través de los centros de salud y la divulgación comunitaria. Sin embargo, incluso con servicios gratuitos y campañas de educación, la falta de vacunación seguía siendo elevada.

Un equipo multidisciplinario de UNICEF, Nudge Lebanon y el Ministerio de Salud Pública (MoPH) se propuso

explorar estos desafíos desde la perspectiva de las ciencias del comportamiento para definir el problema. En lugar de centrarse únicamente en las barreras estructurales o de acceso, se centraron en la toma de decisiones de los cuidadores e identificaron barreras como los largos tiempos de espera, las limitaciones socioculturales y la confianza en el sistema de salud.

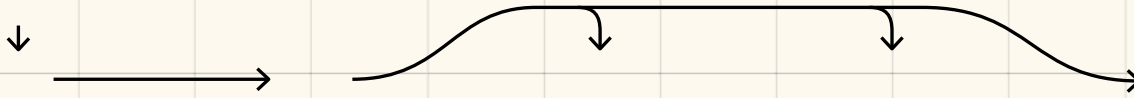
El equipo basó su trabajo en perspectivas del mundo real y sentó las bases para poner a prueba las intervenciones articulando el problema desde el enfoque de toma de decisiones de los cuidadores.

A lo largo de esta guía, y comenzando por la fase de definición, el recorrido del equipo de investigación del Líbano servirá como ejemplo real de cómo cada fase del proceso DEPTHS, puede ayudar a los equipos a aplicar eficazmente las perspectivas del comportamiento.

**Nota:** Aunque este equipo no utilizó explícitamente todas las herramientas de la guía de campo DEPTHS, se han utilizado datos reales del proyecto para ilustrar y alinear su proceso de diseño.



© UNICEF2021/Fouad-Choufany/Lebanon



## PASO 1:

# Definir el problema y los resultados

### En este paso:

Este paso guía a los equipos para definir el problema y redactar [una declaración de resultados SMART](#) (específica, medible, alcanzable, relevante y con plazos definidos). El resultado debe ser ambicioso pero realista, basado en lo que es importante para las personas a las que atiende UNICEF y factible para el equipo del proyecto. Una declaración de resultados sólida define:

- El cambio específico que se quiere lograr.
- La población objetivo para el cambio de comportamiento.
- La magnitud del cambio previsto.
- El plazo para el cambio previsto.

### Herramientas asociadas:

- [Definición del problema y declaración de resultados](#)
- [Mapa de partes interesadas y público objetivo](#)

## Por qué es importante:

Un problema bien definido es más que un simple tema o una preocupación general, como «las bajas tasas de vacunación»: es una brecha específica y observable entre la situación actual y la situación deseada. Definir el problema significa preguntarse: ¿A quién afecta? ¿Qué está fallando? ¿Por qué es importante? ¿Cuál es el costo de la inacción?

El rol de una declaración de resultados es describir un resultado claro y tangible por el que trabajará el proyecto, dentro del tiempo, el alcance y los recursos disponibles. Una declaración de resultados sólida articula claramente el cambio por el que trabaja el proyecto. Evita la búsqueda prematura de soluciones y sirve de guía para todas las decisiones posteriores.

Este es también un buen momento para comprobar si las ciencias del comportamiento son la herramienta adecuada para su problema: las ciencias del comportamiento aplicadas ayudan sobre todo cuando las personas tienen la capacidad, la oportunidad y la motivación para actuar, pero siguen enfrentando barreras para llevarlo a cabo.

## Cómo hacerlo:

### 1. Trabaje con expertos para identificar oportunidades

Empieza por consultar a tus colegas o a especialistas del sector. En la mayoría de los casos, los desafíos persistentes ya han sido identificados, ya se trate de un cuello de botella en la prestación de servicios, una brecha en la aceptación o un problema que no ha respondido a los enfoques existentes. Los especialistas del sector y los colegas expertos pueden ayudar a identificar dónde se han estancado los esfuerzos y las áreas en las que un enfoque basado en las ciencias del comportamiento aplicadas podría aportar más valor.

En el caso del aumento de la aceptación de la vacunación infantil en el Líbano, el Ministerio de Salud ya estaba abordando el problema mediante el programa de actividades de inmunización acelerada (AIA). Sin embargo, los especialistas reconocieron que este esfuerzo por sí solo no era suficiente para aumentar las tasas de inmunización.

Hay que tener cuidado de no centrarse demasiado en un tema concreto. La familiaridad con un tema puede dar lugar a suposiciones o puntos ciegos sobre el sistema en general. Aunque los expertos aportan profundidad, sus perspectivas pueden estar sesgadas. Por eso es esencial validar las suposiciones con las partes interesadas locales en los siguientes pasos, como el paso 2 más adelante en este capítulo: Identificar los posibles comportamientos objetivo.

## 2. Expresar el problema

Después de recabar información tanto de los expertos como de las partes interesadas locales, es el momento de rellenar la parte izquierda de la hoja de trabajo [«Definición del problema y declaración de resultados»](#) para articular claramente el problema que abordará el proyecto.

- a. Las preguntas 1 a 3 describen el problema: ¿qué está sucediendo, dónde está sucediendo y por qué es importante? Utilice la información proporcionada por los expertos y las perspectivas de la comunidad.
- b. Utilice datos siempre que sea posible para ilustrar la magnitud del problema (por ejemplo, prevalencia, tasas de cobertura o vacíos en los servicios) y para ayudar a concretar la cuestión en términos medibles.
- c. Haga una pausa y reflexione: ¿Es este el problema adecuado en el que centrarse? ¿Qué perspectivas se están representando? ¿Qué suposiciones podríamos estar haciendo?
- d. Por último, evalúe si el problema se adapta bien a un enfoque de ciencias del comportamiento preguntándose: ¿Podría el cambio de las decisiones, los comportamientos o el contexto en el que se producen, tener un impacto significativo o los resultados deseados?

Al formular la descripción del problema, asegúrese de:

- **Ser específico sobre quiénes se ven afectados y dónde.** Evite términos genéricos como «miembros de la comunidad» o «jóvenes», a menos que estén claramente definidos. En su lugar, especifique las poblaciones de interés, por ejemplo, «adolescentes de entre 10 y 19 años que viven en zonas rurales».
- **Céntrarse en los vacíos observables.** ¿Qué está ocurriendo que no debería ocurrir, o qué debería ocurrir y no ocurre?
- **Describa un problema real, no solo la ausencia de una actividad.** Por ejemplo, la «baja aceptación de las vacunas» es un problema. Por el contrario, la «falta de formación de los trabajadores sanitarios» o la «falta de incentivos» son causas potenciales o factores contribuyentes, pero no problemas en sí mismos.
- **Si es posible, haga referencia a datos o evidencias existentes que respalden la descripción del problema.** Esto sentará las bases para un diagnóstico más sólido posteriormente.

### Definición del problema

¿Cuál es el problema que queremos resolver?

#### 1 ¿Cuál es el problema observado?

*Describa brevemente el problema y su contexto más amplio. ¿Qué ocurre, dónde y por qué es importante? Incluya datos, como la prevalencia, la cobertura o los vacíos en los servicios, para ayudar a anclar el problema en términos mensurables.*

#### 2 ¿Cómo sabemos que se trata del problema adecuado?

*¿La perspectiva de quién se refleja? ¿Qué suposiciones hacemos?*

#### 3 ¿Puede abordarse este problema desde el punto de vista de las ciencias del comportamiento?

*¿Cambiar las decisiones, los comportamientos o el contexto podría suponer una diferencia significativa?*

### 3. Cree la declaración de resultados

Pase a la parte derecha de la [definición del problema y la declaración de resultados](#) para preguntarse: ¿Qué estamos tratando de cambiar específicamente al abordar este problema? La declaración de resultados debe responder directamente al problema y reflejar la mejora cuantificable si el proyecto tiene éxito.

Redacte un objetivo SMART:

- **Específico:** claramente definido.
- **Medible:** vinculado a cambios observables.
- **Alcanzable:** realista para el equipo del proyecto y el contexto.
- **Relevante:** alineado con el alcance y las prioridades.
- **Limitado en el tiempo:** con un plazo claro para el cambio.

En concreto, deben completarse las siguientes áreas: el resultado deseado (el cambio o la acción que el proyecto pretende lograr), la población objetivo (el tipo de población, la comunidad y la geografía), el objetivo específico y medible (idealmente expresado en números o porcentajes) y el plazo (como el número de meses o una fecha de finalización específica). La siguiente tabla ofrece ejemplos de declaraciones de resultados débiles y sólidas.

#### Declaración de resultados

¿Cuál es el resultado deseado? ¿Qué aspecto tiene el éxito?

**A** Nuestro objetivo es *Resultado deseado* ¿Qué intentamos conseguir?

**B** entre *Población de enfoque* Tipo de población, comunidad y geografía

**C** medible a través de *Objetivo específico/medible* Número o porcentaje

**D** en/por *Plazo* Número de meses o fecha concreta

Al redactar la declaración de resultados, tenga en cuenta los siguientes puntos:

- **La «concientización» no es un resultado.** Céntrese en cambios medibles y observables en el mundo real, métricas que puedan seguirse a lo largo del tiempo. Por ejemplo, es posible que los cuidadores ya sean conscientes de la importancia de las vacunas, pero esta concientización no garantiza que los cuidadores acudan a las citas o completen el calendario de vacunación de sus hijos a tiempo.
- **El resultado no debe incluir todavía un comportamiento específico.** Concéntrese en definir el resultado de alto nivel que el proyecto pretende alcanzar. Dicho esto, si durante esta parte del proceso surge un posible comportamiento objetivo, anótelos. Puede ser útil volver a examinarlo al llegar al «Paso 2: Identificar posibles comportamientos objetivo». Por ejemplo, si el objetivo es aumentar la vacunación infantil oportuna, la meta podría ser apoyar a los cuidadores en la elaboración de un plan para las citas de vacunación, o a los trabajadores sanitarios en el seguimiento más sistemático de las familias. Sin embargo, estos aspectos de comportamiento vienen después. En cambio, hay que centrarse en articular el resultado más amplio hacia el que trabaja el proyecto.
- **Los resultados deben describir el cambio deseado, no la solución propuesta para lograrlo.** Antes de pasar a intervenciones específicas, explore a fondo el contexto del problema mediante el proceso de las ciencias del comportamiento. Deje que el resultado guíe el pensamiento, no lo anticipe.
- **Los resultados deben tener en cuenta las dinámicas de género, socioculturales y de poder existentes.** Deténgase a reflexionar: ¿Existen diferencias en las funciones, las normas o las dinámicas de poder que afectan a la forma en que los diferentes grupos experimentan el problema que estamos abordando? Considere la posibilidad de formular un resultado que no solo aborde la cuestión fundamental, sino que también contribuya a reducir las desigualdades subyacentes, ya sean por motivos de género, edad, origen étnico, discapacidad u otras formas de marginación.

TABLA 1. RESULTADOS DÉBILES FRENTE A RESULTADOS SÓLIDOS (SMART)

EJEMPLO DÉBIL	POR QUÉ ES DÉBIL	EJEMPLO SÓLIDO
<b>Mejorar la retención escolar de las adolescentes.</b>	No está claro qué significa «retención escolar» en la práctica: ¿nos referimos a la primaria, la secundaria o ambas? No se especifica la ubicación, el grupo de edad ni el plazo, y «mejorar» es un término demasiado general como para poder hacer un seguimiento del progreso.	Aumentar la asistencia a la escuela secundaria y reducir las tasas de deserción escolar entre los adolescentes de las zonas rurales de [nombre de la zona], medible mediante una reducción del 20 % en la deserción escolar en el noveno grado, en un plazo de dos años académicos.
<b>Aumentar las tasas de vacunación en las zonas objetivo.</b>	La intención es clara, pero demasiado amplia: no hay referencia, ni porcentaje objetivo, ni plazo, ni población definida (¿qué vacuna? ¿qué grupo de edad?).	Mejorar la cobertura de la vacunación infantil rutinaria entre los niños menores de 2 años en los distritos de baja cobertura de [nombre de la zona], medible mediante un aumento de 10 puntos porcentuales en las tasas de inmunización completa, en un plazo de 12 meses.
<b>Promover buenas prácticas de nutrición entre los niños.</b>	Se centra en la actividad más que en los resultados. «Promover» implica un proceso, no un resultado. Tampoco aclara quién o qué es el éxito.	Mejorar la identificación temprana y el tratamiento de la desnutrición entre los niños menores de 5 años en las regiones afectadas por la sequía, medible mediante un aumento del 25 % en las admisiones a los servicios comunitarios de atención de la desnutrición aguda en [nombre de la zona], en un plazo de 9 meses.

## 4. Identifique a las partes interesadas y al público objetivo

La hoja de trabajo «[mapa de partes interesadas y público objetivo](#)» ayuda a aclarar qué personas están más interesadas o preocupadas por el problema, así como su influencia. Esta herramienta ayuda a identificar estos grupos y a considerar qué tipo de participación garantizará que los futuros esfuerzos de investigación e intervención estén bien orientados.

Utilice la matriz de la hoja de trabajo **del mapa de partes interesadas y público objetivo** para clasificar a las personas y los grupos en función del poder que tienen para influir en el problema y de su grado de participación o interés.

Identificar a las partes interesadas de esta manera puede ayudar a orientar la investigación, las asociaciones y las estrategias de participación. También puede ayudar a elegir la estrategia de participación más adecuada.

Coloque a las partes interesadas en la matriz según:

- **Influencia:** ¿En qué medida puede esta parte interesada apoyar u obstaculizar el problema?
- **Implicación:** ¿En qué medida está interesada o preocupada esta parte interesada por el problema?

TABLA 2. CRITERIOS DEL MAPA DE PARTES INTERESADAS Y ESTRATEGIAS DE PARTICIPACIÓN

INFLUENCIA	PARTICIPACIÓN	ESTRATEGIA DE PARTICIPACIÓN
Alta	Alta	<p><b>Gestionar:</b> Estos actores clave son influyentes y están muy comprometidos con el tema. Priorizar la colaboración activa y gestionar de cerca su participación.</p> <p><b>Ejemplo práctico:</b> El equipo técnico del proyecto encargado de aumentar las tasas de inmunización dentro del Ministerio de Salud del Líbano.</p>
Alta	Bajo	<p><b>Satisfacer:</b> Estos actores clave son influyentes, pero están menos comprometidos. Manténgalos informados y busque formas de mantener su apoyo sin sobrecargarlos.</p> <p><b>Ejemplo:</b> Altos funcionarios públicos del Ministerio de Salud del Líbano.</p>
Bajo	Alto	<p><b>Informar:</b> Estos grupos están muy interesados, pero pueden tener una influencia limitada. Manténgalos al día y aproveche su experiencia vivida o sus conocimientos técnicos para informar el trabajo.</p> <p><b>Ejemplo práctico:</b> Cuidadores de niños pequeños, incluidas familias libanesas y refugiadas sirias.</p>
Bajo	Bajo	<p><b>Supervisar:</b> Estas partes interesadas son actualmente menos relevantes, pero pueden involucrarse más con el tiempo. Esté atento a los cambios en su interés o influencia.</p> <p><b>Ejemplo práctico:</b> ONG locales que trabajan en la salud infantil general o la atención materna, pero que actualmente no participan en el programa de inmunización.</p>

Utilice la segunda mitad de la hoja de trabajo **del mapa de partes interesadas y público objetivo** para hacer una lluvia de ideas y enumerar los públicos objetivo:

- **Públicos principales:** personas o grupos que experimentan el problema de primera mano, que influyen directamente en el resultado deseado a través de sus acciones o que probablemente se beneficiarán de una solución. Algunos ejemplos son los cuidadores de niños que necesitan vacunarse, los padres de niños con desnutrición, las adolescentes en riesgo de abandonar la escuela o los residentes de asentamientos informales con acceso limitado al agua potable.
- **Públicos secundarios:** pueden ser personas o grupos que influyen indirectamente en el resultado deseado a través de sus decisiones, hábitos o funciones. Influyen en el entorno, las decisiones o el acceso del público principal. Esto puede incluir a guardianes (por ejemplo, ancianos de la comunidad, líderes religiosos o administradores de centros de salud), personas influyentes (por ejemplo, compañeros, familiares o maestros) y responsables de la toma de decisiones (jefes de familia, líderes comunitarios o autoridades). Aunque no siempre se ven directamente afectados por el problema, sus funciones determinan cómo lo viven los públicos principales. Su influencia puede ser positiva o negativa para el resultado.

Al definir las poblaciones de interés:

- **Evite generalizar en exceso.** El uso de términos como «cuidadores» o «mujeres» puede ocultar diferencias clave dentro de un grupo. Tenga en cuenta factores como la edad, el género, el estado civil, la geografía y el contexto socioeconómico al segmentar las audiencias.
- **No se limite a los actores más visibles.** Los grupos más ruidosos o visibles no siempre son los más afectados. Procure dar visibilidad a las voces marginadas que pueden experimentar el problema de manera diferente.

## Público objetivo

Las poblaciones específicas más relacionadas con el problema en cuestión.

### Público principal

¿Qué grupo está directamente afectado por el problema, lo está viviendo en primera persona o es el más beneficiado por la solución?

### Público secundario

¿Quién influye en las decisiones, el acceso o el entorno del público principal? ¿Quiénes son los guardianes, las personas influyentes o los responsables de la toma de decisiones que influyen en su experiencia?

## ESTUDIO DE CASO:

# Aumento de la cobertura de vacunación infantil en el Líbano

Esta definición del problema y declaración de resultados no ha sido elaborada por el equipo original del proyecto. Se trata de un ejemplo recreado a partir de datos y contexto reales del proyecto.

El equipo del proyecto estaba preocupado por la evidencia emergente de vacunaciones omitidas tanto entre las comunidades de acogida como entre las poblaciones refugiadas, un problema que se volvió más urgente tras el aumento de los casos de sarampión y paperas. A pesar de la disponibilidad de vacunas gratuitas en los centros de atención primaria, las encuestas realizadas por el Ministerio de Salud Pública revelaron grupos de niños con vacunación incompleta, especialmente entre las familias que enfrentaban barreras socioculturales o logísticas.

Para comprender mejor el problema, el equipo revisó los datos administrativos sanitarios y mantuvo conversaciones con trabajadores sanitarios, personal de divulgación y cuidadores. El equipo del proyecto elaboró una declaración de resultados clara centrada en aumentar la vacunación a tiempo entre los niños menores de cinco años, en las comunidades destinatarias del programa de Actividades de Inmunización Acelerada (AIA) del Líbano.

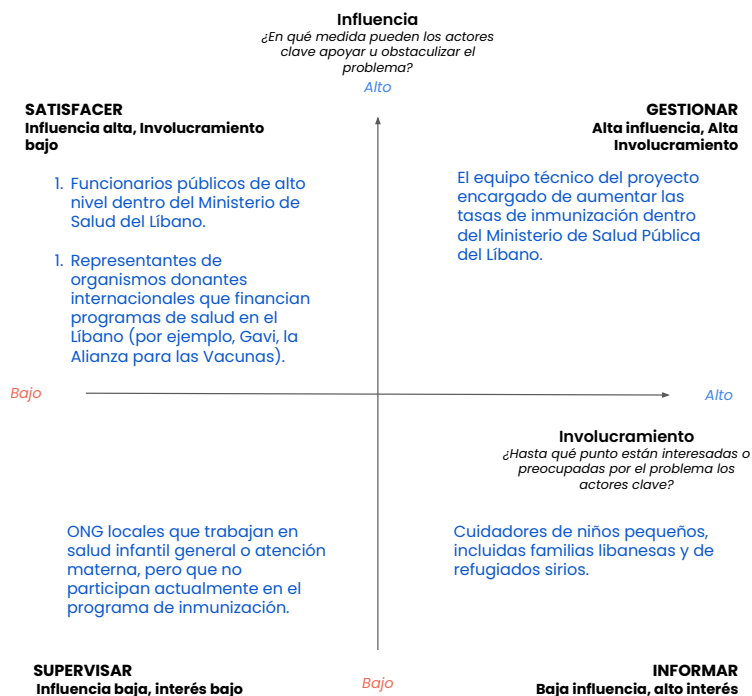
El mapa de las partes interesadas llevó a la decisión de mantener una relación estrecha y colaborativa con el equipo técnico del Ministerio de Salud Pública, dado su alto nivel de influencia y participación. Se mantuvo informados a los altos funcionarios públicos, aunque influyentes, sin abrumarlos con frecuentes actualizaciones o solicitudes, lo que garantizó su apoyo sin sobrecargarlos.

Por último, los investigadores comenzaron a intercambiar ideas e identificar los públicos principales y secundarios del proyecto. El público principal incluía a los cuidadores de niños no vacunados o con vacunación incompleta. Los públicos secundarios incluían a los trabajadores sanitarios, los equipos de divulgación y los líderes comunitarios. Sus funciones como mensajeros de confianza, guardianes o facilitadores los convertían en aliados fundamentales para crear entornos propicios para la vacunación.

### ESTUDIO DE CASO 1: AUMENTO DE LAS TASAS DE INMUNIZACIÓN INFANTIL EN EL LÍBANO

#### Mapa de partes interesadas

Las personas más afectadas por el problema, así como su grado de influencia en el mismo.



#### Público objetivo

Las poblaciones específicas más relacionadas con el problema en cuestión.

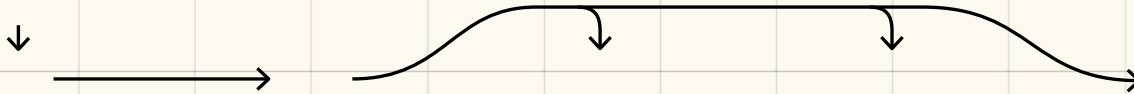
##### Público principal

**Cuidadores de niños no vacunados o insuficientemente vacunados:** Principalmente madres, pero también padres, abuelos u otros miembros del hogar responsables de la salud infantil.

**Niños no vacunados o con vacunación incompleta (de 0 a 16 años):** Niños identificados como retrasados en el calendario de vacunación sistemática del Líbano.

##### Público secundario

- **Trabajadores de divulgación/equipos de salud comunitaria de AIA** que realizan visitas domiciliarias, proporcionan educación, derivaciones y seguimiento.
- **Personal de los centros de atención primaria de salud (APS)** que administran las vacunas y llevan un registro de las inmunizaciones.
- **Líderes comunitarios o guardianes** (por ejemplo, mukhtars, líderes religiosos o personas influyentes locales) que dan forma a las normas sociales y a la confianza.
- **Familiares mayores** (por ejemplo, abuelos) que pueden influir en las decisiones de los cuidadores basándose en creencias generacionales o experiencias pasadas.
- **Compañeros y vecinos** que pueden afectar a las normas percibidas e influir en las decisiones a través de conversaciones informales
- **ONG locales** implicadas en la promoción de la salud (o el apoyo a los refugiados en la región)



## PASO 2:

# Identificar los posibles comportamientos objetivo

### En este paso:

Hay dos herramientas que ayudan en este paso: el árbol de comportamiento (para mapear comportamientos) y la matriz de priorización (para seleccionar los más prometedores):

1. Hoja de trabajo **del Árbol de Comportamiento:**  
Se trata de un mapa visual que vincula el resultado deseado con:
  - a. Públicos clave (por ejemplo, padres, trabajadores sanitarios, maestros o líderes religiosos).
  - b. Los comportamientos, o la falta de ellos, que afectan al resultado para cada grupo de público.

El objetivo es mostrar cómo diferentes personas y sus acciones —o inacciones— contribuyen al problema. El árbol destaca dónde posicionar la intervención para lograr el mayor impacto.

2. Hoja de trabajo **de la matriz de priorización:**  
Esta herramienta ayuda a reducir el enfoque comparando los comportamientos del **árbol de comportamiento** con dos criterios:

### Herramientas asociadas:

- [Árbol de comportamiento](#)
- [Matriz de priorización](#)

- a. **Viabilidad:** ¿hasta qué punto es realista influir o cambiar este comportamiento?
- b. **Impacto:** ¿En qué medida contribuiría el cambio de este comportamiento al resultado deseado?

Muchos comportamientos son importantes, pero esta matriz ayuda a priorizar uno o dos que sean alcanzables y de gran impacto.

## Por qué es importante:

Las ciencias del comportamiento se basan fundamentalmente en comprender e influir en lo que hacen las personas. Sin un comportamiento objetivo claramente definido, no es posible investigar de manera significativa qué impulsa u obstaculiza el cambio, diseñar intervenciones que puedan tener un impacto o evaluar si los esfuerzos están logrando el efecto deseado.

Es fácil confundir los comportamientos con cosas como las actitudes, las emociones o las intenciones. Si bien estos factores pueden influir en el comportamiento, no son comportamientos en sí mismos. Un comportamiento es una acción específica y observable que realiza una persona. No es lo que piensa, siente o cree, sino lo que hace. La siguiente tabla muestra cómo reformular los no comportamientos en comportamientos reales:

TABLA 3. COMPORTAMIENTOS FRENTE A NO COMPORTAMIENTOS

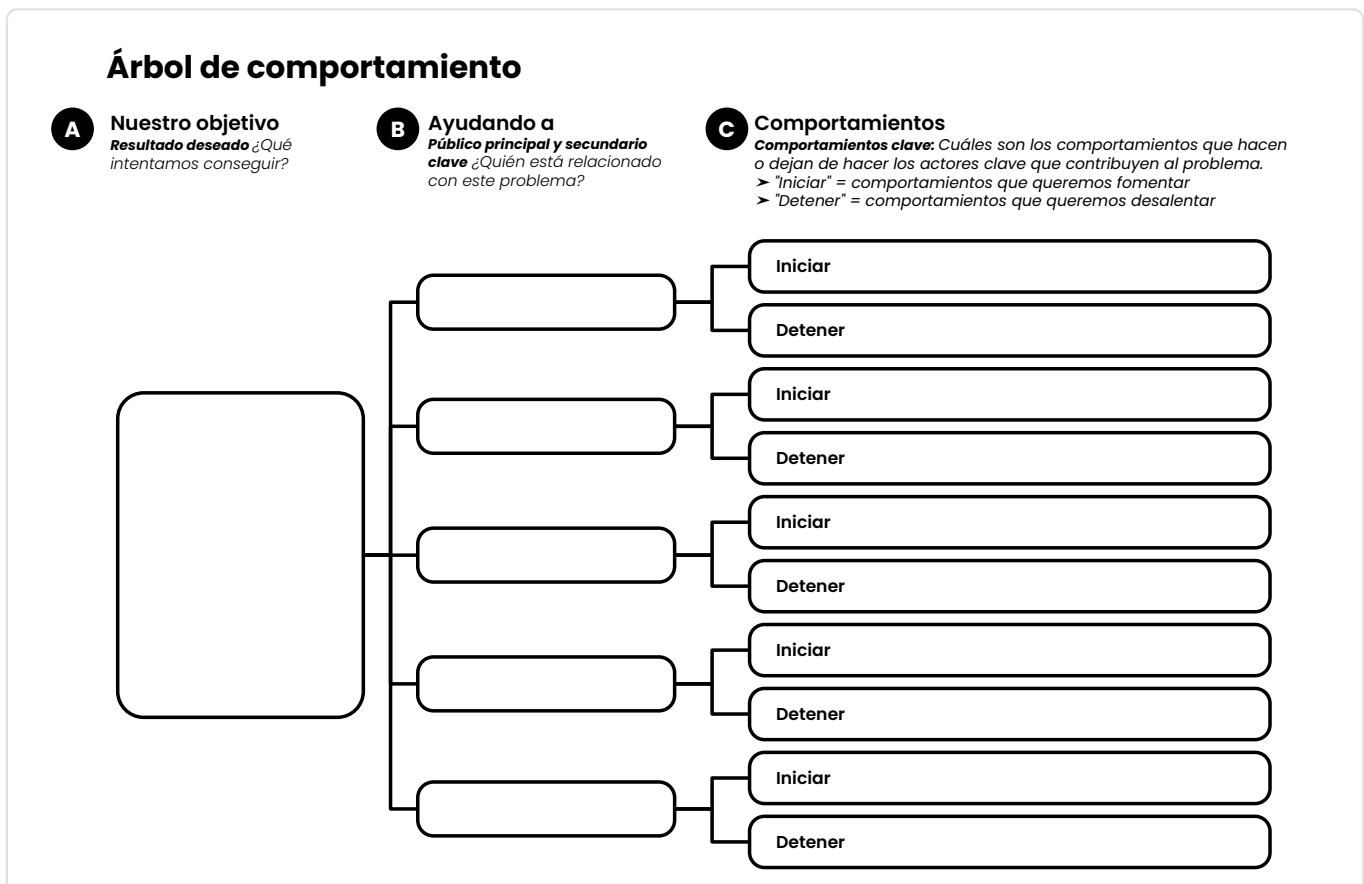
NO ES UN COMPORTAMIENTO	POR QUÉ NO ES UN COMPORTAMIENTO	REFORMULADO COMO UN COMPORTAMIENTO OBSERVABLE
Hacer que los cuidadores comprendan la importancia de la vacunación	<b>Conocimiento frente a acción:</b> aunque es importante, la comprensión no es algo que se pueda observar o medir de forma fiable directamente.	Los cuidadores llevan a sus hijos a un centro de salud primaria en un plazo de siete días tras recibir la derivación.
Aumentar la confianza de los padres en las vacunas	<b>Creencia frente a acción:</b> la confianza influye en la acción, pero no se puede medir sin interpretación.	Los cuidadores aceptan la vacunación sin mostrar dudas cuando se la ofrece el trabajador social.
Lograr que los papás se involucren más en las decisiones sobre las vacunas	<b>Vago frente a específico:</b> «Participación» no especifica qué acción o decisión está tomando realmente el padre.	Los papás acompañan al cuidador a la clínica o participan en visitas de divulgación durante la semana de vacunación.
Alentar a los trabajadores de divulgación a interactuar mejor con las familias	<b>Vago frente a específico</b> «Interactuar mejor» es ambiguo y subjetivo; podría significar muchas cosas diferentes dependiendo del contexto.	Los trabajadores sociales explican el calendario de vacunación y completan el formulario de derivación durante cada visita domiciliaria.
Motivar a los cuidadores para que valoren la vacunación sistemática	<b>Intención frente a comportamiento:</b> la motivación es un impulsor interno; es útil, pero no es directamente observable ni suficiente para cambiar el comportamiento.	Los cuidadores marcan la fecha de la próxima vacuna en el calendario proporcionado y lo colocan en un lugar visible de la casa.

## Cómo hacerlo:

### 1. Mapear los comportamientos

Utilice la hoja de trabajo [del árbol de comportamiento](#) para trazar los comportamientos que dan forma al resultado deseado:

- Añada el resultado deseado en la sección A de la hoja de trabajo.
- Enumere los públicos principales y secundarios identificados en el «**Paso 1: Definir el problema y los resultados**» en la sección B.
- Para cada público enumerado en el **árbol de comportamiento**, identifique *los comportamientos* específicos que influyen en el resultado en la sección C. Este paso consiste en sacar a la luz tanto lo que es visible como lo que falta en el panorama del comportamiento. Pregunte: ¿Qué acciones está llevando a cabo actualmente cada grupo que están ayudando, o dificultando, el progreso? ¿Hay comportamientos útiles o positivos que estos grupos podrían adoptar para ayudar al equipo del proyecto a alcanzar sus objetivos? Clasifique los comportamientos en dos categorías:
  - Inicio:** Estas casillas de la hoja de trabajo deben incluir los comportamientos que se deben fomentar y que apoyan los resultados deseados. Entre ellos se incluyen tanto los comportamientos que ya se dan y que deben continuar, como los nuevos comportamientos que se deben adoptar para apoyar aún más los resultados.
  - Detener:** Estas casillas deben incluir comportamientos que se deben desalentar, ya que obstaculizan el resultado deseado.



## Para sacar el máximo partido al **árbol de comportamiento**:

- **Comience con un resultado claro.** El árbol siempre debe crecer a partir de un objetivo bien definido: el resultado deseado del paso 1.
- **Si es necesario, complemente la lista inicial de públicos vinculados al resultado.** La lista inicial de públicos principales y secundarios del paso 1 debe ser exhaustiva. Esto se puede complementar pensando de manera amplia en las personas vinculadas al resultado.
- **Cree en colaboración siempre que sea posible.** Los actores clave locales y otros miembros del equipo aportan experiencias vividas que ayudan a sacar a la luz grupos o comportamientos que se pasan por alto y evitan la visión estrecha. No existe la información perfecta, pero la colaboración conduce a una comprensión más rica y fundamentada del problema.
- **Céntrese en los comportamientos observables.** Recuerde que los comportamientos son cosas que hacen las personas. Si no se puede ver o medir, probablemente no sea un comportamiento. Céntrese en lo que la persona hace realmente, no en lo que piensa o siente.
- **Identifique lo que hay y lo que falta.** Sea sensible a la hora de identificar tanto lo que las personas hacen como lo que no hacen. Esto incluye acciones visibles, como acudir a una clínica de salud o llevar a un niño a la escuela, así como la ausencia de comportamientos esperados. A menudo es tan importante fijarse en lo que no ocurre: por ejemplo, cuidadores que no registran los nacimientos, adolescentes que no acuden a las sesiones de asesoramiento o hombres que no acompañan a sus parejas a las visitas médicas.
- **Codifique por colores el árbol de comportamiento.** Utilice un color diferente para cada grupo de partes interesadas y sus comportamientos específicos. Esto facilitará la priorización de los comportamientos.

## 2. Priorizar los comportamientos

La hoja de trabajo [Matriz de priorización](#) ayuda a clasificar todos los comportamientos identificados y determinar cuáles son los que más vale la pena abordar.

- a. Para empezar, tome cada uno de los comportamientos de la hoja de trabajo del **árbol de comportamiento** y colóquelos en la matriz. Tenga en cuenta dos factores:
  - **Impacto:** si este comportamiento cambiara, ¿en qué medida mejoraría el resultado?
  - **Viabilidad:** ¿Es realista cambiar este comportamiento, teniendo en cuenta el tiempo, los recursos y el contexto?

Puede ser útil pensar en una escala simple, como «alto», «medio» o «bajo», pero tenga en cuenta que es posible que tenga que cambiar las cosas de lugar. La matriz no es estática, sino una herramienta para organizar su pensamiento en evolución.

- b. Después de colocar los comportamientos en la matriz, seleccione uno o dos en los que centrarse para la siguiente fase. Suele ser un comportamiento de alto impacto y muy factible en el cuadrante superior derecho, pero no tiene por qué ser así. Las prioridades del mundo real, como la financiación, las asociaciones o las iniciativas existentes, pueden influir en la priorización de comportamientos específicos, y eso está bien. La matriz es una guía, no una regla.
- c. Por último, al priorizar los comportamientos, trate de evitar la parálisis en la toma de decisiones. La elección de un comportamiento en el que centrarse no tiene por qué ser perfecta, solo tiene que ser meditada y basarse en lo que se sabe hasta el momento. Muchos equipos refinan su enfoque después de realizar una investigación más profunda en la siguiente fase *de exploración y diagnóstico*.

### 3. Consulte a las partes interesadas locales para validar las hipótesis

Es esencial hacer una pausa y verificar cualquier suposición. La verdadera comprensión combina la experiencia técnica con la experiencia vivida. Con demasiada frecuencia, las agendas de investigación y las prioridades de financiación del Norte Global establecen prioridades en nombre de otros, lo que puede desalinearse los esfuerzos y pasar por alto lo que más importa a las comunidades.

Involucrar a los actores clave locales, especialmente a los más cercanos al problema, es una de las formas más eficaces de cuestionar sesgos. Estimar el impacto y la viabilidad es algo subjetivo, y la perspectiva del equipo del proyecto es solo una pieza del rompecabezas. Involucrar a colegas, socios locales o personas con diferentes conocimientos puede revelar nuevas perspectivas, cuestionar suposiciones y sacar a la luz puntos ciegos. Antes de pasar a los siguientes pasos, asegúrate de:

- a. Discutir los comportamientos prioritarios con las personas más afectadas. Pregunte:
  - ¿Es importante este comportamiento desde su perspectiva?
  - ¿Hay partes del problema que se hayan malinterpretado o pasado por alto?
  - ¿Hay otros comportamientos que parezcan más urgentes o factibles?
  - ¿Qué haría que este comportamiento fuera más difícil o más fácil de cambiar?
- b. Recurrir a enfoques participativos. La validación no tiene por qué ser formal o extractiva. Puede abarcar desde conversaciones informales con líderes comunitarios hasta técnicas participativas extraídas del diseño centrado en el ser humano<sup>1</sup>

**Una nota sobre lo que viene a continuación:** este análisis puede evolucionar si se completan los pasos 3 y 4 de la fase de definición (mapa del sistema y puntos de apalancamiento). Estos pasos avanzados exploran las causas fundamentales y los factores que influyen, y pueden refinar la evaluación inicial de impacto y viabilidad. Alternativamente, los equipos pueden pasar directamente al paso 5 y continuar con el comportamiento seleccionado como base para las siguientes fases.

<sup>1</sup> «El diseño centrado en el ser humano es una técnica de resolución de problemas que sitúa a las personas reales en el centro del proceso de desarrollo, lo que permite crear productos y servicios que conectan con el público y se adaptan a sus necesidades. El objetivo es tener siempre presentes los deseos, los puntos débiles y las preferencias de los usuarios durante todas las fases del proceso. A su vez, se crearán productos más intuitivos y accesibles que probablemente generarán mayores beneficios, ya que los clientes ya han evaluado la solución y se sienten más comprometidos con su uso». – Landry, 2020, Harvard Business Review.

## ESTUDIO DE CASO:

# Aumento de la cobertura de vacunación infantil en el Líbano

El árbol de comportamiento y la matriz de priorización no fueron desarrollados por el equipo del proyecto original. Son ejemplos recreados basados en datos y contextos reales del proyecto.

Los cuidadores en el Líbano a veces posponían o faltaban a las citas debido a la incertidumbre, la baja percepción de urgencia o la confusión sobre el calendario de vacunación. El equipo reconoció esto como un comportamiento **que debía detenerse** o desalentarse, y lo contrastó con un comportamiento **que debía iniciarse**: que los cuidadores realizaran un seguimiento proactivo del calendario de vacunación de sus hijos y se aseguraran de completar a tiempo todas las dosis necesarias.

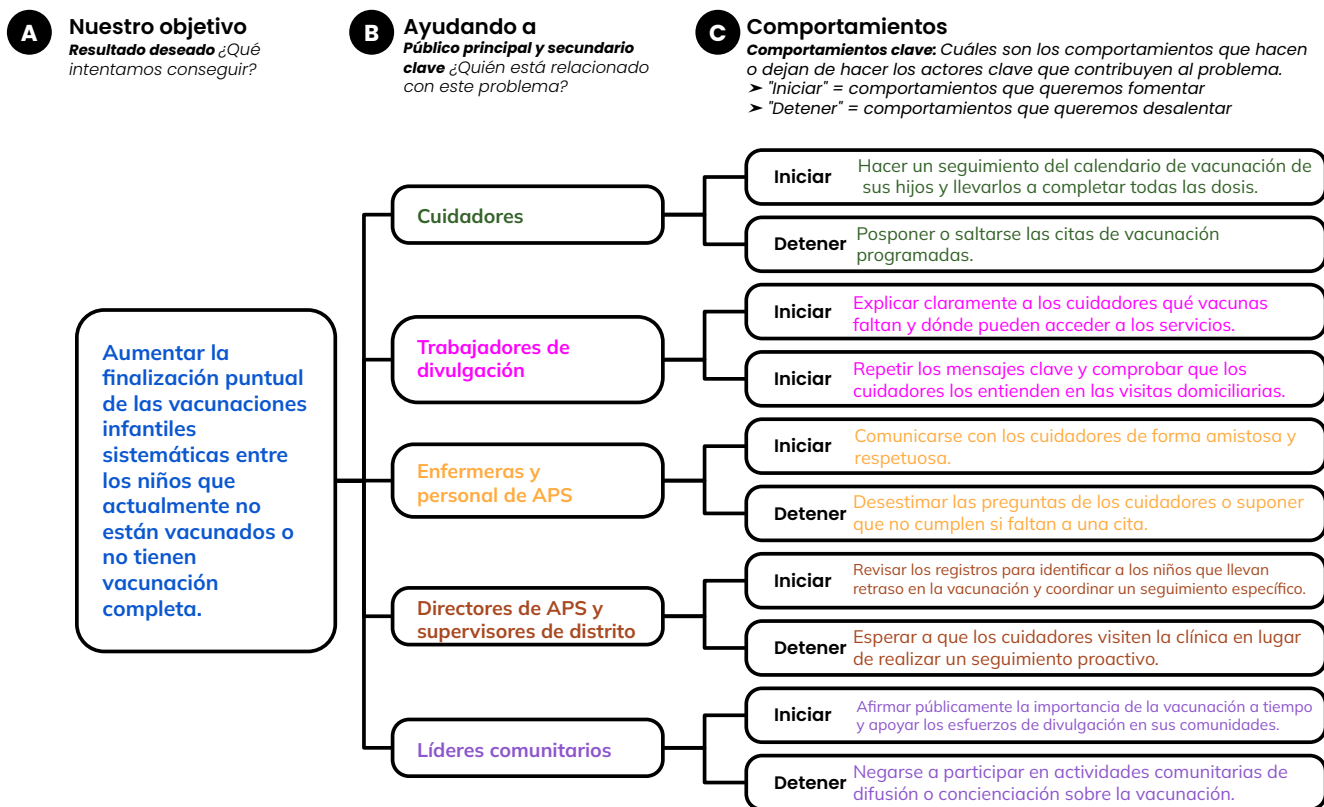
También se observó que los trabajadores sociales a veces descartaban las preocupaciones de los cuidadores u omittían la repetición de mensajes clave durante las visitas domiciliarias,

acciones que **debían evitarse** ya que podían erosionar la confianza o dejar información clave poco clara. Entre las alternativas más constructivas se incluían **el inicio** de prácticas coherentes, como explicar qué vacunas faltaban, repetir la información importante e involucrar a los cuidadores de una manera respetuosa y solidaria.

Al clasificar estos comportamientos del mundo real en categorías de «comenzar» y «detener», el equipo obtuvo una visión más fundamentada de las acciones humanas que impulsan la aceptación y destacó qué comportamientos podrían tener mayor influencia en los resultados.

## Árbol de comportamiento

### ESTUDIO DE CASO 1: AUMENTO DE LAS TASAS DE VACUNACIÓN INFANTIL EN EL LÍBANO

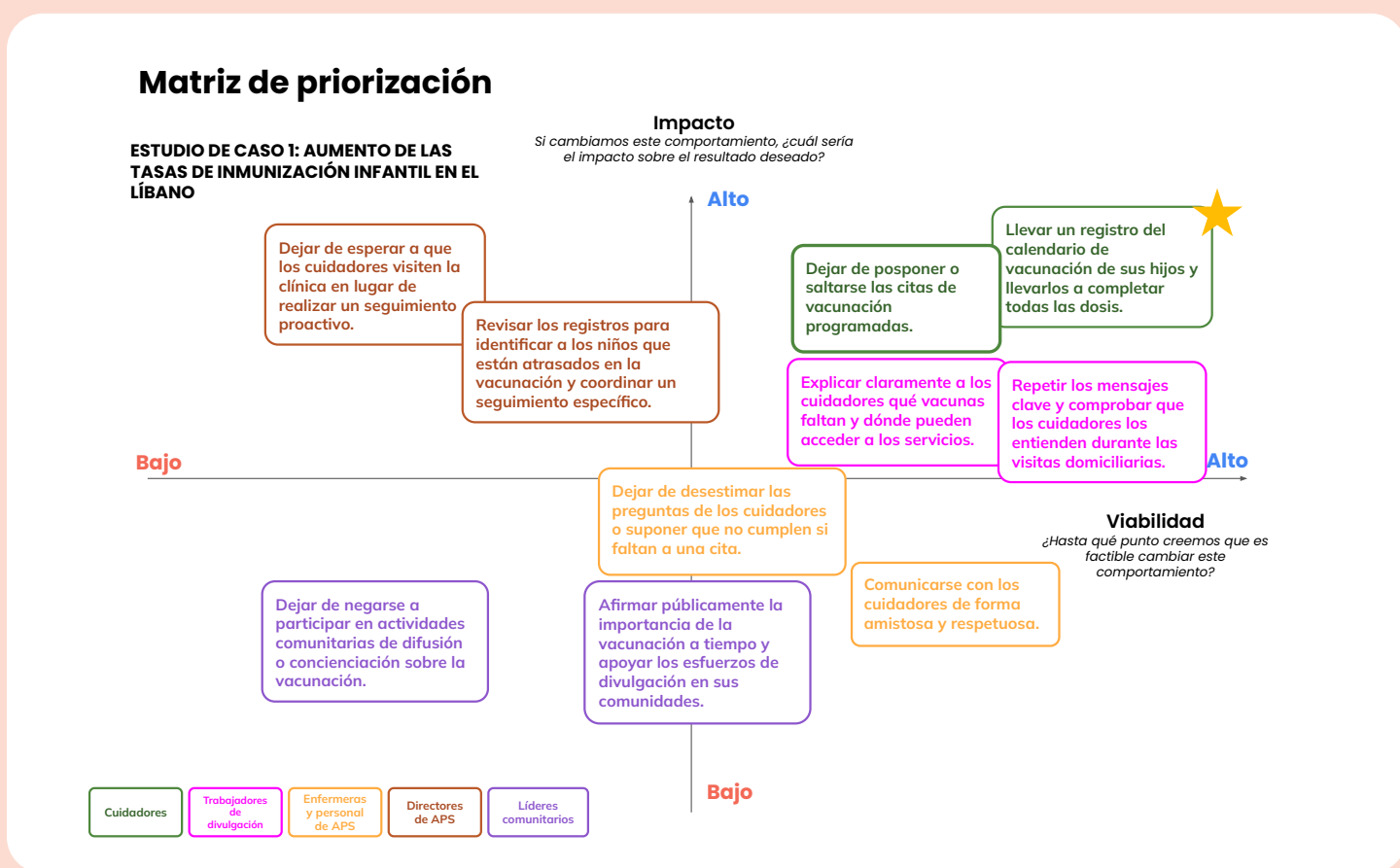


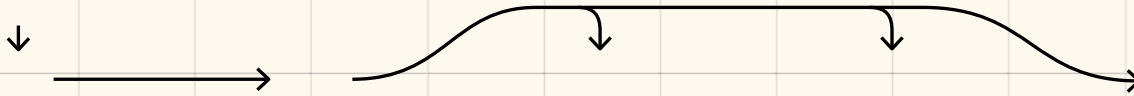
Con el mapa de comportamientos en mano, el equipo del proyecto utilizó la **matriz de priorización** para ponderar cada comportamiento en función de su impacto potencial en la inmunización rutinaria y la viabilidad del cambio dentro de las limitaciones del proyecto.

Un comportamiento clave resultó ser impactante y factible: que los cuidadores llevaran un registro del calendario de vacunación de sus hijos y los llevaran a completar todas las dosis. Apoyar este comportamiento de planificación podría ayudar a

transformar la intención en acción, especialmente en los casos en que los servicios estaban disponibles pero se subutilizaban.

El equipo utilizó la matriz como una guía, no como una herramienta rígida para la toma de decisiones. Reconocieron que investigaciones adicionales podrían descubrir nuevos factores o barreras de comportamiento más matizados. **El árbol de comportamiento y la matriz de priorización** ofrecieron una forma estructurada pero flexible de basar el proyecto en acciones del mundo real, creando una base más sólida para intervenciones específicas.





## PASO 3:

# Trazar un mapa del sistema

[OPCIONAL]

### En este paso:

Este paso utilizará la hoja de trabajo [del mapa del sistema](#) para contextualizar el problema mediante la creación de un diagrama visual de:

- Los elementos que influyen en los resultados que le interesan
- Las relaciones entre estos elementos (por ejemplo, refuerzo, bloqueo, habilitación)

El objetivo es ir más allá de los síntomas superficiales y aclarar cómo interactúan fuerzas como la infraestructura, las normas sociales, las barreras psicológicas y las reglas institucionales, de modo que las intervenciones puedan cambiar el sistema en su conjunto.

### Herramienta asociada:

- [Mapa del sistema](#)

### NOTA: Este paso es opcional.

Hasta ahora, nos hemos centrado en definir el problema y el resultado, e identificar los comportamientos prioritarios para cada público. A veces, este enfoque limitado puede pasar por alto las fuerzas a nivel del sistema que dan forma al comportamiento.

El «**Paso 3: Mapear el sistema**» se basa en el pensamiento sistémico, un enfoque que identifica las diferentes partes del problema, sus interacciones y cómo se influyen entre sí a lo largo del tiempo.

Este paso es opcional, pero muy útil si se desea descubrir barreras ocultas, bucles de retroalimentación o facilitadores que pueden no ser visibles a nivel de comportamiento.

Si desea seguir adelante sin este paso, pase al **paso 5: Crear el lienzo del proyecto**, y continúe con los comportamientos priorizados del «**Paso 2**».

## Por qué es importante:

El contexto lo es todo. Los comportamientos no se producen en el vacío. Están determinados por sistemas: reglas, servicios, incentivos (o desincentivos), normas y expectativas sociales, y mucho más. Trazar un mapa del entorno que rodea a un comportamiento ayuda a:

- Capturar el conocimiento de diferentes expertos y actores clave que pueden ver sólo una parte del sistema.
- Crear consenso y un entendimiento común entre los equipos y socios.
- Revelar dinámicas ocultas, como bucles de retroalimentación, cuellos de botella o consecuencias no deseadas.
- Cambiar las conversaciones de la culpa al pensamiento sistémico para abrir nuevas posibilidades de cambio.

Sin una visión clara del sistema, es fácil confundir los síntomas con las causas fundamentales, o diseñar soluciones bien intencionadas que resuelven un problema pero crean otro. Un mapa del sistema ayuda a responder: ¿Qué es lo que realmente impulsa este resultado? ¿Cómo interactúan todas las partes? ¿Dónde están las palancas ocultas para el cambio?

## Acerca de los bucles de retroalimentación:

Los bucles de retroalimentación explican cómo un cambio en una parte de un sistema vuelve a influir en la variable original.

Hay dos tipos principales:

- Retroalimentación positiva o bucle de refuerzo (+): empujan al sistema en la misma dirección. Esto puede amplificar el cambio al crear un ciclo de autorrefuerzo que acelera el cambio original. (Por ejemplo, más padres vacunan a sus hijos → aumenta la confianza en el sistema de salud → aún más padres vacunan a sus hijos).
- Retroalimentación negativa o bucle de equilibrio (-): estabilizan el sistema existente y/o frenan el cambio. (Por ejemplo, uso excesivo de un servicio de salud → tiempos de espera más largos → reducción de la demanda).

En los bucles de retroalimentación, un factor es causa y consecuencia de otro factor y, cuando se traza un mapa, es más fácil ver cómo la influencia fluye en ambas direcciones. Reconocer estos bucles desde el principio ayuda a evitar consecuencias no deseadas y efectos colaterales, y revela dónde los pequeños cambios pueden tener un impacto en todo el sistema.

*(Consulte los recursos al final de este capítulo para obtener más información sobre los bucles de retroalimentación).*

## Cómo hacerlo:

### 1. Mapea los factores

Empiece volviendo al punto de referencia para el mapa del sistema: su **declaración de resultados** del paso 1. A continuación, comience a identificar los componentes básicos del sistema: los comportamientos y los factores impulsores. Estos incluyen:

- a. **Comportamientos:** del paso 2 (árbol de comportamiento)
- b. **Factores impulsores:** psicológicos (creencias, emociones, rutinas o sesgos cognitivos), socioculturales (normas, estatus, presión de grupo o expectativas culturales) y factores ambientales (acceso a infraestructuras, disponibilidad de servicios o entorno físico) que dan forma a esos comportamientos.
- c. **Influencias externas:** programas existentes (movilización comunitaria, divulgación, otros programas gubernamentales, etc.), políticas (mandatos, legislación, asociaciones existentes, etc.) o contexto más amplio (por ejemplo, inestabilidad económica, barreras geográficas, emergencias humanitarias, conflictos, desinformación).

Utilice la hoja de trabajo **del mapa del sistema 1: Factores**:

- Enumere los comportamientos clave en la primera columna.
- Añada los factores impulsores subyacentes (creencias, normas, acceso, reglas, etc.) en las siguientes columnas.
- Anote los esfuerzos existentes (programas, políticas, factores contextuales) en la última columna.

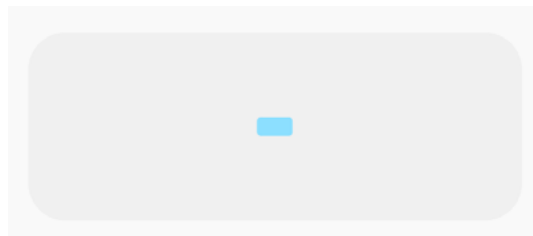
#### Consejos para mapear los factores:

- No se limite al individuo: el comportamiento está determinado por el contexto (por ejemplo, las normas, los servicios o las infraestructuras), no solo por las decisiones personales.
- No busque «el factor perfecto»: si un factor puede estar influyendo en el comportamiento, inclúyalo. Los factores impulsores se perfeccionarán más adelante en el proceso.
- Céntrese en la declaración de resultados del paso 1 para mantener la concentración.

## 2. Construya el mapa del sistema

A continuación, dé vida al sistema de forma visual utilizando la hoja de trabajo **Mapa del sistema 2: Mapear el sistema** (en una hoja grande de papel con notas adhesivas o con una herramienta digital como [Miro](#), [Kumu](#) o [Figma](#).<sup>2</sup>)

- a. Coloque la **declaración de resultados** (del paso 1) en el centro o en la parte superior del mapa, resumiéndola en pocas palabras (por ejemplo, «aumentar la finalización oportuna de las vacunas infantiles rutinarias»). Para que destaque, colóquela en una forma, como un rectángulo. Todo lo demás en el mapa debe conectarse con este resultado visualizado.



- b. Añada **los comportamientos clave** (del paso 2 y también de la hoja de trabajo **del mapa del sistema 1: factores**). Colóquelos alrededor del resultado y comience a anotar con qué partes interesadas se relacionan.



- c. Relacione **los factores impulsores** (de la hoja de trabajo «**Mapa del sistema 1: Factores**») con los comportamientos que influyen mediante flechas:



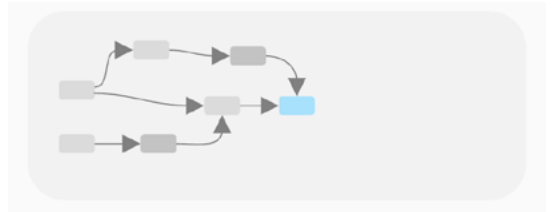
- d. Incluya **factores externos e iniciativas existentes**, como programas, políticas, servicios y factores contextuales más amplios que influyen en los factores impulsores o los comportamientos. Tómelos de la columna 3 («Programas e iniciativas existentes») de la hoja de trabajo **Mapa del sistema 1: Factores**. Marque cuáles están dentro del alcance y cuáles no.



Continúa en la página siguiente...

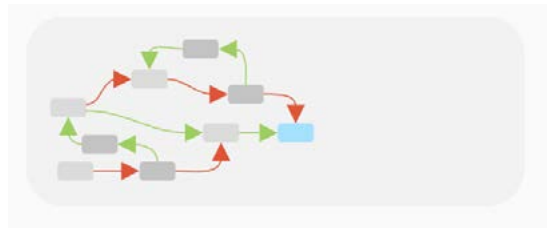
<sup>2</sup> Son herramientas digitales colaborativas que permiten a los equipos crear y editar diagramas visuales en tiempo real. Son ideales para ejercicios de mapa.

- e. Dibuje flechas para mostrar **las relaciones causales** entre los elementos. Muestre cómo un factor conduce o refuerza a otro. Pregunte: ¿Este factor afecta a aquel? ¿Cómo? Las flechas deben apuntar en la dirección de la influencia, lo que ayuda a visualizar la cadena causal.



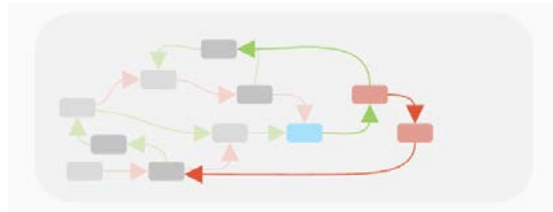
- f. Agregue signos causales a las flechas para mostrar el tipo de efecto que representa cada relación y cómo se comportan las conexiones.

- (+) Positivo: un factor aumenta el otro (por ejemplo, confianza  $\uparrow$   $\rightarrow$  vacunación  $\uparrow$ )
- (-) Negativo: un factor reduce al otro (por ejemplo, tiempos de espera  $\uparrow$   $\rightarrow$  satisfacción  $\downarrow$ )



- g. Identifique **los efectos posteriores**. Pregunte: ¿Qué sucede si se logra el resultado o si no se logra? Pregunte:

- ¿Qué efectos a largo plazo o indirectos podrían derivarse del logro de este resultado?
- ¿Qué riesgos o consecuencias no deseadas podrían surgir?



Añada nuevos recuadros al mapa del sistema para representar cada efecto posterior. Estos efectos podrían incluir repercusiones en la salud, el aprendizaje, el bienestar, la confianza, la productividad u otras áreas.

A continuación, conecte cada efecto posterior al resultado con una flecha que muestre la dirección de la influencia. Al igual que antes, utilice signos causales y añada:

- Una flecha verde o un signo más (+) si el resultado aumenta el efecto posterior.
- Una flecha roja o un signo menos (-) si disminuye el efecto.

Este paso ayuda a visualizar las implicaciones más amplias del resultado del equipo y a comprender por qué es importante dentro del sistema en general.

*Continúa en la página siguiente...*

- h. Busque **bucles de retroalimentación para resaltar cuándo** un factor influye en otro y ese segundo factor, a su vez, vuelve a influir en el primero. Aquí es donde el pensamiento sistémico resulta especialmente útil.

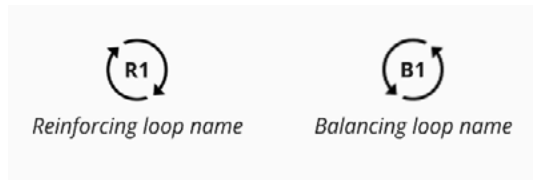
Por ejemplo, la desconfianza de un cuidador en el sistema de salud puede llevarlo a retrasar o evitar la vacunación. A medida que menos familias participan en la inmunización, los servicios de salud pública se vuelven menos visibles o se infrautilizan, lo que puede reforzar la percepción de que el sistema no es confiable, profundizando así la desconfianza original. En este ejemplo, puede ser útil etiquetar el bucle de retroalimentación (por ejemplo, «bucle de erosión de la confianza»).

En el contexto del estudio de caso sobre el aumento de la vacunación infantil oportuna en el Líbano, consideremos este bucle:

Un cuidador retrasa llevar a su hijo a las vacunas rutinarias.

- → aumenta las posibilidades de que el niño enferme o pierda las dosis programadas
- → refuerza la creencia del cuidador de que la vacunación es complicada o no urgente
- → reduce la probabilidad de que responda a futuros recordatorios
- → por lo tanto, refuerza el patrón de retrasos o faltas en la vacunación.

Aquí, la vacunación tardía tanto causa como es causada por las percepciones negativas y el bajo nivel de seguimiento, un clásico bucle de retroalimentación negativa. Si no se rompe el ciclo, el problema puede intensificarse con el tiempo. Trazar estos bucles ayuda a aclarar dónde las intervenciones pueden interrumpir ciclos dañinos o fortalecer los positivos.



- i. Tenga en cuenta **las diferencias entre los grupos**. Pregunte: ¿Esta experiencia es la misma para todos? ¿Existen disparidades históricas o diferencias sociales que puedan significar que ciertos grupos, como las mujeres, las minorías étnicas o las poblaciones rurales, experimenten el sistema de manera diferente? Utilice notas, códigos de colores o mapas separados para resaltar las diferencias por género, geografía, etnia, discapacidad u otras desigualdades. Alternativamente, se puede desarrollar una segunda versión del mapa que se centre únicamente en un subgrupo en particular. Esto puede ayudar a garantizar que el análisis sea inclusivo y se base en principios de equidad.

- 
- j. Por último, **comparta el mapa del sistema**. Trate el mapa del sistema como un documento vivo. Compártalo con colegas, expertos y partes interesadas de la comunidad para verificar supuestos, llenar vacíos y crear un sentido de pertenencia compartido.
- 

Encontrará más información sobre los mapas del sistema en el [kit de herramientas](#) y [los materiales de capacitación](#).

Algunos consejos para el proceso de creación de un mapa del sistema:

- **Como cualquier nueva habilidad, la elaboración de mapas del sistema requiere práctica.** Al principio puede parecer un poco complicado o abrumador, pero con la práctica se vuelve más fácil (y el mapa se vuelve más revelador).
- **Céntrese en las relaciones, no solo en los factores.** El poder de un mapa del sistema reside en cómo se conectan los elementos. No se limite a enumerar las partes, represente cómo se influyen entre sí.
- **No busque la perfección.** El primer mapa que se elabore no será el definitivo. Considérelo un borrador de trabajo que evoluciona a medida que aumenta la comprensión.
- **Hazlo de forma colaborativa.** Mapear con otras personas aporta nuevas perspectivas, revela puntos ciegos y crea un sentido de propiedad compartida del problema y sus posibles soluciones.
- **Mantén la visualización.** Utiliza colores, flechas y espacios para que las relaciones queden claras. Si es demasiado denso para leerlo de un vistazo, intenta simplificarlo o reorganizarlo.

## ESTUDIO DE CASO:

# Aumento de la cobertura de vacunación infantil en el Líbano

El mapa del sistema no fue desarrollado por el equipo original del proyecto. Se trata de un ejemplo recreado a partir de datos y contexto reales del proyecto.

Antes de elaborar el mapa del sistema, el equipo de investigación recopiló una lista de comportamientos clave, factores influyentes (o factores impulsores) y esfuerzos existentes. Estos componentes estaban relacionados con su declaración de resultados: aumentar la finalización oportuna de las vacunas infantiles de rutina entre los niños que actualmente no están vacunados o están insuficientemente vacunados. Entre ellos se incluían:

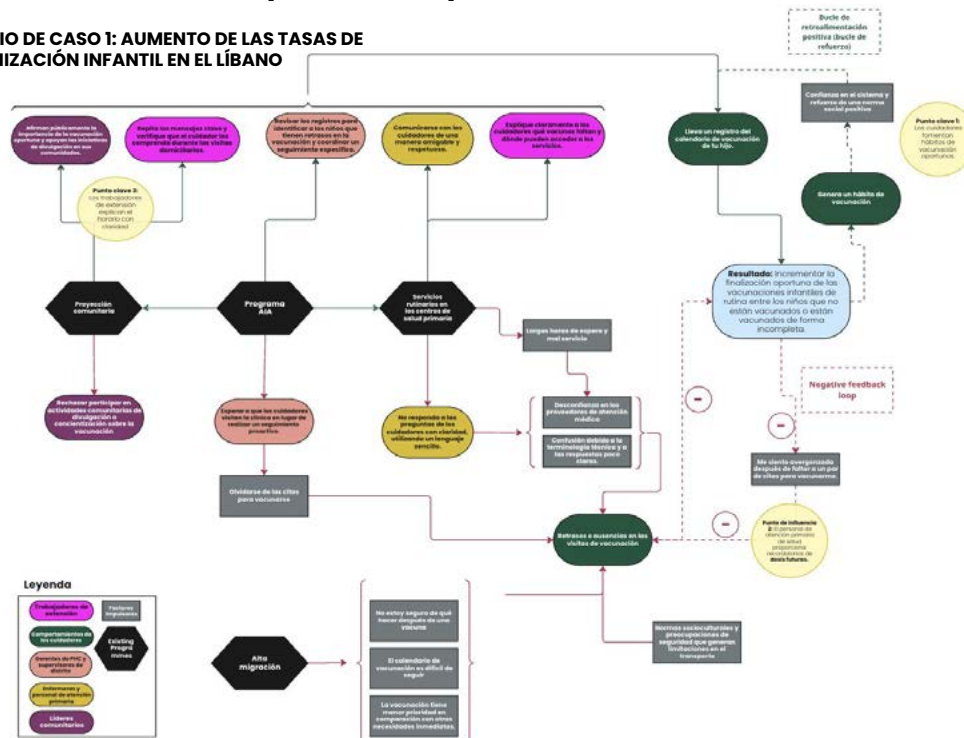
- **Comportamientos:** El equipo se basó en los comportamientos identificados anteriormente en el ejercicio **del árbol de comportamiento**. Entre ellos se incluían acciones como la respuesta de los cuidadores a las visitas de seguimiento o la revisión proactiva de los registros de vacunación por parte del personal de los centros de atención primaria de salud (APS).
- **Factores impulsores:** Basándose en las conversaciones con las partes interesadas, los datos previos existentes y sus experiencias, el equipo enumeró los posibles factores impulsores que podrían afectar a los comportamientos de

vacunación. Observaron, por ejemplo, que algunos cuidadores no confiaban en los trabajadores sanitarios, mientras que otros se veían limitados por el tiempo, la movilidad o otras responsabilidades. Además, las normas sociales y la desinformación influían en las creencias de los cuidadores sobre cuándo, dónde y quién debía vacunar a los niños.

- **Programas y esfuerzos existentes:** Dado que la vacunación había sido durante mucho tiempo una prioridad sanitaria nacional, el equipo consideró las iniciativas en curso, como el programa de Actividades de Inmunización Acelerada (AIA) dirigido por el Ministerio de Salud Pública con el apoyo de UNICEF. Este programa incluía visitas puerta a puerta, derivaciones a los PHC y campañas educativas para los cuidadores. El equipo también tuvo en cuenta factores contextuales como la crisis de los refugiados, la limitada capacidad sanitaria y las zonas de baja cobertura identificadas en encuestas anteriores.

## Mapa del sistema con puntos de apalancamiento

### ESTUDIO DE CASO I: AUMENTO DE LAS TASAS DE INMUNIZACIÓN INFANTIL EN EL LÍBANO



## Mapa de comportamientos

Partiendo del resultado deseado (es decir, la vacunación oportuna y completa de los niños), el equipo del proyecto incorporó los comportamientos clave del ejercicio **del árbol de comportamiento**. Seleccionaron solo las acciones más relevantes entre los diferentes públicos que habían mapeado, como los cuidadores que acudían a las citas, los trabajadores sociales que proporcionaban derivaciones y el personal de atención primaria que actualizaba los registros. El equipo mantuvo una codificación de colores consistente para que el mapa fuera fácil de interpretar y compartir con los socios.

## Mapa de los factores impulsores

A continuación, el equipo añadió los factores impulsores, es decir, factores sociales, psicológicos y ambientales que influían en que los comportamientos ocurrieran o no.

Estos incluían:

- **Factores impulsores psicológicos:** los cuidadores subestimaban la importancia de las vacunas oportunas o asumían que los retrasos menores eran inofensivos.
- **Factores impulsores socioculturales:** en algunas comunidades, las normas desalentaban a las mujeres a viajar solas, lo que dificultaba que las madres llevaran a sus hijos a los centros de atención primaria sin acompañamiento.
- **Factores impulsores ambientales:** las barreras de transporte, los largos tiempos de espera en las clínicas o las instrucciones de seguimiento poco claras creaban obstáculos prácticos para completar la vacunación.

Estas perspectivas ayudaron a revelar la variedad de factores que determinan el comportamiento, más allá del mero conocimiento o acceso.

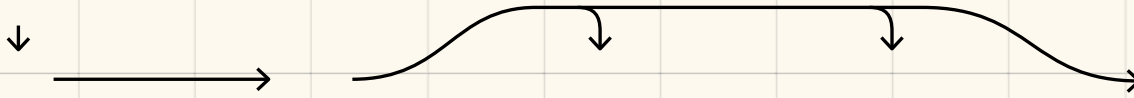
## Mapa de relaciones y efectos posteriores

El mapa del sistema también visualizó cómo se relacionaban los diferentes comportamientos y factores impulsores. Por ejemplo, cuando las enfermeras no responden a las preguntas de los cuidadores en un lenguaje sencillo, estos pueden sentirse confundidos. Esta confusión puede dar lugar a citas perdidas o retrasadas. Con el tiempo, la repetición de visitas perdidas puede hacer que las personas cuidadoras se sientan avergonzadas y se desvinculen por completo del sistema de salud. El mapa de estos vínculos ayudó al equipo a identificar no solo los comportamientos individuales, sino también cómo el sistema facilitaba o dificultaba el cambio.

## Bucles de retroalimentación

En el sistema surgieron dos bucles de retroalimentación clave. Uno era negativo: los cuidadores que faltaban a las citas se sentían confundidos o avergonzados, lo que reducía la probabilidad de que participaran en el seguimiento. Esto profundizó efectivamente la desconfianza y aumentó las posibilidades de que en el futuro se perdieran vacunas, lo que provocó un ciclo reforzador de desvinculación.

El segundo bucle era positivo: cuando los cuidadores recibían un seguimiento amable y oportuno, así como información clara, eran más propensos a completar los calendarios de vacunación. Esto reforzaba su confianza en el sistema de salud, lo que los hacía más propensos a responder a futuras actividades de divulgación e incluso a animar a otros, creando un ciclo de confianza y compromiso.



## PASO 4:

# Encontrar un punto de apoyo

[OPCIONAL]

### En este paso:

En este paso, revisarás el mapa del sistema para identificar los puntos de apalancamiento: lugares donde el cambio es posible y poderoso. Para cada uno de ellos, considera qué comportamiento podría cambiar, qué efectos secundarios podría generar y qué tan realista es actuar al respecto. Los puntos de apalancamiento son lugares del sistema donde pequeños cambios estratégicos en el comportamiento pueden generar grandes mejoras en los resultados. Al analizar el mapa del sistema, los equipos pueden identificar los puntos de apalancamiento y añadirlos al mapa como acciones estratégicas para guiar las siguientes fases del proyecto. Este paso ayuda a garantizar que se preste atención a un comportamiento que sea impactante y realista de implementar.

#### Herramienta asociada:

- [Análisis de puntos de apalancamiento](#)

#### NOTA: Este paso es opcional.

El paso 4 también es opcional. Sin embargo, si se ha desarrollado previamente un mapa del sistema (paso 3), se recomienda encarecidamente seguir este paso.

Para «encontrar puntos de apalancamiento», se utiliza el mapa para identificar los puntos de apalancamiento. Se trata de partes específicas del sistema en las que un cambio estratégico de comportamiento podría conducir a una mejora significativa de los resultados.

Este paso ayudará a:

- Enumerar cambios de comportamiento prometedores que podrían modificar partes clave del sistema.
- Mostrar los efectos en cadena (es decir, cómo cada cambio de comportamiento podría influir en otros elementos) en todo el sistema.
- Evaluar la viabilidad considerando cuán realista o viable es cada punto de apalancamiento.
- Reafirmar el punto de apalancamiento y el comportamiento más prometedores que guiarán la siguiente fase: *Explorar y Diagnosticar*

## Por qué es importante:

No todas las partes de un sistema ofrecen las mismas oportunidades de cambio. Algunos elementos están profundamente arraigados o son difíciles de modificar, mientras que otros, aunque parezcan pequeños, pueden desencadenar cambios significativos en los resultados. Para identificar estos puntos de apalancamiento, hay cuatro elementos de análisis, que incluyen:

- factores prometedores en el sistema
- los posibles cambios de comportamiento relacionados con esos factores
- los efectos en cadena que dichos cambios podrían generar en todo el sistema
- la viabilidad de influir en esos comportamientos teniendo en cuenta el tiempo, los recursos y el contexto.

Por ejemplo, proporcionar a los cuidadores un calendario personalizado con la foto de su hijo y la fecha de la próxima vacuna marcada de forma visible puede parecer un pequeño cambio, pero puede mejorar significativamente la puntualidad de la vacunación al aumentar la relevancia, reforzar el compromiso y proporcionar un recordatorio culturalmente significativo y de bajo costo en el hogar.<sup>3</sup>

Identificar los puntos de apalancamiento es la forma de pasar de comprender un sistema a influir en él. Con una visión más clara de los comportamientos clave, los factores impulsores y los bucles de retroalimentación, ahora comience a preguntarse: ¿Dónde podría una intervención marcar la mayor diferencia?

Hay que tener en cuenta que rara vez existe una solución perfecta. En su lugar, hay que buscar algunos puntos de apalancamiento prometedores para explorarlos y probarlos más a fondo.

3 Abbott, P., Menzies, R., Davison, J. et al. Improving immunisation timeliness in Aboriginal children through personalised calendars. BMC Public Health 13, 598 (2013). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-598>

## Cómo hacerlo:

### 1. Identifique los factores prometedores

Utilice la hoja de trabajo [«Análisis de puntos de apalancamiento»](#) del kit de herramientas para guiar esta reflexión. A continuación le indicamos cómo empezar:

- a. Empieza por revisar el mapa del sistema. Reflexiona sobre cada factor, ya sea un comportamiento, un impulsor o un programa existente, y cómo se relaciona con los demás. A continuación, haz algunas preguntas hipotéticas para explorar posibles cambios:
  - ¿Qué pasaría si este factor aumentara?
  - ¿Y si disminuyera?
  - ¿Qué pasaría si desapareciera por completo o se conectara con un factor diferente de una nueva manera?
  - ¿Se podría modificar el ciclo de retroalimentación para obtener un mejor resultado?

Por ejemplo, en el caso de mejorar la inmunización infantil en el Líbano, los factores que se podrían identificar incluyen que los cuidadores sean más conscientes de las vacunas que sus hijos no han recibido o que el personal de los centros de salud primaria haga un seguimiento proactivo de las familias que no acuden a las citas. Cada uno de estos factores, si se modificaran, podrían desencadenar un

efecto dominó positivo, como mejorar la confianza, impulsar el seguimiento y, en última instancia, aumentar la administración oportuna de vacunas. Concéntrese en anotar los factores que se consideran importantes y que pueden verse influidos de manera realista por un cambio de comportamiento específico.

- b. A continuación, utilice la segunda columna de la hoja de trabajo **del análisis de puntos de apalancamiento** para anotar los posibles cambios de comportamiento relacionados con los factores prometedores identificados. Estos pueden ser comportamientos identificados previamente en el paso 2 o nuevos comportamientos que hayan surgido al revisar el sistema en su conjunto.

Este paso profundiza el análisis. Puede confirmar comportamientos anteriores o refinarlos. Los cambios pueden significar reducir o reemplazar un comportamiento dañino, agregar uno nuevo positivo o escalar uno útil ya existente. Los de puntos de alto apalancamiento: áreas en las que un pequeño cambio en el comportamiento puede tener un impacto desproporcionadamente grande en el resultado del proyecto. No se preocupe por reducir las opciones todavía, concéntrese en capturar una gama de posibilidades.

## 2. Tenga en cuenta los efectos en cadena

A continuación, continúe trabajando en la hoja de trabajo [del análisis de puntos de apalancamiento](#) explorando cómo cada cambio de comportamiento potencial podría propagarse por el sistema.

- Para cada cambio de comportamiento enumerado en la segunda columna, pregúntese: ¿Qué nuevos resultados podría desencadenar? ¿Podría causar efectos posteriores que amplifiquen (o debiliten) el impacto original? ¿Cómo podría afectar a otras partes del sistema o a otras partes interesadas con el tiempo? Anote estas reflexiones en la tercera columna de la hoja de trabajo.
- En lugar de aislar cada comportamiento, considere cómo un solo cambio podría propagarse por todo el sistema, descubriendo nuevas oportunidades o consecuencias no deseadas. El objetivo es ayudar a comparar y priorizar diferentes puntos de apalancamiento en función de su mayor potencial de impacto.

Por ejemplo, animar a los cuidadores a que comprueben de forma proactiva el estado de vacunación de sus hijos y planifiquen su visita con antelación podría tener efectos en cadena, como mejorar la puntualidad en la administración de las vacunas, reducir las oportunidades perdidas en las clínicas y aumentar la confianza general en el sistema sanitario. Esto podría aliviar aún más la presión sobre los equipos de divulgación, que dedicarían menos tiempo a realizar el seguimiento de las familias. El objetivo es identificar cambios de comportamiento que no solo marquen la diferencia, sino que puedan multiplicar su impacto en todo el sistema.

<p><b>¿Qué factor es promotor?</b>  <i>En el 'Mapa de sistemas', pregúntese qué pasaría si cada factor aumentara, disminuyera, desapareciera o cambiara de conexión. Identifica los factores promotores.</i></p>	<p><b>¿Qué comportamientos deberían cambiar?</b>  <i>Enumere los cambios de comportamiento que podrían influir en los factores promotores. Pueden ser nuevos o ya identificados. Se trata de un análisis más profundo.</i></p>	<p><b>¿Cuáles son los efectos dominó?</b>  <i>¿Qué ocurre si cambia este comportamiento? ¿Cómo disminuye o aumenta con el tiempo y en todo el sistema?</i></p>
<p><b>Factores promotores 1:</b></p>	<p><b>Cambio de comportamiento 1:</b></p>	<p><b>¿Cuáles son los efectos dominó?</b></p>
<p><b>Factores promotores 2:</b></p>	<p><b>Cambio de comportamiento 2:</b></p>	<p><b>¿Cuáles son los efectos dominó?</b></p>
<p><b>Factores promotores 3:</b></p>	<p><b>Cambio de comportamiento 3:</b></p>	<p><b>¿Cuáles son los efectos dominó?</b></p>

### 3. Evaluar la viabilidad

Los mejores puntos de apalancamiento equilibran el impacto y la viabilidad.

- a. En primer lugar, pregúntese:
- ¿Es realista este cambio de comportamiento en nuestro contexto?
  - ¿Puede el equipo o la organización influir realmente en este comportamiento?
  - ¿Qué tipo de recursos financieros, técnicos o humanos se necesitarían para cambiar este comportamiento?
  - ¿Qué probabilidades hay de que este cambio de comportamiento tenga éxito?

Anote las respuestas en la tercera columna de la hoja de trabajo **Análisis de puntos de apalancamiento**.

- b. Esta evaluación se basa en la reflexión inicial sobre la viabilidad introducida a través de **la matriz de priorización** en el paso 2. En esa etapa, los equipos comenzaron a identificar y comparar posibles

comportamientos. Ahora, con un análisis más profundo a partir de los ejercicios de mapa del sistema y puntos de apalancamiento, esas ideas iniciales pueden revisarse con mayor profundidad. Algunos de los comportamientos priorizados en el paso 2 pueden mantenerse, mientras que otros pueden cambiar en función de las nuevas perspectivas.

- c. Incluso si un cambio pudiera tener un gran impacto, es posible que no sea factible en la práctica. Por ejemplo, enviar equipos de divulgación capacitados puerta a puerta todos los días para recordar a los cuidadores las citas podría aumentar significativamente la aceptación de la vacuna. Sin embargo, hacerlo de manera constante a gran escala podría requerir una cantidad considerable de personal, financiamiento y coordinación. En resumen, los costos y la carga operativa podrían superar los beneficios, y la viabilidad es tan importante como el impacto potencial.

<b>¿Qué factor es promotor?</b> <i>En el "Mapa de sistemas", pregúntese qué pasaría si cada factor aumentara, disminuyera, desapareciera o cambiara de conexión. Identifica los factores promotores.</i>	<b>¿Qué comportamientos deberían cambiar?</b> <i>Enumere los cambios de comportamiento que podrían influir en los factores promotores. Pueden ser nuevos o ya identificados. Se trata de un análisis más profundo.</i>	<b>¿Cuáles son los efectos dominó?</b> <i>¿Qué ocurre si cambia este comportamiento? ¿Cómo disminuye o aumenta con el tiempo y en todo el sistema?</i>	<b>¿Es realista?</b> <i>¿Puede UNICEF impulsar este cambio de comportamiento? ¿Es rentable y factible teniendo en cuenta las limitaciones de tiempo y los conocimientos técnicos?</i>
Factores promotores 1:	Cambio de comportamiento 1:	¿Cuáles son los efectos dominó?	¿Es realista?
Factores promotores 2:	Cambio de comportamiento 2:	¿Cuáles son los efectos dominó?	¿Es realista?
Factores promotores 3:	Cambio de comportamiento 3:	¿Cuáles son los efectos dominó?	¿Es realista?

## 4. Elegir puntos de apalancamiento

Después de explorar varias opciones, el siguiente paso es seleccionar un punto de apalancamiento, junto con el cambio de comportamiento asociado, que se ajuste mejor a los objetivos, la experiencia y las limitaciones operativas del equipo. Este punto de apalancamiento debe situarse en ese «punto óptimo»: un comportamiento que sea muy impactante y realista de lograr en nuestro contexto.

Esto es lo que hay que hacer:

- a. El punto de apalancamiento elegido puede coincidir con el comportamiento objetivo identificado anteriormente utilizando la **matriz de priorización** del paso 2. Si es así, esto refuerza la decisión anterior. Si no es así, es perfectamente aceptable: cualquier diferencia puede ofrecer una valiosa información. Este paso está diseñado para profundizar en la comprensión. Un cambio de enfoque, impulsado por el mapa del sistema o el análisis de efectos en cadena, puede revelar un punto de entrada más prometedor para la intervención.
- b. Para elegir el punto de apalancamiento más prometedor, utilice el siguiente conjunto de criterios:
  - **Viabilidad:** ¿Podemos influir de manera realista en este comportamiento?
  - **Impacto:** si tenemos éxito, ¿en qué medida influiría esto en nuestro resultado?
  - **Equidad:** ¿Este cambio promoverá un sistema o una intervención más equitativa?
- c. Una vez tomada la decisión, vuelva al mapa del sistema. Marque claramente el punto de apalancamiento y resalte el comportamiento al que se dirigirá. Localizar visualmente la

intervención ayuda a aclarar cómo encaja en el sistema más amplio y prepara al equipo para la siguiente fase del trabajo.

### Antes de seleccionar los puntos de apalancamiento, tenga en cuenta estos consejos:

- **Evite precipitarse a buscar soluciones.** Este paso consiste en comprender el sistema, no en resolverlo todavía. Céntrese en los comportamientos (o la falta de ellos) que provocan el problema, no en las posibles intervenciones.
- **Observe atentamente los comportamientos que parecen obvios.** Todos somos propensos al sesgo de disponibilidad, es decir, a recurrir por defecto a lo que nos viene fácilmente a la mente. Pero «familiar» no significa necesariamente «exitoso». Es importante explorar una gama más amplia de cambios de comportamiento y evaluarlos de manera sistemática.
- **Revise la evidencia existente.** Antes de fijar un punto de apalancamiento (es decir, el cambio de comportamiento objetivo), compruebe si ya hay investigaciones o experiencias que demuestren qué tipos de cambios han funcionado en contextos similares. Aproveche lo que se sabe.
- **Consulte a expertos en la materia e involucre a la comunidad.** Hable con expertos en la materia y miembros de la comunidad: ¿qué significaría cambiar este comportamiento desde su perspectiva?
- **Mantén la flexibilidad.** El comportamiento y el punto de apalancamiento elegidos en este momento no son definitivos. Se seguirán validando y perfeccionando durante la siguiente fase, Explorar y diagnosticar. Es completamente normal y recomendable que el enfoque evolucione a medida que el equipo aprende más.

## ESTUDIO DE CASO:

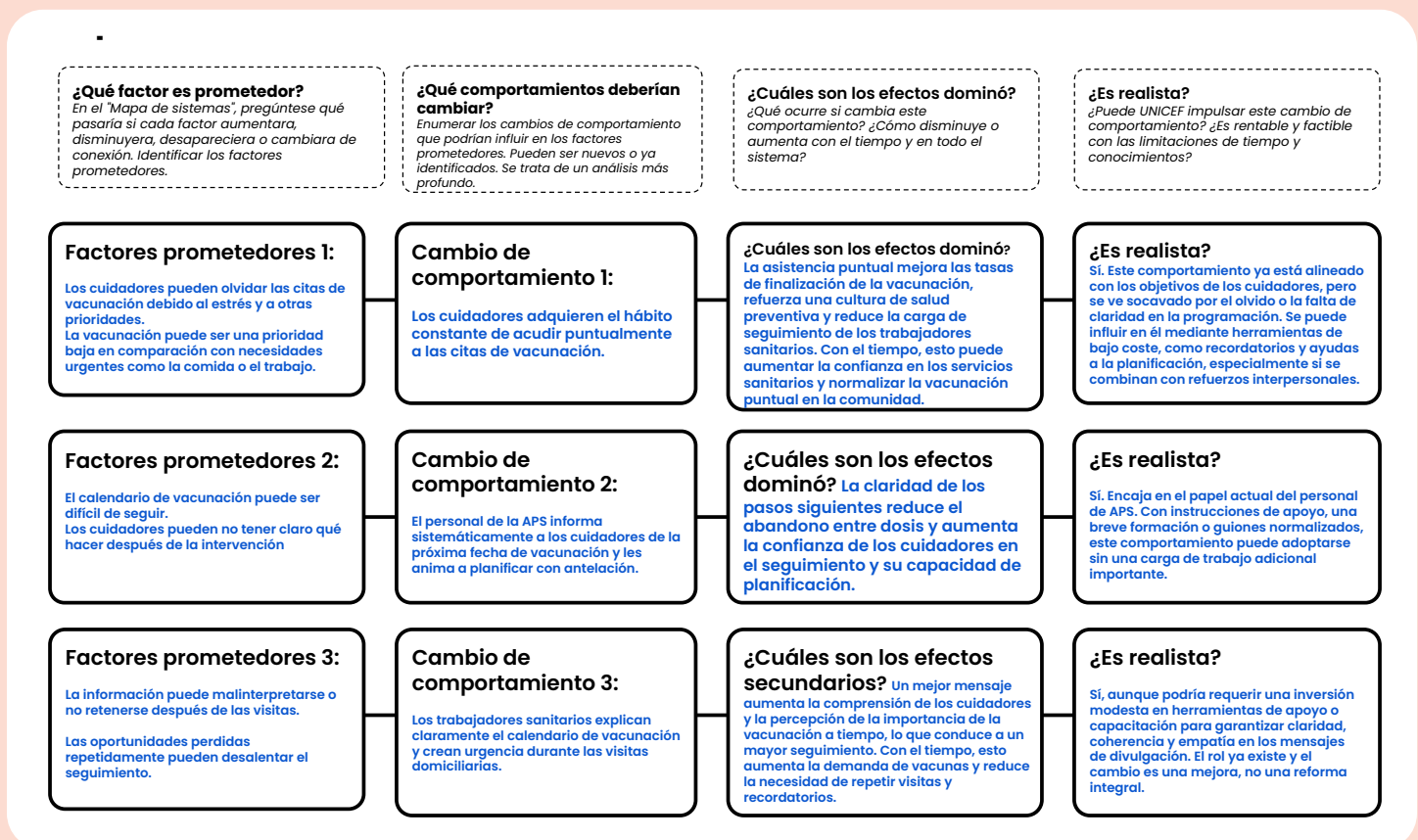
# Aumento de la cobertura de vacunación infantil en el Líbano

El análisis de puntos de apalancamiento que se muestra aquí es un ejemplo recreado a partir de datos de proyectos reales, utilizado para ilustrar cómo podría ser una herramienta completa en la práctica.

## Identificación de factores prometedores y evaluación de la viabilidad

El equipo del proyecto revisó su mapa del sistema para examinar los factores más estrechamente relacionados con su resultado: aumentar la finalización oportuna de las vacunas infantiles rutinarias entre los niños no vacunados o con vacunación incompleta. En cuanto al comportamiento centrado en los cuidadores, destacaron dos dinámicas clave. Los cuidadores solían olvidar las citas o restar prioridad a las vacunas en comparación con necesidades urgentes como la alimentación, el trabajo o la seguridad. Estos factores moldeaban el comportamiento en el mundo real y se identificaron como prometedores para cambiar mediante empujoncitos o recordatorios específicos.

En cuanto al personal de los centros de atención primaria (CAP), el equipo identificó un momento crítico durante las visitas a la clínica: no siempre se informaba claramente a los cuidadores cuándo debían volver o qué vacunas quedaban por administrar. Aunque esta información formaba parte del servicio estándar, a menudo se omitía o se compartía de forma inconsistente. Esta laguna representaba una oportunidad perdida para fomentar un seguimiento proactivo. Los trabajadores sociales en contacto cercano con los cuidadores solían utilizar mensajes poco claros o excesivamente técnicos. Como resultado, los cuidadores no sabían qué hacer, adónde ir o por qué era importante completar el calendario. Estas fallas en la comunicación se identificaron como debilidades del sistema con un alto potencial de mejora.



## Evaluación de los puntos de apalancamiento y selección de comportamientos prometedores

Con estas perspectivas, el equipo identificó tres cambios de comportamiento prometedores. Uno de los más impactantes y factibles era apoyar a los cuidadores en el desarrollo de un hábito constante de acudir puntualmente a las citas de vacunación. Este cambio se ajustaba a sus intenciones existentes, pero se veía socavado por el olvido o la confusión. Si se reforzaba con ayudas sencillas para la planificación y recordatorios basados en la confianza, podría aumentar la finalización oportuna de la vacunación y ayudar a normalizar la práctica en todas las comunidades.

Un segundo comportamiento se centró en que el personal de atención primaria informara constantemente a los cuidadores sobre la siguiente dosis de la vacuna y los animara a planificar con antelación. Este pequeño comportamiento, que requería poco esfuerzo, reportaba importantes beneficios al reducir la confusión y facilitar el seguimiento, especialmente si se combinaba con otras medidas de apoyo.

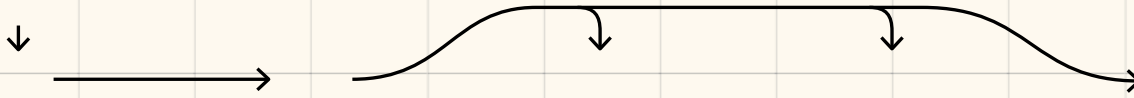
Por último, el equipo destacó un tercer comportamiento: que los trabajadores de divulgación explicaran claramente el calendario de vacunación durante las visitas domiciliarias y crearan un sentido de urgencia. Esto se consideró una mejora realista que podría apoyarse mediante guiones, formación interpersonal o herramientas visuales.

## Identificación de los puntos de apalancamiento en el mapa del sistema

Tras identificar estos comportamientos clave, el equipo del proyecto los volvió a integrar en el sistema más amplio para comprender sus efectos en cadena. Al mejorar la planificación y la claridad de los cuidadores, el equipo previó una reducción de las citas perdidas, un aumento de la confianza en los servicios de salud y una menor presión sobre el personal de divulgación y de atención primaria. Estos cambios también podrían crear bucles de retroalimentación reforzadores, como que los cuidadores ganaran confianza y se convirtieran en modelos a seguir en sus comunidades.

Para garantizar la relevancia, el equipo del proyecto revisó sus conclusiones con los responsables locales de la implementación, los trabajadores de divulgación y el personal del programa. Esto les ayudó a basar sus puntos de apalancamiento en la experiencia vivida y a alinear su estrategia con las realidades operativas. En última instancia, el proceso de identificación e integración de los puntos de apalancamiento proporcionó al equipo una vía más clara y basada en evidencias para diseñar intervenciones que se ajustaran al sistema, lo que tenía el potencial de multiplicar el impacto a lo largo del tiempo.

De los tres comportamientos, el equipo dio prioridad a uno: apoyar a los cuidadores para que adquirieran el hábito constante de acudir puntualmente a las citas de vacunación. Se consideró que tenía un gran impacto, pero también que era realista y factible con herramientas de planificación sencillas y mensajes interpersonales más claros. Abordaba directamente uno de los fallos más inmediatos y generalizados en el proceso de vacunación, y se ajustaba estrechamente al objetivo del equipo de mejorar la finalización oportuna de la vacunación entre los niños no vacunados o con vacunación incompleta.



## PASO 5:

# Documentar el proyecto y su alcance

### En este paso:

Este paso describe cómo completar el [lienzo del proyecto](#). Esta herramienta reúne todos los elementos fundamentales del proyecto: resultados, comportamientos objetivo, partes interesadas, alcance, riesgos, acciones iniciales y próximos pasos, en una única herramienta que afianza el proyecto a través de DEPTHS.

### Herramienta asociada:

- [Lienzo del proyecto](#)

## Por qué es importante:

**El lienzo del proyecto** aclara la dirección, alinea las expectativas y saca a la luz cualquier suposición o vacío final. Sin este paso, los equipos suelen avanzar con interpretaciones sutilmente diferentes de lo que el proyecto pretende lograr, lo que conduce a una desalineación futura.

Esta sección también sirve como punto de control final antes de pasar a la segunda fase, Explorar y Diagnosticar. Siempre que sea posible, recabe opiniones sobre el lienzo del proyecto del equipo central y los actores clave clave, lo que reforzará la aceptación, ahorrará tiempo y evitará confusiones posteriores.

## Cómo hacerlo:

### 1. Elabore el lienzo del proyecto

Busque la hoja de trabajo [del lienzo del proyecto](#) en el kit de herramientas.

- a. Comience añadiendo la descripción general del proyecto. Indique el título, las ubicaciones y la descripción del proyecto.
- b. Enumere las partes interesadas. Esto incluye a las identificadas en el paso 1.
  - **Gestionar = Involucrar estrechamente:** Son actores clave que son influyentes y participan activamente. Deben estar estrechamente involucrados en la planificación y la toma de decisiones.
  - **Satisfacer = Mantener involucrados:** Estos actores clave son influyentes, pero es posible que no participen activamente. Manténgalos informados y satisfechos y busque formas de mantener su apoyo.
  - **Informar = Consultar e informar:** Estos actores se preocupan por el tema, pero tienen una influencia limitada. Manténgalos informados y consúltelos para obtener perspectivas, especialmente a aquellos con experiencia vivida.
  - **Monitorear = Hacer un seguimiento para más adelante:** Estos grupos pueden no ser fundamentales para el trabajo actual, pero podrían cobrar mayor relevancia más adelante. Esté atento a su nivel de interés e influencia a lo largo del tiempo.
- c. Anote lo que está dentro y fuera del alcance del proyecto. Incluya las fases DEPTHS involucradas, así como los resultados específicos, como informes de investigación o prototipos. Cada etapa DEPTHS es importante. Saltarse pasos, como avanzar sin diagnosticar las causas fundamentales o probar las intervenciones, puede dar lugar a resultados débiles o ineficaces. En ocasiones, algunas fases pueden adaptarse o condensarse para acortar el proceso. Condensar y adaptar:
  - La fase Definir: si los socios ya han acordado los resultados SMART y el público objetivo en los últimos seis meses y se basan en datos recientes del programa, es posible omitir la fase Definir.
  - La fase de Exploración y diagnóstico: si ya existen evidencias sólidas y recientes a nivel local sobre el mismo comportamiento y población, y se han identificado claramente los factores impulsores ese comportamiento.
  - La fase de Diseño de prototipos: si el objetivo es adaptar un modelo probado que ya se ha utilizado en contextos muy similares.
  - La fase de Prueba de hipótesis: si el riesgo de cambio es muy bajo o si solo se necesitan pequeños ajustes operativos con una exposición limitada.
  - La fase de Ampliación: cuando las fases anteriores han producido evidencia en este contexto y existe capacidad de implementación.

- d. Añada los riesgos, que son los retos previstos que pueden afectar al éxito del proyecto. Los riesgos pueden ser:
  - **Logísticos:** como el acceso a las comunidades durante la temporada de lluvias.
  - **Políticos:** como transiciones gubernamentales o cambios de política.
  - **Financieros:** como presupuestos limitados o retrasos en la financiación.
  - **Operativos:** como la falta de personal o las preocupaciones sobre la seguridad de los datos
  - **Comportamentales:** como la resistencia de las partes interesadas clave o las normas sociales

La idea no es predecirlo todo, sino pensar en las cuestiones clave y, en la medida de lo posible, en cómo mitigarlas.

- e. Enumere los resultados: el cambio real que el proyecto pretende lograr. Preste especial atención a los cambios que afectan la vida de las personas.
- f. Añada el público del proyecto. Se trata de la comunidad o grupos, cuyos comportamientos son centrales para el proyecto. En algunos casos, puede ser el grupo con el que colabora activamente o con el que co-crea, como los cuidadores o los adolescentes.
- g. Anote los comportamientos que desea explorar. Esto incluirá los comportamientos prioritarios identificados en pasos anteriores que muy probablemente influirán en el resultado.

Tenga en cuenta estos consejos al elaborar el **Lienzo del Proyecto**:

### Lienzo del proyecto

Rellene el lienzo al inicio del proyecto extrayendo información de las actividades anteriores. A medida que obtengamos más información, actualícela según sea necesario.

<p><b>Descripción general</b></p> <p>TÍTULO DEL PROYECTO</p> <p>UBICACIÓN:</p> <p>DESCRIPCIÓN:</p>	<p><b>Actores clave</b></p> <p>GESTIONAR:</p> <p>SATISFACER:</p> <p>INFORMAR:</p> <p>SEGUIMIENTO:</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <p><b>Resultado</b></p> <p><i>Cambio en el mundo real: ¿Qué consigue este proyecto?</i></p> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <p><b>Audiencias</b></p> <p><i>Comunidad de interés: ¿A quién nos dirigimos, con quién colaboramos y a quién ofrecemos este cambio?</i></p> </td> </tr> </table>	<p><b>Resultado</b></p> <p><i>Cambio en el mundo real: ¿Qué consigue este proyecto?</i></p>	<p><b>Audiencias</b></p> <p><i>Comunidad de interés: ¿A quién nos dirigimos, con quién colaboramos y a quién ofrecemos este cambio?</i></p>
<p><b>Resultado</b></p> <p><i>Cambio en el mundo real: ¿Qué consigue este proyecto?</i></p>	<p><b>Audiencias</b></p> <p><i>Comunidad de interés: ¿A quién nos dirigimos, con quién colaboramos y a quién ofrecemos este cambio?</i></p>			
<p><b>Alcance</b></p> <p>ETAPAS</p> <p>DEFINIR   EXPLORAR   PROTOTIPO</p> <p>PROBAR HIPÓTESIS   ESCALAR</p> <p>PROYECTOS SIMILARES / ANTERIORES</p> <p>ENTREGABLES</p>	<p><b>Riesgos</b></p> <p><i>¿Qué desafíos prevemos? ¿Cómo pueden evitarse o reducirse?</i></p> <div style="text-align: center;"> </div>	<p><b>Comportamientos a explorar</b></p> <p><i>Enumere los públicos principal y secundario y los comportamientos a explorar para cada uno de ellos. Se trata de los comportamientos prioritarios identificados en pasos anteriores, los que tienen más probabilidades de influir en el resultado que queremos cambiar. Los comportamientos deben ser observables, específicos y tener un vínculo claro con el resultado que queremos conseguir.</i></p>		

- **Considere cómo se verán afectados los diferentes grupos.** En las ciencias del comportamiento, el comportamiento de interés se situará a nivel individual entre las poblaciones a las que pretendemos servir. Sin embargo, si el cambio supone una carga excesiva para los grupos ya marginados, deténgase y reconsidérelo. Vuelva al árbol de comportamiento o al mapa del sistema para ver si la responsabilidad podría compartirse de manera más equitativa a través de sistemas, servicios o normas. Si es así, deténgase. Vuelva a revisar [el árbol de](#)

[comportamiento](#) o [el mapa del sistema](#) y reconsidere los puntos de apalancamiento seleccionados, los actores clave y los comportamientos prioritarios.

- **Tenga en cuenta tanto la dinámica individual como la comunitaria.** Identifique los comportamientos de múltiples actores, instituciones, proveedores de servicios, grupos comunitarios o familias. Esto ayuda a descubrir los cuellos de botella y a encontrar posibilidades de cambio en todo el sistema.

## 2. Amplíe el equipo

Tras una evaluación inicial del problema y una comprensión más clara del contexto, puede ser necesario reclutar nuevos miembros para el equipo del proyecto. Identifique las carencias de habilidades y las funciones necesarias, y busque miembros adicionales para el equipo que puedan cubrir esos vacíos, asegurándose de que el equipo esté bien posicionado para llevar a cabo las siguientes fases del proyecto. A lo largo de DEPTHS, se entrelazan tres áreas técnicas fundamentales: las ciencias del comportamiento, el diseño centrado en el ser humano y el pensamiento sistémico.

El equipo no necesita tener una gran experiencia en cada una de estas tres áreas, pero tener cierta experiencia o familiaridad con cada una de ellas mejorará la capacidad de avanzar en el proceso de manera eficaz. En algunos casos, las diferentes fases de DEPTHS

pueden estar dirigidas por equipos diferentes: un equipo de investigación puede encargarse de la parte «DEP», mientras que un equipo de implementación se encarga de la parte «THS». Por lo tanto, es importante aclarar qué pasos del proceso DEPTHS cubrirá el proyecto actual y, si participan diferentes equipos, asegurarse de que los traspasos se gestionen adecuadamente.

Los antecedentes y la experiencia de los miembros del equipo son igualmente importantes y valiosos. La inclusión de partes interesadas locales y miembros de la comunidad destinataria, ya sea directamente en el equipo o a través de un consejo asesor, ayuda a garantizar que el trabajo se base en un contexto real y refleje verdaderamente las opiniones de los más afectados.

## ESTUDIO DE CASO:

# Aumento de la cobertura de vacunación infantil en el Líbano

*El Lienzo del Proyecto que se muestra aquí es un ejemplo recreado a partir de datos de proyectos reales, utilizado para ilustrar cómo podría ser en la práctica una herramienta completa.*

En esta fase del proyecto, el equipo había elaborado una declaración de resultados, un árbol de comportamiento, una matriz de priorización, un mapa del sistema y un análisis de puntos de apalancamiento. Basándose en estos pasos, decidieron dar prioridad al cambio de comportamiento de los cuidadores: ayudarles a crear el hábito constante de completar las vacunas de sus hijos a tiempo. El objetivo era reducir los retrasos y el abandono de las vacunas infantiles rutinarias entre los hogares de refugiados y de la comunidad de acogida identificados como no vacunados o con vacunación incompleta.

## Descripción general

El lienzo incluía el título del proyecto, el alcance geográfico (tres distritos del Líbano) y la población objetivo (niños de 0 a 16 años sin vacunar o con vacunación incompleta). Entre las principales instituciones interesadas figuraban el Ministerio de Salud Pública del Líbano (MoPH), UNICEF y los equipos de divulgación afiliados que realizaban visitas domiciliarias. Los riesgos previstos iban desde la desconfianza de los cuidadores en el sistema de salud hasta los retos logísticos para mantener el seguimiento de los hogares.

## Resultado

La declaración de resultados se centró en aumentar la finalización oportuna de las vacunas infantiles rutinarias entre los niños sin vacunar o con vacunación incompleta.

## Comunidad de interés

Los principales agentes del cambio fueron los cuidadores, en particular las madres y los padres de las comunidades de refugiados y de acogida con bajos ingresos. Estas eran las personas más directamente involucradas en las decisiones sobre la vacunación. El mapa del sistema confirmó que eran el público con el comportamiento más impactante y más factible de influir. Los trabajadores de divulgación y el personal de atención primaria de salud también se consideraron actores clave en el sistema, pero en esta etapa se restó prioridad a sus comportamientos para centrarse en la acción de los cuidadores.

## Actores y acciones

Mediante el **árbol de comportamiento** y el **análisis de puntos de apalancamiento**, el equipo identificó tres comportamientos principales que contribuían a los retrasos en la vacunación, y se eligió uno de ellos como prioridad máxima. El comportamiento central era el siguiente: que los cuidadores elaboraran un plan de vacunación claro y oportuno, cumplieran con las citas y evitaran retrasos innecesarios.

## Riesgos

Mientras el equipo del proyecto se preparaba para pasar a la siguiente fase, identificó varios riesgos clave.

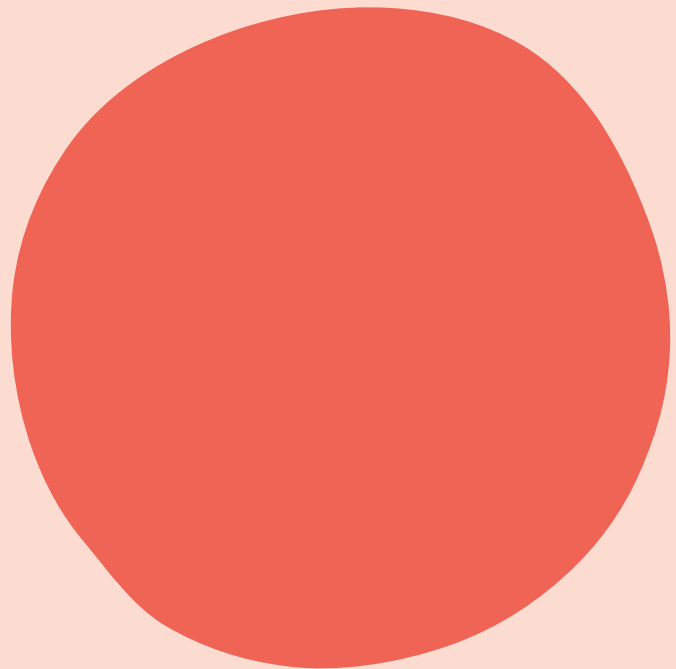
- El más crítico, de alto riesgo y alto impacto, era un posible retraso en la obtención del apoyo de las autoridades del Ministerio, lo que podría paralizar la implementación o limitar el apoyo institucional.
- Una segunda preocupación, con alto riesgo pero menor impacto, era que algunas entrevistas a los cuidadores pudieran quedar incompletas, lo que afectaría a la exhaustividad de los datos, pero no descarrilaría el proyecto.
- Entre los riesgos de menor probabilidad, se señaló como de bajo riesgo pero alto impacto la difusión de información errónea sobre las vacunas en las comunidades, dada su capacidad para socavar la confianza y la aceptación.
- Por último, los retrasos menores en las visitas de divulgación se consideraron de bajo riesgo y bajo impacto, y probablemente manejables mediante ajustes en la programación.

## Lista de verificación final para *Definir*

- Definición del problema y declaración de resultados
- Mapa de partes interesadas y público objetivo
- Árbol de comportamiento
- Matriz de priorización
- Lienzo del proyecto

### Opcional:

- Mapa del sistema
- Puntos de apalancamiento



## Más información:

Esta guía práctica está diseñada para dotar a los equipos de herramientas, marcos y metodologías prácticas para aplicar las ciencias del comportamiento a una serie de desafíos del mundo real. Dado que las ciencias del comportamiento se nutren de múltiples disciplinas, entre ellas el diseño centrado en el ser humano, la economía experimental y el pensamiento sistémico, hemos seleccionado una serie de enfoques que reflejan esta diversidad. La siguiente sección ofrece recursos adicionales para explorar más a fondo temas específicos introducidos en la guía, junto con la opción de continuar un proceso de aprendizaje a su propio ritmo.

### «Quiero aprender más sobre el diseño centrado en las personas y cómo co-crear con mi comunidad».

Existen muchos recursos valiosos disponibles para ayudar a interactuar de manera significativa con las comunidades y aprovechar la experiencia local. Si se busca involucrar a los miembros de la comunidad en la identificación y priorización de soluciones, el campo del diseño centrado en el ser humano (HCD, por sus siglas en inglés) ofrece puntos de partida útiles. Dentro de UNICEF, se puede explorar la [Guía de SBC para HCD](#) y la [Guía de campo de HCD](#), ambas diseñadas para apoyar a los profesionales que trabajan en diversos entornos.

¿Tiene curiosidad por aprender más de fuentes externas? Considere la Guía de campo para el diseño centrado en el ser humano de IDEO. Como uno de los pioneros en la formalización de las prácticas de HCD, IDEO ofrece una orientación accesible y práctica basada en años de experiencia en la creación conjunta de soluciones en todo el mundo.

### «Quiero explorar más casos prácticos».

Comenzar este viaje dentro de la propia organización siempre es una gran opción. UNICEF cuenta con una amplia variedad [de publicaciones e investigaciones](#), así como con herramientas diseñadas para apoyar a los niños en sus cinco áreas programáticas principales. Si le interesa explorar cómo se aplican las ciencias del comportamiento más allá de UNICEF, hay muchas otras organizaciones que realizan una labor de impacto en este ámbito.

Entre las organizaciones que comparten regularmente sus perspectivas y métodos se encuentran el Behavioural Insights Team (BIT), Busara, Common Thread, FirstHand, Ideas42, el Banco Interamericano de Desarrollo, J-PAL y el eMBed del Banco Mundial, entre otras. Revisar su trabajo puede ofrecer nuevas perspectivas y ejemplos prácticos para enriquecer un enfoque de ciencias del comportamiento aplicadas.

### «Quiero aprender más sobre el pensamiento sistémico y el mapa».

Uno de los mejores recursos para aprender más es el libro de acceso libre del [Mapa del sistema](#), que ofrece un excelente resumen no técnico de siete enfoques diferentes.

En concreto, el enfoque aquí se basa en la técnica estándar de los diagramas de bucles causales, centrándose en los factores de comportamiento. [Aquí](#) se puede encontrar una buena guía sobre los diagramas de bucles causales.

Otro recurso excelente son los materiales en línea de la [System Mapping Academy](#), que incluyen un [kit de herramientas gratuito](#). Para conocer enfoques especialmente útiles para las ciencias del comportamiento aplicadas, véase [el mapa del sistema del comportamiento de la UCL](#) y [el mapa de sistemas de comportamiento](#) de Busara. Este resumen en línea proporciona enlaces a muchos otros recursos.

### «Quiero aprender más sobre cómo encontrar buenos puntos de apalancamiento que puedan tener un efecto dominó significativo».

Para obtener más perspectivas sobre los efectos dominó y los puntos de apalancamiento, la científica, escritora y educadora Donella Meadows dio una [famosa y muy citada](#) charla sobre el pensamiento sistémico. La charla de Meadows trata sobre los múltiples niveles que se deben emplear al considerar el cambio de los sistemas, incluidos los cambios en la función o el propósito subyacente de un sistema.

## Recursos:

1. Behavioural Insights Team (BIT), *Target, Explore, Solution, Trial, Scale: An introduction to running simple behavioural insights projects*, 2022, <[www.bi.team/wp-content/uploads/2022/11/BIT-Handbook-How-to-run-simple-BI-projects.pdf](http://www.bi.team/wp-content/uploads/2022/11/BIT-Handbook-How-to-run-simple-BI-projects.pdf)>.
2. Henrich, Joseph, 'WEIRD', *Open Encyclopedia of Cognitive Science*, edited by Michael C. Frank and Asifa Majid, MIT Press, 24 July 2024, <<https://doi.org/10.21428/e2759450.8e9a83b0>>.
3. IDEO.org, *The Field Guide to Human-Centered Design*, <<https://www.designkit.org/resources/1.html>>, accessed 12 June 2025.
4. IDinsight, 'Evidence Reviews', <<https://guide.idinsight.org/evidence-reviews/>>, accessed 12 June 2025.
5. Landry, Lauren, 'What is Human-Centered Design?', Harvard Business School Online, 25 November 2020, <<https://online.hbs.edu/blog/post/what-is-human-centered-design>>.
6. Meadows, Donella, 'Leverage Points: Places to Intervene in a System', Donella Meadows Project, <<https://donellameadows.org/archives/leverage-points-places-to-intervene-in-a-system/>>, accessed 12 June 2025.
7. Meadows, Donella, *Thinking in Systems: A Primer*, edited by Diana Wright, Chelsea Green Publishing, December 2008, <[www.chelseagreen.com/product/thinking-in-systems/](http://www.chelseagreen.com/product/thinking-in-systems/)>.
8. Miro. 'System Mapping Toolkit', <<https://miro.com/miroverse/system-mapping-toolkit/>>, accessed 12 June 2025.
9. Smaldino, Paul E., *Modeling Social Behavior*, Princeton University Press, October 2023, <<https://press.princeton.edu/books/paperback/9780691224145/modeling-social-behavior>>.
10. UNDP, *System Change: A Guidebook for Adopting Portfolio Approaches*, 28 March 2022, <[www.undp.org/publications/system-change-guidebook-adopting-portfolio-approaches](http://www.undp.org/publications/system-change-guidebook-adopting-portfolio-approaches)>.
11. UNICEF Social and Behaviour Change (SBC) Guidance, 'Using Human-Centred Design', <[www.sbcguidance.org/create/using-human-centred-design](http://www.sbcguidance.org/create/using-human-centred-design)>, accessed 12 June 2025.
12. UNICEF Social and Behaviour Change (SBC) Guidance, 'Social and Community Listening', <[www.sbcguidance.org/do/social-and-community-listening](http://www.sbcguidance.org/do/social-and-community-listening)>, accessed 12 June 2025.
13. University of California Office of the President, 'How to Write SMART Goals: A How to Guide', <[www.ucop.edu/local-human-resources/files/performance-appraisal/How+to+write+SMART+Goals+v2.pdf](http://www.ucop.edu/local-human-resources/files/performance-appraisal/How+to+write+SMART+Goals+v2.pdf)>, accessed 12 June 2025.



# Explorar y diagnosticar

## ¡Bienvenido a *Explorar y Diagnosticar!*

Recopilar la evidencia necesaria para diseñar la intervención es el siguiente paso fundamental para aplicar las ciencias del comportamiento.

Esta fase se centra en descubrir los factores impulsores y las barreras del comportamiento mediante el uso de la investigación y los datos. Implica sintetizar la evidencia social y de comportamiento existente, identificar los vacíos en lo que se necesita investigación adicional y construir una imagen clara del problema, todo ello con el fin de orientar dónde y cómo intervenir.

## ¿Por qué *Explorar y diagnosticar*?

Incluso con un problema y un resultado claros en mente, es fácil hacer suposiciones sobre lo que impulsa el comportamiento de las personas o lo que podría cambiarlos.

Sin embargo, los comportamientos rara vez están determinados por un solo factor. Están influenciados por una amplia gama de fuerzas, desde creencias y hábitos hasta normas sociales y condiciones estructurales. La fase de exploración y diagnóstico permite a los investigadores comprender el contexto, sacar a la luz las barreras ocultas y utilizar este conocimiento para diseñar soluciones relevantes.

## ¿Cómo podemos *Explorar y diagnosticar* el reto?

En esta segunda fase de la metodología DEPTHS, hay cinco pasos que guían a los equipos a través del proceso de investigación del comportamiento.

Cada paso incluye herramientas específicas, orientación sobre por qué son importantes estas herramientas y cómo utilizarlas. Un estudio de caso sobre el aumento de la vacunación infantil en el Líbano ejemplificará cómo se pueden aplicar las herramientas en la práctica.

Antes de comenzar con la fase de exploración y diagnóstico, asegúrese de completar todos los pasos de *La fase de definición*.

## Resumen de la fase de *Exploración y diagnóstico*

**Paso previo:** Revise los principales resultados de la fase Definir. Definición del problema y declaración de resultados, Mapa de partes interesadas y público objetivo, Árbol de comportamiento, Matriz de priorización, Mapa del sistema (opcional), Análisis de puntos de apalancamiento (opcional), Lienzo del proyecto



Revisar los datos y la bibliografía existentes para adquirir una comprensión básica del contexto. Esto ayuda a sacar a la luz perspectivas conocidas, identificar vacíos y determinar si es necesario realizar investigaciones adicionales.

Definir preguntas de investigación claras y basadas en el comportamiento, alineadas con los vacíos identificados durante la investigación de escritorio. Las preguntas deben enfocarse en descubrir por qué las personas realizan o no determinados comportamientos, utilizando marcos de comportamiento como el Modelo COM-B.

Delinear el enfoque de investigación, incluyendo a quién involucrar, qué métodos utilizar y cómo se aplicarán salvaguardas éticas. Este paso garantiza que la investigación sea práctica, específica y éticamente fundamentada.

Organizar y llevar a cabo el trabajo de campo, incluyendo la selección de participantes, la formación del equipo, la prueba de herramientas y la logística. Llevar a cabo la recopilación de datos enfatizando la calidad, la inclusión y el compromiso respetuoso.

Utilizar el marco COM-B para organizar las perspectivas, desarrollar perfiles de comportamiento, mapear microcomportamientos y priorizar las barreras y los facilitadores clave que darán forma a la siguiente etapa del diseño.

[Investigación de escritorio inicial](#)

[Objetivos y preguntas de investigación primaria](#)

[Plan de investigación primaria](#)

[Perfil de comportamiento](#)

[Plantilla del protocolo de investigación \[externa\]](#)

[Mapa y diagnóstico del comportamiento](#)

[Matriz de viabilidad-impacto](#)

## Errores comunes

Los errores comunes pueden descarrilar el trabajo basado en el comportamiento, por lo que, a lo largo de la fase de exploración y diagnóstico, tenga en cuenta estas posibles cuestiones:

- **Saltarse o apresurar la revisión de *La fase de definición*.** Pasar directamente a la investigación sin revisar resultados como la declaración del problema, el mapa del sistema o el lienzo del proyecto a menudo conduce a duplicaciones, desajustes u objetivos de investigación poco claros. Por ejemplo, un equipo que investiga la baja aceptación de la inmunización podría realizar entrevistas sobre las creencias respecto a las vacunas, sin tener en cuenta que la matriz de priorización original ya ha identificado, como comportamiento objetivo central y prioritario, que las personas cuidadoras lleven un seguimiento proactivo del esquema de vacunación de sus hijos.
- **La investigación de escritorio debe ir más allá de un rápido repaso de la bibliografía.** Este proceso requiere un enfoque estructurado, que incluya la revisión de diversas fuentes (por ejemplo, datos académicos, programáticos, de comportamiento y políticos), la formulación de preguntas específicas sobre el comportamiento de interés y la síntesis de las perspectivas y lo que se sabe actualmente desde un enfoque del comportamiento. Las revisiones que no siguen un enfoque estructurado pueden omitir fuentes críticas o no reconocer los hallazgos existentes, lo que da lugar a una investigación primaria de alcance deficiente. Por ejemplo, si un equipo que investiga la baja aceptación de la vacunación no analizara encuestas sobre percepciones de las personas cuidadoras, podría pasar por alto preocupaciones ya identificadas sobre la confianza en los proveedores, lo que podría sesgar las prioridades de diseño.
- **Redactar preguntas de investigación amplias o vagas.** Si las preguntas de investigación no son específicas sobre el comportamiento de interés, pueden dar lugar a hallazgos genéricos que son difíciles de aplicar. Cada pregunta debe estar vinculada a una decisión. Por ejemplo, preguntar «¿Cuáles son las barreras para la vacunación?» es demasiado amplio; «¿Qué hace que los cuidadores retrasen la segunda dosis después de la primera visita del niño a la clínica?» es más claro y más fácil de aplicar.
- **No ponerse de acuerdo sobre qué opiniones son importantes.** Si no se identifican y priorizan actores como los cuidadores, las personas influyentes o los proveedores de servicios, se pueden pasar por alto perspectivas fundamentales. Por ejemplo, un proyecto puede centrarse únicamente en los cuidadores, pero pasar por alto la influencia de las abuelas o los trabajadores sanitarios de la comunidad, que influyen en las decisiones sobre la vacunación. En su lugar, hay que identificar y priorizar a los actores desde el principio.
- **Analizar los datos sin desentrañar los factores impulsores de comportamiento que los motivan.** Con demasiada frecuencia, los resultados se catalogan tal cual, sin desentrañar los factores impulsores subyacentes, las barreras o los heurísticos que influyen en las decisiones de las personas. Por ejemplo, señalar que «los cuidadores temen los efectos secundarios» solo es útil si vamos más allá, comprendiendo de dónde proviene ese temor e identificando quién o qué podría cambiarlo. Sin este análisis en profundidad, las perspectivas siguen siendo superficiales y difíciles de poner en práctica.

- **Tratar todas las barreras como igualmente importantes.** Sin establecer prioridades, los equipos pueden dispersar demasiado sus esfuerzos. En cambio, es importante identificar las barreras de comportamiento más importantes: aquellas que tienen mayor influencia en el comportamiento objetivo y mayor potencial para ser abordadas a través del proceso de diseño. Por ejemplo, dedicar el mismo tiempo a mitos menores y a barreras estructurales importantes, como la distancia a la clínica, podría diluir los recursos al dividir los esfuerzos entre retos que no tienen el mismo peso. El uso de una [Matriz de viabilidad-impacto](#) puede ayudar a los equipos a centrar sus esfuerzos en consecuencia.
- **Saltar a las soluciones demasiado pronto.** El objetivo de esta fase es obtener una comprensión profunda de los comportamientos, no generar o probar soluciones. La ideación prematura puede limitar la curiosidad, sesgar la interpretación de la evidencia y dar lugar a intervenciones que no se ajustan a las necesidades reales de los usuarios. Por ejemplo, sugerir aplicaciones de recordatorio antes de evaluar el acceso digital podría pasar por alto que la mayoría de los cuidadores no utilizan teléfonos inteligentes, lo que daría lugar a una solución irrelevante o desigual.

## ESTUDIO DE CASO:

# Aumento de la cobertura de vacunación infantil en el Líbano

La vacunación infantil es una de las intervenciones de salud pública más rentables, pero muchos niños, especialmente en los países de ingresos bajos y medios, siguen sin estar vacunados o no cuentan con todas las vacunas.

En el Líbano, que alberga la mayor población de refugiados per cápita del mundo, la cobertura de vacunación se ha visto socavada por la pobreza, los desplazamientos y la saturación de los sistemas de salud. Aunque la cobertura nacional llegó a acercarse al 90 % de vacunación, los brotes de sarampión y paperas revelaron un aumento de los casos de vacunación incompleta. En respuesta a ello, el Ministerio de Salud Pública y UNICEF pusieron en marcha el programa de Actividades de Inmunización Acelerada (AIA) para ampliar el acceso a través de los centros de salud y la divulgación comunitaria, pero la cobertura siguió siendo baja.

Un equipo multidisciplinario de UNICEF, Nudge Lebanon y el Ministerio de Salud Pública se propuso investigar la cuestión desde el enfoque de las ciencias del comportamiento. En lugar de centrarse únicamente en las barreras estructurales, examinaron comportamientos específicos y sus factores impulsores, prestando especial atención a la toma de decisiones de los cuidadores. Durante la fase de definición, el equipo articuló un resultado claro: mejorar la finalización oportuna de las vacunas infantiles rutinarias entre los niños no vacunados o con vacunación incompleta, y trazó un mapa del ecosistema de actores, incluidos los cuidadores, los trabajadores de divulgación y el personal de atención primaria de salud. Utilizaron un mapa de comportamiento y una matriz de priorización para identificar los comportamientos de «inicio» y «fin» en estos públicos, y finalmente dieron prioridad al seguimiento de las citas por parte de los cuidadores, ya que era un cambio impactante y factible.

Entre los pasos opcionales se incluyeron la recreación del mapa del sistema y el análisis de puntos de apalancamiento, que revelaron cómo el olvido, las instrucciones poco claras y la baja percepción de la urgencia, contribuían a que se omitieran las vacunas. En el paso 5 del capítulo Definir, el equipo había documentado un alcance claro del proyecto, había puesto de manifiesto los riesgos potenciales y estaba listo para pasar a una exploración más profunda de los factores impulsores del comportamiento. Este estudio de caso seguirá sirviendo como ejemplo ilustrativo a lo largo de las fases Explorar y Diagnosticar, mostrando cómo se pueden aplicar las perspectivas del comportamiento para guiar cada paso del proceso.

El equipo comenzó identificando los distritos con las tasas de cobertura más bajas y las poblaciones más vulnerables, centrándose en las zonas con una alta concentración de refugiados y hogares de bajos ingresos. Utilizando marcos de las ciencias del comportamiento, como el marco COM-B<sup>1</sup> para explorar la capacidad, la oportunidad y la motivación, llevaron a cabo un extenso trabajo de campo, que incluyó entrevistas con trabajadores sociales, personal del programa y proveedores de atención médica, junto con la observación directa a través de visitas domiciliarias. Trazaron el recorrido que se esperaba que siguieran los cuidadores y analizaron detenidamente los puntos de decisión específicos en los que se producía un cambio de comportamiento, sin hacer suposiciones sobre la falta de concienciación o de acceso.

Este enfoque estructurado reveló claros puntos de abandono del comportamiento esperado, es decir, momentos en los que la intención no se traducía en acción. Surgieron tres barreras clave:

- **Sobrecarga cognitiva:** los cuidadores se sintieron abrumados por el exceso de información o por la gran cantidad de tareas que debían realizar.

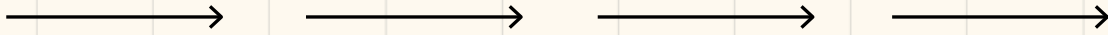
1 Michie, S., van Stralen, M.M. y West, R., 2011. La rueda del cambio de comportamiento: un nuevo método para caracterizar y diseñar intervenciones de cambio de comportamiento. *Implementation Science*, 6(1), p. 42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>

- **Estrés emocional:** por ejemplo, la ansiedad por las visitas a la clínica o el miedo al juicio de otras personas.
- **Percepciones sociales:** por ejemplo, la preocupación sobre cómo podrían ver sus acciones otras personas de la comunidad.

Estas barreras no reflejaban una oposición a la vacunación, sino más bien las complejas realidades a las que se enfrentaban los cuidadores, en las que acudir a la clínica a menudo competía con responsabilidades urgentes como conseguir comida, cuidar a los niños u obtener ingresos. Al basar la investigación en el comportamiento observado y las fricciones del mundo real, el equipo pudo diagnosticar dónde y por qué se rompían las intenciones de los cuidadores, a menudo de formas inconscientes o invisibles incluso para los propios cuidadores. No siempre se trataba de decisiones deliberadas, sino que reflejaban respuestas de comportamiento sutiles y automáticas moldeadas por el estrés, los hábitos y el contexto ambiental. Es posible que los cuidadores no sintieran que se enfrentaban a barreras, pero los patrones de comportamiento revelaron puntos de fricción clave en los que la intención de seguir adelante con la vacunación se desmoronaba silenciosamente.

Estas barreras no reflejaban una oposición a la vacunación, sino más bien las complejas realidades a las que se enfrentaban los cuidadores, en las que acudir a una clínica a menudo competía con responsabilidades urgentes como conseguir comida, cuidar a los niños u obtener ingresos. Al basar la investigación en el comportamiento observado y las fricciones del mundo real, el equipo pudo diagnosticar dónde y por qué se estaban desmoronando las intenciones de los cuidadores, a menudo de formas inconscientes o invisibles incluso para los propios cuidadores. No siempre se trataban de decisiones deliberadas, sino que reflejaban respuestas de comportamiento sutiles y automáticas moldeadas por el estrés, los hábitos y el contexto ambiental. Es posible que los cuidadores no sintieran que se enfrentaban a barreras, pero los patrones de comportamiento revelaron puntos de fricción clave en los que la intención de seguir adelante con la vacunación se desmoronaba silenciosamente.

**\*Nota:** Aunque se trata de un proyecto real que siguió un proceso muy similar al de DEPTHS, hubo algunas herramientas del kit que el equipo del proyecto no aplicó durante la implementación. En esos casos, hemos vuelto atrás y hemos aplicado retrospectivamente las herramientas utilizando datos reales del proyecto para ilustrar cómo habrían sido si se hubieran utilizado en ese momento.



## PASO 1:

# Realizar una investigación de escritorio inicial

### En este paso:

El objetivo de este paso es llevar a cabo una investigación de escritorio inicial (a veces denominada «revisión bibliográfica»). Se trata de un proceso estructurado de examen y síntesis de los datos y las pruebas existentes.

### Herramientas asociadas:

- [Investigación de escritorio inicial](#)

## Por qué es importante:

Antes de llevar a cabo la investigación primaria, es esencial comprender el panorama actual de las pruebas disponibles.

Una investigación de escritorio rigurosa ayuda a crear un entendimiento común del reto del comportamiento, identificar patrones de comportamiento y factores influyentes bien documentados, y señalar claramente

dónde se necesita más información o investigación. Si estos vacíos son significativos, la investigación de escritorio puede dar forma a un plan centrado para la investigación primaria, garantizando que cualquier nueva recopilación de datos sea útil y se centre en las áreas más importantes.

## Cómo hacerlo:

### 1. Revise los resultados de *La fase de definición* y formule las preguntas iniciales

Utilice [La hoja de trabajo de investigación de escritorio inicial](#) para preparar el proceso de investigación de escritorio.

- a. Antes de iniciar la investigación de escritorio, revise los resultados clave generados durante *La fase de definición*, incluyendo [La definición del problema y declaración de resultados](#), [El árbol de comportamiento](#), [La matriz de priorización](#), [El](#)

[mapa del sistema](#), [El análisis de puntos de apalancamiento](#) (si está disponible) y [El lienzo del proyecto](#). Este paso ayuda al equipo a consolidar lo que ya se sabe, aclarar las hipótesis de trabajo y afinar el enfoque de la investigación de escritorio.

#### Investigación de escritorio inicial

Enumerar y revisar las evidencias existentes.

**A** **¿Qué sabemos o creemos saber?** *Anote las ideas y suposiciones sobre el problema, los comportamientos y el público objetivo. Durante la fase de definición, ¿qué hemos observado o escuchado de los actores clave? ¿Qué pautas o creencias damos por ciertas?*

**B** **¿Dónde debemos mirar?**  
*¿Existen datos de referencia o encuestas recientes? ¿Qué informes, perspectivas o evaluaciones existen? ¿Quién más está trabajando en esto? ¿Tienen conclusiones? ¿Qué se ha intentado ya para cambiar este comportamiento o resolver este problema?*

**B** **¿Qué debemos buscar?** *Enumerar y refinar inicialmente las preguntas de la investigación documental en función del problema, el comportamiento o los comportamientos y los públicos de interés.*

- ¿Qué sabemos sobre el comportamiento actual de las personas en este contexto?
- ¿Cómo viven el problema los distintos grupos de población?
- ¿Qué sabemos de los factores impulsores (psicológicos, sociales, estructurales, medioambientales)?
- ¿Qué han revelado las iniciativas anteriores: qué ha funcionado, qué no y por qué?

**A** **¿Qué sabemos o creemos saber?** *Anote las ideas y suposiciones sobre el problema, los comportamientos y el público objetivo. Durante la fase de definición, ¿qué hemos observado o escuchado de los actores clave? ¿Qué pautas o creencias damos por ciertas?*

**b.** Complete la sección «¿Qué sabemos o creemos saber?» de **la hoja de trabajo de investigación de escritorio** inicial:

- ¿Qué perspectivas se han obtenido hasta ahora a través de la observación o las aportaciones de los actores clave?
- ¿Qué hipótesis surgieron durante *La fase de definición* que deben validarse mediante una investigación más profunda?

**c.** Complete la sección «¿Dónde debemos buscar?». Identifique fuentes relevantes para la investigación de escritorio, tales como:

- Evaluaciones de programas e informes de implementación
- Datos administrativos
- Encuestas demográficas y de salud nacionales (por ejemplo, DHS, MICS)
- Documentos de políticas gubernamentales y planes estratégicos
- Bibliografía académica y estudios revisados por pares
- Literatura gris e informes no publicados

- Datos internos, resúmenes de aprendizaje u observaciones sobre el terreno de los socios

Utilice tanto datos cualitativos como cuantitativos de fuentes locales y regionales para construir una comprensión integral del contexto. Priorice evidencia reciente, creíble y específica del contexto que aporten tanto sobre la situación como sobre el comportamiento. Esto incluye datos esenciales sobre la cobertura de los servicios, el acceso y la demografía, así como fuentes que ayuden a explicar qué motiva las decisiones de las personas.

Revise los datos de las oficinas nacionales de estadística, las bases de datos de las agencias de la ONU, las encuestas demográficas y de salud (DHS), las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados (MICS), los sistemas nacionales de información sanitaria (HMIS) y los informes específicos del sector de los ministerios u ONGs. Para obtener perspectivas sobre los factores impulsores y las barreras del comportamiento, revise las encuestas existentes de conocimientos, actitudes y prácticas (KAP), reportes de escucha social y las evaluaciones cualitativas rápidas realizadas en contextos similares.

**B** **¿Qué debemos buscar?** *Enumerar y refinar inicialmente las preguntas de la investigación documental en función del problema, el comportamiento o los comportamientos y los públicos de interés.*

- ¿Qué sabemos sobre el comportamiento actual de las personas en este contexto?
- ¿Cómo viven el problema los distintos grupos de población?
- ¿Qué sabemos de los factores impulsores (psicológicos, sociales, estructurales, medioambientales)?
- ¿Qué han revelado las iniciativas anteriores: qué ha funcionado, qué no y por qué?

La combinación de evidencia situacional y de comportamiento proporciona una base más sólida para el análisis, lo que ayuda a los equipos a pasar de comprender lo que está sucediendo a desentrañar por qué está sucediendo.

d. Por último, utilice la sección «¿Qué debemos buscar?» para adaptar y perfeccionar las preguntas iniciales de la investigación de escritorio. A la hora de formular las preguntas iniciales de la investigación de escritorio, hay que tener en cuenta lo siguiente:

- ¿Qué sabemos sobre cómo se comporta actualmente la gente en este contexto?
- ¿Cómo viven el problema los diferentes grupos de población?
- ¿Qué sabemos sobre los factores impulsores y las barreras del comportamiento (capacidad, oportunidad y motivación)?
- ¿Qué revelaron los esfuerzos anteriores?  
¿Qué funcionó, qué no funcionó y por qué?

**B**

### ¿Dónde debemos mirar?

*¿Existen datos de referencia o encuestas recientes? ¿Qué informes, perspectivas o evaluaciones existen? ¿Quién más está trabajando en esto? ¿Tienen conclusiones? ¿Qué se ha intentado ya para cambiar este comportamiento o resolver este problema?*

## 2. Realice la investigación de escritorio inicial

- a. Revise y analice la bibliografía disponible, basándose tanto en evidencia situacional como de comportamiento. Al hacerlo, preste especial atención a las perspectivas del comportamiento. ¿Qué dicen las fuentes sobre lo que hace la gente y por qué? ¿Qué barreras o facilitadores se observan?
- b. Utilice diferentes motores de búsqueda para buscar evidencia previa. Además de los motores de búsqueda académicos generales como Google Scholar, considere plataformas especializadas como el Portal de Evidencia para el [Desarrollo 3ie](#), [las publicaciones de UNICEF](#) y [el Centro de Evidencia de Comportamiento](#). Las herramientas basadas en inteligencia artificial, como [el chatbot AVA del Banco Mundial](#), [Elicit](#) y [Research Rabbit](#), pueden ayudar a encontrar pruebas de forma más rápida y estructurada.
- c. Es importante evaluar de forma crítica la bibliografía y la evidencia recopiladas durante la investigación de escritorio. Las diferentes revistas y plataformas aplican distintos criterios de publicación, e incluso los artículos revisados por pares no siempre son fiables.

No toda la evidencia tienen el mismo peso. La siguiente tabla ofrece orientación para ponderar los diferentes tipos de evidencia.

Siempre que sea posible, la investigación de escritorio debe dar prioridad a la evidencia procedentes de revisiones sistemáticas, metaanálisis y otros estudios de alta calidad, si están disponibles.

TABLA 2. FIABILIDAD SEGÚN EL TIPO DE EVIDENCIA

TIPO DE EVIDENCIA	FIABILIDAD
Revisiones sistemáticas y metaanálisis de estudios de alta calidad	Muy alta
Múltiples ECA o estudios cuasi-experimentales bien diseñados	Sólida
ECA únicos, estudios observacionales sólidos, evidencia triangulada con métodos mixtos	Moderada
Estudios de casos, encuestas transversales, literatura gris con rigor limitado	Débil
Anécdotas, opiniones de expertos, informes de defensa sin datos	Muy débil

El Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID) ofrece [orientación sobre la evaluación de la solidez de las pruebas](#), como se ilustra en la tabla siguiente:

TABLA 3. PRINCIPIOS DE LOS ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN DE ALTA CALIDAD

CRITERIOS	DESCRIPCIÓN	EJEMPLO DE EVIDENCIA DE ALTA CALIDAD	EJEMPLO DE EVIDENCIA DE BAJA CALIDAD
<b>Marco conceptual</b>	El estudio explica su pregunta principal y la vincula con lo que ya se sabe.	Un informe sobre recordatorios por SMS para vacunas expone claramente su pregunta de investigación, cita evidencia anterior sobre recordatorios y establece una hipótesis comprobable.	Un artículo se limita a decir «queríamos mejorar la vacunación» sin explicar por qué ni vincularlo con estudios anteriores.
<b>Transparencia</b>	El estudio es transparente sobre cómo se llevó a cabo (dónde, cuándo, con quién y quién lo financió).	Un estudio sobre la malaria explica que se llevó a cabo en tres provincias en 2022, con 600 hogares elegidos al azar, y nombra a UNICEF como financiador.	Un estudio informa de que «los datos se recopilaban recientemente en África», sin dar detalles sobre la ubicación, los métodos o la financiación.
<b>Idoneidad</b>	La forma en que se realizó el estudio se ajusta a la pregunta que se plantea.	Para medir si un nuevo medicamento previene la malaria, los investigadores realizan un ensayo controlado aleatorio.	Para comprobar si un medicamento previene la malaria, los investigadores simplemente preguntan a diez personas si se sienten más sanas después de tomarlo.
<b>Sensibilidad cultural</b>	El estudio tiene en cuenta las costumbres, creencias y el contexto local.	Una encuesta sobre vacunación en Nigeria señala que los papás suelen decidir sobre las vacunas de los niños, por lo que incluye tanto a las mamás como a los papás en las entrevistas.	Una encuesta en Nigeria solo pregunta a las madres, ignorando que los papás a menudo influyen en la decisión, ya sea directa o indirectamente.
<b>Validez</b>	Los resultados miden realmente lo que el estudio pretende medir.	Un estudio sobre la eficacia de los mosquiteros tratados con insecticida mide la prevalencia de la malaria con análisis de sangre, ajusta los datos en función del clima y descarta otras causas.	Un estudio sobre mosquiteros solo pregunta a las personas «¿te sientes más saludable?», sin comprobar la prevalencia real de la malaria.

CRITERIOS	DESCRIPCIÓN	EJEMPLO DE EVIDENCIA DE ALTA CALIDAD	EJEMPLO DE EVIDENCIA DE BAJA CALIDAD
<b>Fiabilidad</b>	El estudio daría resultados similares si se repitiera de la misma manera.	Una herramienta de encuesta se prueba en dos ciudades, ofrece respuestas coherentes y muestra estadísticas de fiabilidad sólidas.	Una herramienta de encuesta ofrece resultados muy diferentes cada vez que se utiliza, sin pruebas ni explicaciones.
<b>Contundencia</b>	Los resultados tienen sentido de principio a fin, y el estudio es honesto sobre sus limitaciones.	La evaluación de un programa juvenil vincula claramente las actividades con los resultados, presenta datos y admite que los efectos a largo plazo son inciertos.	Un informe sobre un programa juvenil afirma que «nuestras actividades funcionaron» sin mostrar datos e ignora limitaciones evidentes.

- d.** Asegúrese de recopilar los resultados de forma sistemática utilizando una herramienta estructurada, como una tabla o una matriz. Una buena investigación de escritorio:
- Irá más allá de enumerar estudios, sintetizando las perspectivas de todas las fuentes en una imagen coherente de la situación y los comportamientos.
  - Incluirá pruebas tanto situacionales como de comportamiento, revelando cómo interactúan el contexto y los factores impulsores.
  - Identificará explícitamente las barreras y los facilitadores del comportamiento.
  - Utilizará fuentes creíbles, actualizadas y específicas del contexto, que estarán claramente citadas y serán rastreables.
  - Triangulará los hallazgos a partir de múltiples tipos de evidencia (cuantitativas, cualitativas, datos rutinarios, observacionales, mecanismos de retroalimentación).
  - Señalará claramente los vacíos, contradicciones e incertidumbres en la evidencia.
  - Enmarcará las perspectivas de manera que sean relevantes y aplicables para los actores clave y los responsables de la toma de decisiones.
- e.** El formato y la estructura de una investigación de escritorio pueden variar en función del enfoque y los objetivos del proyecto. Algunas revisiones adoptan un enfoque amplio y resumen el contexto general del problema junto con las intervenciones realizadas en el pasado. Otras son más específicas y exploran aspectos concretos, como las barreras de comportamiento comunes, las intervenciones que ya se han probado o las características de la población afectada. En general, una investigación de escritorio exhaustiva incluirá las siguientes secciones:

TABLA 4. SECCIONES SUGERIDAS PARA UNA INVESTIGACIÓN DE ESCRITORIO

SECCIÓN	DESCRIPCIÓN
<b>Portada</b>	Incluye título, fecha, autor(es), logotipos de la organización y nota de confidencialidad, si es necesario.
<b>Resumen ejecutivo</b>	Ofrece una descripción general concisa del propósito, las conclusiones clave y las recomendaciones principales; diseñado para ser independiente.
<b>Introducción</b>	Describe el propósito, el alcance y la metodología de la investigación de escritorio, incluyendo el marco conceptual o las definiciones, si procede.
<b>Contexto y antecedentes</b>	Presenta los antecedentes sectoriales, demográficos, geográficos, políticos y programáticos; sintetiza la bibliografía existente.
<b>Conclusiones principales</b>	Parte central del estudio, estructurada en subsecciones. Por ejemplo: principales barreras de comportamiento, principales partes interesadas relacionadas con el problema, intervenciones comportamentales que se han probado en el pasado
<b>Vacíos, retos y perspectivas</b>	Identifica las limitaciones de los datos disponibles, los vacíos en la evidencia y los resultados contradictorios.
<b>Análisis de riesgos y enfoque de equidad</b>	Destaca los vacíos relacionados con el género, la inclusión y los derechos humanos; pone de manifiesto los riesgos para la implementación.
<b>Recomendaciones estratégicas</b>	Presenta recomendaciones viables y priorizadas, adaptadas a los responsables de la toma de decisiones, los encargados de la implementación y otros públicos.
<b>Conclusión</b>	Resume las principales conclusiones, sintetiza los resultados y ofrece reflexiones generales.
<b>Referencias o bibliografía</b>	Enumera todas las fuentes citadas y consultadas durante la investigación de escritorio.
<b>Anexos</b>	Proporciona material complementario, como tablas de datos detalladas, listas de actores clave, notas sobre los métodos utilizados o ejemplos prácticos ampliados.

Algunas plantillas y ejemplos útiles de investigación de escritorio son la investigación de escritorio de UNICEF «[Aportaciones a la estrategia de comunicación sobre la malaria para acelerar su eliminación](#)»; la investigación de escritorio conjunta de UNICEF y la Universidad de Nueva York en Ucrania «[El poder de la juventud: instrumentos para una participación juvenil eficaz](#)»; y [la herramienta de plantillas de investigación de escritorio de Save the Children](#).

## Al aplicar un enfoque de comportamiento a la investigación de escritorio inicial

Aunque no es necesario en esta etapa, los marcos de comportamiento como el **Modelo de impulsores del comportamiento** (BDM) de UNICEF pueden ser un recurso útil. El BDM no está pensado como una herramienta para la investigación de escritorio o el análisis, sino como una guía conceptual que ilustra la naturaleza multifactorial del comportamiento. Nos recuerda que los comportamientos rara vez están impulsados por un solo factor y que, para comprenderlos plenamente, es necesario prestar atención a las influencias **psicológicas, sociales y ambientales**.

Tener en cuenta estos ámbitos durante el proceso de investigación de escritorio puede ayudar a los investigadores a detectar patrones, descubrir puntos ciegos u organizar mejor las perspectivas que más adelante pueden servir de base para el diagnóstico y el diseño. Tenga en cuenta las siguientes preguntas al revisar las pruebas existentes:

- ¿Qué factores **psicológicos**, como el conocimiento, las creencias, las emociones o la autoeficacia, parecen influir en este comportamiento?
- ¿Qué influencias **sociales**, como las normas grupales, las dinámicas relacionales o las estructuras de poder informales, pueden estar determinando las decisiones?
- ¿Qué condiciones **ambientales**, como la disponibilidad de servicios, las barreras estructurales o las políticas institucionales, crean o limitan las oportunidades de acción?

Más información sobre el BDM: <https://www.unicef.org/mena/reports/behavioural-Conductors-model> Este modelo también se puede utilizar junto con otros marcos, como el Modelo COM-B.

### 3. Determinar si se necesita investigación primaria para llenar los vacíos

El último paso de esta fase consiste en evaluar si la evidencia existente es lo suficientemente sólida como para empezar a diseñar soluciones o si se necesitan más perspectivas. Solo se deben realizar investigaciones adicionales si ello refuerza de manera significativa el proceso de diseño de la intervención. Revise los resultados de la investigación de escritorio y pregúntese:

- a. En lugar de tomar una decisión simple de “sí o no” a la pregunta “¿Debemos investigar?”, considera: “¿Qué es lo que todavía no sabemos? ¿Son estas lagunas críticas para diseñar algo ético, relevante y eficaz?” En lugar de tomar una decisión simple de “sí o no” a la pregunta “¿Debemos investigar?”, considera:

Asegúrate de que las intervenciones cumplan con los siguientes criterios:

- **Ético:** evita el daño, respeta la autonomía y promueve la equidad.
- **Relevante:** se alinea con las necesidades, valores y realidades de las personas a las que pretende servir.
- **Eficaz:** se basa en una comprensión precisa del comportamiento y del contexto, lo que aumenta la probabilidad de lograr los resultados previstos.

El objetivo es ser estratégico y llevar a cabo investigación adicional solo si realmente fortalecerá el proceso de diseño. Revisa los hallazgos del análisis documental y pregúntate:

- b. ¿Tenemos suficiente conocimiento de los factores impulsores de comportamiento, las barreras y el contexto? Por ejemplo, si la evidencia identifica una baja asistencia a las clínicas, pero no explica el por qué (como limitaciones de tiempo, experiencias negativas con los proveedores o normas sociales), puede ser necesario seguir indagando.
- ¿La evidencia actual deja fuera a algún grupo relevante o voces clave de comunidades desatendidas o marginadas? Por ejemplo, si la literatura se enfoca en personas cuidadoras

urbanas pero la intervención se implementará en zonas rurales, podrían pasarse por alto diferencias contextuales clave.

- ¿Las perspectivas existentes están desactualizadas, son sesgadas o carecen de relevancia local? Un estudio de hace cinco años, o uno realizado en un país o entorno cultural diferente, puede no reflejar las realidades vividas o los comportamientos actuales de la población objetivo.
- ¿Existen hipótesis importantes o incógnitas que aún deban comprobarse? Por ejemplo, suponer que los cuidadores olvidan las citas puede dar lugar a intervenciones basadas en recordatorios; sin embargo, si el problema fundamental es la reticencia o la desconfianza hacia las vacunas, esta solución puede resultar ineficaz.

- c. Si quedan preguntas clave sin respuesta, la realización de investigaciones específicas puede ayudar a llenar los vacíos de conocimiento. No siempre son necesarios estudios a gran escala. La investigación adicional podría incluir, por ejemplo, la participación de un grupo que aún no ha sido consultado, o el análisis de cómo se refuerza, se cuestiona o se mantiene una norma social en el contexto de una comunidad concreta. La investigación primaria debe ser específica y tener un propósito claro, evitando la recopilación de datos irrelevantes, la sobrecarga de las comunidades o el retraso del proceso DEPTHS en su conjunto.

- d. Una vez completada la investigación de escritorio, vuelva a los resultados de la definición para actualizarlos con cualquier perspectiva nueva. El Lienzo del proyecto, en particular, sirve como documento vivo, que fija la dirección del proyecto e informa todas las decisiones posteriores. La actualización del Lienzo garantiza la coherencia y la alineación en todo el proyecto.

## ESTUDIO DE CASO:

# Aumento de la cobertura de vacunación infantil en el Líbano

Esta herramienta de investigación de escritorio inicial no fue desarrollada por el equipo original del proyecto. Se trata de un ejemplo recreado a partir de datos y contextos reales del proyecto.

## Realización de una investigación de escritorio para comprender los datos y la evidencia existente sobre el problema

Para empezar, el equipo del proyecto revisó los resultados clave generados en la fase de definición (el lienzo del proyecto, la declaración del problema y los resultados, el árbol de comportamiento, etc.) para determinar sus conocimientos actuales sobre el problema e identificar cualquier vacío en la investigación.

A continuación, el equipo recopiló la documentación existente, incluidos los informes del programa, las investigaciones anteriores y los datos sobre la cobertura

de inmunización en el Líbano, junto con datos de contextos similares (por ejemplo, Jordania, Turquía y Siria). Entre los documentos revisados se encontraban:

- Informes anteriores de los programas de inmunización de UNICEF y la OMS en el Líbano y contextos similares en Oriente Medio y África del Norte (MENA).
- Investigaciones académicas sobre la retención a la vacunación y el abandono de la vacunación en países de ingresos bajos y medios (PIBM).
- Datos sobre la cobertura de inmunización en el Líbano.

## Investigación de escritorio inicial ESTUDIO DE CASO 1: AUMENTO DE LAS TASAS DE INMUNIZACIÓN INFANTIL EN EL LÍBANO

Enumerar y revisar las evidencias existentes.

### A ¿Qué sabemos o creemos saber?

Anteriormente, la cobertura de inmunización era alta (cerca del 90% RI), sin embargo, el aumento de los niveles de pobreza y más de 1 millón de refugiados que entraron en el país en 2011 han hecho que la cobertura disminuya. Esto se observó en 2013 y 2015 con un aumento de los brotes de sarampión y paperas.

El programa de AIA de UNICEF y el Ministerio de Sanidad del Líbano comenzó en 2017 con actividades de divulgación en la comunidad para concienciar sobre la vacunación y derivar a los niños que faltaban al centro sanitario participante más cercano. Sin embargo, los niños no acuden a sus citas de derivación.

Parece que los cuidadores olvidan sus citas de seguimiento o no acuden a ellas. Suponemos que esto puede estar relacionado con la información proporcionada por el personal de APS y los agentes de divulgación sobre la importancia y el calendario de vacunación.

### B ¿Dónde debemos mirar?

Informes de programas de UNICEF y otras ONG internacionales

Datos del programa AIA

2 encuestas cuantitativas anteriores sobre la eficacia del programa AIA

Datos de inmunización del Ministerio de Sanidad del Líbano

Investigaciones académicas anteriores realizadas en el Líbano sobre los comportamientos sanitarios de las poblaciones de refugiados.

### B ¿Qué debemos buscar?

- ❑ ¿Qué sabemos sobre el comportamiento actual de las personas en este contexto?
- ❑ ¿Cómo viven el problema los distintos grupos de población?
- ❑ ¿Qué sabemos de los factores impulsores (psicológicos, sociales, estructurales, medioambientales)?
- ❑ ¿Qué han revelado los esfuerzos anteriores: qué ha funcionado, qué no y por qué?

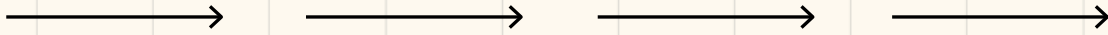
- ¿Cuáles son los últimos datos sobre cobertura de inmunización en el Líbano? ¿Cuáles son las tasas de abandono? ¿En qué servicios y puntos se ofrece la vacunación?
- ¿Qué grupos tienen las tasas de cobertura de inmunización más bajas? ¿Qué características tienen estos grupos? ¿Cuáles son sus condiciones de vida y su situación familiar?
- ¿De qué servicios de vacunación y otros servicios sanitarios disponen las familias refugiadas y libanesas? ¿En qué medida acceden a otros servicios sanitarios (no relacionados con la vacunación)?
- ¿Cómo acceden a las familias los equipos de divulgación del programa AIA? ¿Qué les dicen a las familias sobre la vacunación?
- ¿De qué información y formación disponen los agentes de divulgación, las enfermeras de APS y los supervisores de distrito sobre las habilidades interpersonales y la comunicación acerca de la vacunación, en particular los calendarios de vacunación?
- ¿Hasta qué punto fueron eficaces los programas de vacunación anteriores? ¿Cómo respondieron las familias a los anteriores esfuerzos de vacunación del programa AIA?
- ¿Cómo han participado los líderes de la comunidad en los anteriores esfuerzos de vacunación?
- ¿Cómo se recopilan los datos en el programa AIA?

- Datos de investigaciones cualitativas y cuantitativas de programas anteriores.
- Datos de los sistemas de salud

Los investigadores revisaron y sintetizaron la información clave para mejorar su comprensión contextual de la problemática del proyecto.

Para garantizar un proceso de investigación de escritorio eficiente, el equipo del proyecto elaboró un plan centrado en las áreas y documentos clave que debían explorarse y revisarse.

Una vez completada la investigación de escritorio, los investigadores organizaron los hallazgos clave en una hoja de cálculo estructurada. Esta sirvió como repositorio central de datos relevantes, perspectivas del comportamiento y vacíos identificados. Si bien la hoja de cálculo puede ser un resultado final en algunos casos, con mayor frecuencia sirve de apoyo a un esfuerzo de síntesis formal, como una revisión de la literatura, un informe resumido o una sinopsis de conocimientos. Estos productos ayudan a destilar patrones, sacar a la luz las preguntas pendientes e informar el enfoque de la investigación primaria posterior.



## PASO 2:

# Desarrollar las preguntas de investigación primaria

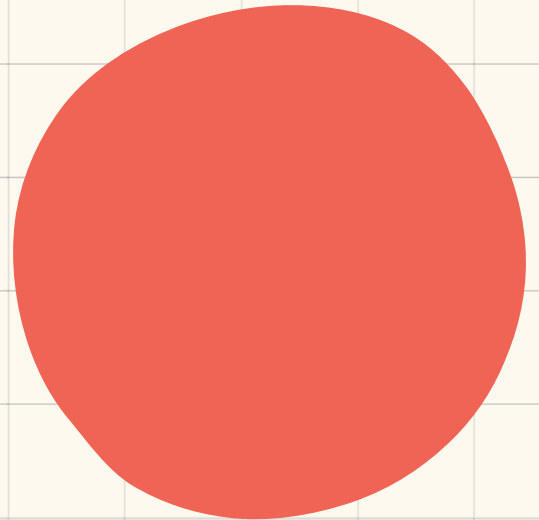
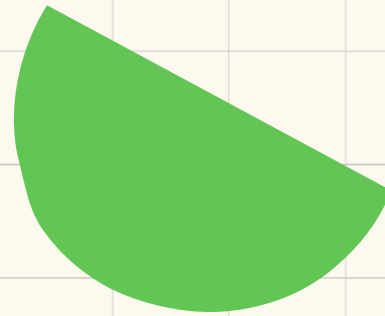
### Herramientas asociadas:

[Objetivos y preguntas de investigación primaria](#)

### En este paso:

Una vez completada la investigación de escritorio inicial, el siguiente paso es definir las preguntas específicas sobre el comportamiento que es necesario explorar más a fondo mediante la investigación primaria, utilizando la hoja de trabajo [Preguntas de investigación primaria](#).

Esta herramienta garantiza que las preguntas de investigación se basen en las Ciencias del comportamiento, lo que permite a los equipos diagnosticar toda la gama de factores impulsores y barreras que dan forma a los comportamientos.



## Por qué es importante:

Las preguntas de investigación claras y específicas son esenciales para una investigación basada en el comportamiento.

Las preguntas de investigación mal definidas o demasiado generales pueden dar lugar a datos vagos, redundantes o difíciles de traducir en acciones. Por el contrario, unas preguntas de investigación sólidas agudizan el enfoque de la investigación, ayudan a garantizar que los instrumentos de investigación estén bien alineados con los objetivos y mejoran el rigor y la relevancia de los resultados.

El perfeccionamiento de las preguntas de investigación en esta etapa permite obtener los siguientes resultados:

- **Garantiza que la investigación esté alineada con el resultado de comportamiento** articulado durante *La fase de definición*.
- **Centra la investigación en los determinantes de comportamiento prioritarios** a diferentes niveles, cuando las preguntas se basan en un modelo o marco conductual.
- **Evita la duplicación de los conocimientos existentes**, garantizando que la recopilación de datos primarios se centre en llenar los vacíos reales en la evidencia.

Para ayudar a estructurar este proceso, utilice el modelo **COM-B<sup>2</sup>**: un enfoque práctico y ampliamente utilizado para diagnosticar los factores que favorecen o inhiben el comportamiento de interés. El uso de un modelo como el COM-B permite a los equipos mapear sistemáticamente por qué las personas realizan o no realizan determinados comportamientos.

El modelo COM-B es un marco que desglosa los factores impulsores del comportamiento en tres componentes esenciales: **capacidad, oportunidad y motivación**, cada uno con dos subdominios.

- **La capacidad** se refiere a la capacidad psicológica y física para realizar la actividad, incluyendo conocimientos, habilidades y facultades mentales.

- **La capacidad física** se refiere a la destreza física, la fuerza, la resistencia o la habilidad necesarias para realizar el comportamiento.
- **La capacidad psicológica** se refiere a la capacidad mental o cognitiva para participar en los procesos de pensamiento necesarios, como la comprensión, el razonamiento y la memoria.

**La oportunidad** abarca las condiciones externas que hacen posible el comportamiento, incluidos los factores ambientales, socioculturales y estructurales.

- **La oportunidad social** se refiere a las señales sociales, las normas culturales y las influencias interpersonales que dan forma al comportamiento.
- **La oportunidad física** se refiere a los factores ambientales como los recursos, el tiempo, la infraestructura y el acceso que permiten el comportamiento.

**La motivación** incluye tanto los procesos reflexivos (como las creencias y las intenciones) como los procesos automáticos (como las respuestas emocionales y los hábitos) que impulsan el comportamiento.

- **La motivación reflexiva** se refiere a los procesos conscientes de planificación y evaluación, como las intenciones, las creencias y la identidad.
- **La motivación automática** se refiere a los procesos inconscientes, como las emociones, los hábitos, los impulsos y las reacciones.

La tabla 5 que figura a continuación resume ejemplos de factores impulsores y barreras del comportamiento para cada subdominio del marco COM-B.

2 Michie, S., van Stralen, M.M. y West, R., 2011. La rueda del cambio de comportamiento: un nuevo método para caracterizar y diseñar intervenciones de cambio de comportamiento. *Implementation Science*, 6(1), p. 42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>

TABLA 5. MAPEO DE LOS FACTORES IMPULSORES Y BARRERAS DEL COMPORTAMIENTO EN EL MARCO COM-B

SUBDOMINIOS	TIPOS	DEFINICIÓN
<b>Capacidad psicológica</b>	Conocimiento/comprensión	Grado de comprensión que tiene una persona del comportamiento, el servicio o la información relacionada.
	Memoria, atención, decisión	Cómo la carga cognitiva, las distracciones o las prioridades contrapuestas afectan a las decisiones.
	Regulación del comportamiento	Capacidad de una persona para controlar y ajustar su propio comportamiento.
<b>Capacidad física</b>	Habilidades físicas	Las habilidades o destrezas físicas específicas necesarias para llevar a cabo el comportamiento.
	Fuerza, resistencia, movilidad	Energía, fuerza o condición física necesarias para actuar de manera constante.
	Estado de salud	Condiciones de salud que pueden permitir o impedir la acción.
<b>Oportunidad física</b>	Tiempo y programación	La capacidad de actuar dentro del tiempo o los horarios disponibles.
	Disponibilidad	Si los servicios, herramientas o productos están disponibles cuando se necesitan.
	Accesibilidad	Si las personas pueden acceder a los servicios o lugares (por ejemplo, distancia, transporte, horarios).
	Barreras estructurales	Barreras físicas o sistémicas que dificultan o imposibilitan la acción.
<b>Oportunidad social</b>	Normas y expectativas	Lo que se considera típico, aceptable o esperado en el grupo social.
	Apoyo social	Apoyo o aliento proporcionado por otras personas.
	Influencia de otras personas	Influencia directa de la familia, los compañeros, los líderes u otras personas de la red de contactos.
	Roles y responsabilidades	Las funciones que se espera que desempeñen las personas y cómo estas determinan su comportamiento.
<b>Motivación reflexiva</b>	Creencias sobre las consecuencias	Lo que alguien cree que sucederá si actúa (o no).
	Autoeficacia	Si alguien cree que es capaz de actuar.
	Intención y objetivos	Los objetivos o intenciones que las personas se fijan para sí mismas.
	Identidad	Cómo se alinea el comportamiento con el sentido de identidad de una persona.
<b>Motivación automática</b>	Emociones	Sentimientos que motivan o desmotivan la acción.
	Hábitos	Acciones rutinarias que se realizan sin pensar mucho.
	Impulsos	Impulsos repentinos que pueden anular las decisiones conscientes.
	Sesgos cognitivos	Atajos mentales o distorsiones que influyen en las decisiones.

El uso de un marco como el Modelo COM-B ofrece varias ventajas en los proyectos de ciencias del comportamiento aplicadas, tales como:

- **Diagnóstico holístico:** tener en cuenta múltiples factores impulsores del comportamiento en lugar de recurrir a una única explicación (por ejemplo, la falta de conocimiento).
- **Traducción de la evidencia:** sirve de puente entre los datos y la acción. Al relacionar los resultados cualitativos y cuantitativos con los componentes del modelo COM-B, los equipos pueden convertir los conocimientos en decisiones de diseño específicas.

- **Enfoque estratégico:** priorizar dónde deben centrarse las intervenciones. Por ejemplo, si la motivación es alta pero las oportunidades físicas son escasas, es posible que las intervenciones deban abordar las barreras estructurales, y no la concientización.
- **Apoyo al pensamiento sistémico:** animar a los equipos a explorar cómo las acciones individuales se ven condicionadas por el contexto, las normas, las instituciones y la infraestructura.
- **Aplicación flexible:** aplicable en cualquier momento del ciclo del programa: para dar forma a la investigación formativa, identificar puntos de entrada para el cambio de comportamiento, perfeccionar prototipos o explicar por qué un programa piloto funcionó o no funcionó.

## Cómo hacerlo:

### 1. Elabore objetivos de investigación que guíen el proceso de investigación primaria.

Cualquier investigación primaria se basará en la investigación de escritorio inicial, abordando los vacíos específicos que se hayan identificado. En lugar de enumerar temas o asuntos generales, defina qué es necesario comprender para diseñar intervenciones prácticas, prometedoras, específicas del contexto e informadas por las ciencias del comportamiento. El uso del Modelo COM-B para estructurar los objetivos de la investigación garantiza una exploración sistemática de los factores importantes que influyen en el comportamiento objetivo.

- a. Revise el Lienzo del proyecto actualizado y los resultados de la investigación de escritorio para aclarar lo que ya se sabe, lo que se supone pero no se ha verificado y lo que sigue siendo desconocido, en particular en lo que respecta a los factores impulsores del comportamiento, las experiencias vividas y las dinámicas del sistema.
- b. Traduzca los vacíos de conocimiento en objetivos y preguntas de investigación primaria específicos y anótelos en [la hoja de trabajo objetivos y preguntas de investigación](#). Evite los objetivos

genéricos; en su lugar, céntrese en los mecanismos de comportamiento, los factores contextuales o la dinámica del sistema que realmente importan.

- c. Enmarque cada objetivo en torno a lo que aún es necesario comprender para influir en el comportamiento. Comience con verbos claros y con propósito que señalen el enfoque de la investigación, como por ejemplo:
  - Para entender...
  - Explorar...
  - Identificar...
  - Examinar...

Cada objetivo de investigación debe indicar claramente a qué parte del modelo COM-B se refiere. La tabla 6 resume la diferencia entre objetivos de investigación sólidos y débiles, utilizando el ejemplo de la inmunización rutinaria:

TABLA 6: FORMULACIÓN DE OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN COM-B SÓLIDOS

DOMINIO COM-B	OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN DÉBIL	POR QUÉ ES DÉBIL	OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN SÓLIDO
<b>Capacidad</b>	Explorar las percepciones de los padres sobre la vacunación	Amplio, vago y no identifica una barrera viable.	Comprender cómo las percepciones o conceptos erróneos sobre la seguridad de las vacunas influyen en la decisión de los padres de vacunar a sus hijos.
<b>Oportunidad</b>	Comprender el acceso a los servicios	No queda claro qué aspecto del acceso se está estudiando.	Examinar cómo la distancia a los servicios de salud, los costos de transporte y los horarios de las clínicas afectan la vacunación infantil oportuna en las zonas rurales.
<b>Motivación</b>	Explorar las actitudes de los cuidadores hacia la vacunación	El término «actitudes» es demasiado amplio y no identifica mecanismos motivacionales específicos.	Identificar las creencias, emociones e influencias sociales que determinan la motivación de los cuidadores para completar el calendario de vacunación.

Tenga en cuenta estos consejos a la hora de elaborar objetivos de investigación sólidos:

- **La investigación primaria específica no necesita explorar todos los aspectos del comportamiento.** En cambio, debe centrarse en los factores impulsores del comportamiento y las barreras que aún deben comprenderse para diseñar una intervención eficaz.
- **Los objetivos deben estar vinculados a una necesidad de diseño o estrategia.** Cada objetivo debe respaldar una decisión. Pregunte: ¿Responder a esta pregunta ayudará a diseñar una mejor intervención? Si no es así, refine la pregunta.
- **Evite reformular el resultado.** No repita el objetivo final (por ejemplo, «mejorar la asistencia a la atención prenatal»). En su lugar, indague en la dinámica conductual subyacente. Una versión mejorada sería: «Identificar los factores socioculturales y estructurales que influyen en la asistencia a la atención prenatal durante el primer trimestre entre las adolescentes recién embarazadas».

## 2. Formule preguntas de investigación primaria

Los objetivos de investigación claros y específicos se traducen a continuación en preguntas de investigación primaria estructuradas. Estas preguntas dan forma a la recopilación de datos y guían el proceso de análisis.

Un objetivo de investigación es una declaración amplia y orientada a la acción que describe lo que el estudio pretende lograr. Por el contrario, una pregunta de investigación define exactamente lo que el estudio investigará. Las preguntas de investigación también orientan qué datos recopilar y a quién involucrar. Por ejemplo, si un objetivo de investigación es «comprender cómo las normas sociales influyen en la decisión de las adolescentes de asistir a la escuela durante la menstruación», las preguntas de investigación relacionadas pueden incluir:

- ¿Qué suelen hacer las compañeras y otras niñas de su comunidad cuando tienen la menstruación?
- ¿Cómo influyen los compañeros, los padres y los maestros en la decisión de las niñas de quedarse en casa o asistir a la escuela?
- ¿Qué formas de apoyo o estigma experimentan las niñas durante la menstruación y cómo afecta esto a su comportamiento?

Una buena pregunta de investigación cumple los siguientes criterios:

- **centrarse** en un tema concreto (comportamiento, creencia, barrera o grupo)
- **puede responderse** mediante los métodos de investigación disponibles
- **proporciona perspectivas que pueden servir de base para la adopción de medidas** (decisiones, diseños y estrategias)
- **está basada en la comprensión** de lo que motiva el comportamiento de las personas, a menudo explorando el porqué o el cómo detrás de acciones o elecciones específicas.

A continuación se explica cómo formular preguntas de investigación primaria:

1. En primer lugar, rellene la sección «Comprender el comportamiento» de la hoja de trabajo [Objetivos y preguntas de investigación primaria](#). Antes de explorar los factores impulsores del comportamiento, es esencial aclarar cómo se desarrolla el comportamiento en la vida real. Esto significa comprender cómo se manifiesta el comportamiento

### Objetivos y preguntas de investigación primaria

#### Comprender el comportamiento

Enumerar preguntas que ayuden a comprender mejor los pasos y etapas del comportamiento.

#### Objetivos de la investigación

¿Qué debemos comprender, explorar, identificar, examinar?

##### CAPACIDAD

##### OPORTUNIDAD

##### MOTIVACIÓN

#### Preguntas de investigación

Elaborar preguntas de investigación exploratorias que se correspondan directamente con los vacíos de conocimiento identificados, extraerlas de la base de datos de preguntas y afinarlas en función del objetivo.

en la práctica, cuándo y dónde ocurre, qué pasos implica y dónde tiende a fallar. Estas preguntas descriptivas garantizan que la investigación se base en las experiencias reales de las personas más afectadas, lo que hace que el diagnóstico posterior de los factores impulsores del comportamiento sea más preciso y útil. Las preguntas exploratorias para comprender el comportamiento en cuestión pueden incluir, entre otras, las siguientes:

- ¿Cuándo y dónde suele producirse el comportamiento?
- ¿Qué pasos o decisiones implica?
- ¿Cuáles son los puntos de abandono o los momentos de fricción más comunes?

Por ejemplo, en el caso de la vacunación infantil: *¿Qué pasos siguen los cuidadores para vacunar a sus hijos, desde que se enteran de*

*la vacunación hasta que deciden acudir a la clínica? ¿A qué edad o en qué etapa suelen las familias comenzar o interrumpir el calendario de vacunación, y qué retos surgen en el camino?*

2. El uso del **Modelo COM-B** ayuda a estructurar las preguntas de investigación y a enmarcar la indagación en torno a cómo la capacidad, la oportunidad y la motivación influyen en un comportamiento específico. Consulte [la base de datos de preguntas de investigación](#) para encontrar sugerencias que le ayuden a elaborar preguntas para cada dominio COM-B. Asegúrese de adaptarlas al comportamiento y a las poblaciones de interés.

La tabla 7 vincula los objetivos de investigación con preguntas de investigación sólidas vs. débiles, utilizando un ejemplo de vacunación rutinaria:

TABLA 7: FORMULACIÓN DE PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN COM-B SÓLIDAS

#### ÁMBITO COM-B

## Capacidad

OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN: Comprender cómo las percepciones o conceptos erróneos sobre la seguridad de las vacunas influyen en la decisión de los padres de vacunar a sus hijos.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN DÉBIL	POR QUÉ ES DÉBIL	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN SÓLIDA
¿Qué saben los cuidadores sobre las vacunas?	Vago: esto podría referirse a cualquier aspecto de las vacunas (por ejemplo, el costo, el acceso, la experiencia).	¿Qué creencias y conceptos erróneos sobre la seguridad llevan a los cuidadores de niños menores de dos años en Kano (Nigeria) a iniciar, retrasar u omitir las dosis de vacunas programadas?
¿Han recibido los cuidadores formación o charlas sobre salud relacionadas con las vacunas?	Se centra en el formato más que en el contenido o las creencias, sin abordar cómo o por qué se forman los conceptos erróneos.	¿Qué fuentes de información utilizan los cuidadores de Kano (Nigeria) a la hora de decidir si acudir a la próxima visita de vacunación de sus hijos, y cómo afecta la credibilidad de la fuente a la asistencia?
¿Saben los cuidadores que las vacunas son seguras?	Se da por sentado que la respuesta es sí o no, lo que indica un pensamiento binario y cerrado.	¿En qué medida creen los cuidadores de Kano (Nigeria) que las vacunas rutinarias son seguras y cómo afecta esa creencia a la decisión de comenzar, retrasar u omitir las dosis programadas?

## ÁMBITO COM-B

# Oportunidad

OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN: Examinar cómo la distancia a los servicios de salud, los costos de transporte y el horario de las clínicas afectan la inmunización infantil oportuna en las zonas rurales.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN DÉBIL	POR QUÉ ES DÉBIL	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN SÓLIDA
¿Es fácil para las personas llegar a la clínica?	Vago y subjetivo: «fácil» varía según los encuestados.	¿Qué tan lejos y cuánto tiempo tardan los cuidadores de las zonas rurales de Kano (Nigeria) en llegar a los centros de vacunación, y cómo afecta la carga del desplazamiento a la asistencia oportuna a las citas de vacunación?
¿Cuál es el estado de los sistemas de salud rurales?	Demasiado amplio y sin relación con el comportamiento específico.	¿Cómo afectan el horario de apertura de las clínicas, la disponibilidad del personal y la organización de los servicios en las zonas rurales de Kano (Nigeria) a la finalización del calendario completo de vacunación de los niños menores de dos años?
¿La gente quiere más clínicas cerca?	Hipótesis centrada en la solución, que omite la perspectiva conductual.	¿Qué limitaciones de ubicación y horarios llevan a los cuidadores de las zonas rurales de Kano (Nigeria) a faltar o reprogramar las citas de vacunación?

## ÁMBITO COM-B

# Motivación

OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN: Identificar las creencias, emociones e influencias sociales que determinan la motivación de los cuidadores para completar el calendario de vacunación.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN DÉBIL	POR QUÉ ES DÉBIL	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN SÓLIDA
¿Consideran los cuidadores que las vacunas son importantes?	Simplifica en exceso los sistemas de creencias a una visión de sí o no y no explora por qué esas creencias son importantes.	¿Qué opinan los cuidadores de niños menores de dos años en Kano (Nigeria) sobre la importancia y los beneficios de completar el calendario de vacunación, y cómo afectan estas creencias a su cumplimiento?

## ÁMBITO COM-B

# Motivación

OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN: Identificar las creencias, emociones e influencias sociales que determinan la motivación de los cuidadores para completar el calendario de vacunación.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN DÉBIL	POR QUÉ ES DÉBIL	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN SÓLIDA
¿Los cuidadores tienen miedo a las vacunas?	Pregunta tendenciosa y con un enfoque limitado.	¿Qué emociones experimentan los cuidadores de Kano (Nigeria) en los momentos clave del proceso de vacunación y cómo afectan estas emociones a las visitas de seguimiento?
¿Quién influye en las decisiones sobre la vacunación?	Demasiado vago: no explora cómo o por qué es importante la influencia, ni qué tipo de influencia es.	¿Quién influye en los cuidadores de Kano (Nigeria) para que vacunen o retrasen la vacunación, y de qué manera los cónyuges, los abuelos, los compañeros y los líderes locales influyen en su regreso para las dosis programadas?

3. Anote las preguntas de investigación seleccionadas en la sección «Preguntas de investigación» de la hoja de trabajo «Objetivos y preguntas de investigación primaria», junto al objetivo correspondiente. Cada objetivo debe ir acompañado de varias preguntas de investigación específicas que permitan investigar el tema.

A continuación se ofrecen algunos consejos para elaborar preguntas de investigación sólidas:

- **Especifique a quién se refiere la pregunta**, incluyendo subgrupos clave si es relevante.
- **Especifique el comportamiento de interés**, como una acción única y observable.
- Opcionalmente, **especifique dónde se produce el comportamiento**, ya que el contexto puede variar según el entorno.

- **Evite las preguntas vagas, binarias o con doble sentido.** Por ejemplo, sustituya «¿Confía la gente en los trabajadores sanitarios?» por «¿Qué factores influyen en la confianza de los cuidadores en los trabajadores sanitarios durante las visitas de vacunación?».
- **Divida las preguntas amplias o compuestas en partes claras.** Por ejemplo, cambie «¿Por qué las personas retrasan la atención y no dan seguimiento?» por dos preguntas: «¿Qué causa los retrasos en la búsqueda de atención?» y «¿Qué impide el seguimiento después de la primera visita?».
- **Asegúrese de que las preguntas sean relevantes para la toma de decisiones.** Antes de finalizar una pregunta, pregúntese: ¿La respuesta a esta pregunta nos ayudará a diseñar soluciones más eficaces? Por ejemplo: ¿Qué barreras estructurales enfrentan las adolescentes embarazadas para acceder a la atención prenatal en los asentamientos urbanos informales?

## ESTUDIO DE CASO

# Aumento de la cobertura de vacunación infantil en el Líbano

*Los objetivos y preguntas de investigación primaria no fueron desarrollados por el equipo original del proyecto, sino que son ejemplos recreados basados en datos y contextos de proyectos reales.*

## Desarrollar objetivos de investigación claros

En el paso anterior de esta fase, el equipo de investigación estructuró y llevó a cabo una investigación de escritorio inicial para evaluar lo que ya se sabía sobre la aceptación de las vacunas en el país. Sus observaciones iniciales pusieron de relieve una preocupante disminución de la cobertura de la inmunización sistemática (IS) tras la llegada de refugiados en 2011 y el aumento de los niveles de pobreza. A pesar de los esfuerzos de divulgación a través del programa AIA de UNICEF y el Ministerio de Salud Pública (MoPH), muchos cuidadores no acudían a las citas de derivación, lo que sugería posibles vacíos de comportamiento que los enfoques programáticos tradicionales no habían resuelto.

A partir de esta revisión inicial, el equipo planteó una serie de hipótesis de trabajo: que los cuidadores podían estar olvidando las citas de vacunación, que el personal de atención primaria de salud (APS) y los trabajadores sociales podían no estar comunicando claramente los calendarios de vacunación, y que los factores de estrés diarios podían estar interfiriendo en la capacidad de los cuidadores para dar prioridad a las visitas de seguimiento. Estas hipótesis se basaban en informes preliminares del programa AIA, encuestas cuantitativas anteriores y datos de inmunización del gobierno, pero revelaban importantes vacíos que requerían una investigación primaria más profunda.

El equipo utilizó el Modelo COM-B como guía para desarrollar los objetivos de su investigación. Este modelo les proporcionó una forma estructurada de analizar los diversos factores que influyen en el comportamiento de los cuidadores. En el apartado «Capacidad», trataron de explorar los vacíos de lo que se sabía; por ejemplo, si los cuidadores entendían cuándo y dónde debían acudir para las vacunas. En el apartado «Oportunidad», quisieron comprender cómo el horario de la clínica, el transporte, las normas de género y la influencia de los compañeros afectaban al seguimiento. Y en el apartado de motivación, se propusieron examinar las emociones, la confianza y las prioridades contrapuestas que podían influir en la decisión de los cuidadores de seguir las recomendaciones de derivación.

# Desarrollar preguntas de investigación primaria

Con el Marco COM-B en mano, el equipo tradujo estas áreas de interés en Preguntas de investigación primaria precisas. Por ejemplo, preguntaron: «¿Cómo valoran los cuidadores la importancia de la vacunación oportuna en comparación con otras prioridades o factores de estrés diarios?» y «¿Qué saben los cuidadores sobre dónde y cuándo acceder a los servicios de vacunación después de las visitas de divulgación?». Estas preguntas se diseñaron no solo para diagnosticar las barreras de comportamiento, sino también para ayudar al equipo a descubrir perspectivas más matizadas sobre la toma de decisiones en los hogares y la dinámica entre los proveedores y los cuidadores.

Las preguntas de investigación resultantes sirvieron de base para diseñar herramientas que permitieran recopilar evidencia contextual detallada de los cuidadores, los trabajadores sanitarios y el personal de divulgación libaneses y sirios. Las preguntas también ayudaron a poner de relieve lo que aún no se comprendía del todo, como las concesiones emocionales que hacen los cuidadores cuando deciden retrasar o saltarse la vacunación, o el papel de los recordatorios informales de la comunidad.

## Objetivos y preguntas de investigación primaria

### ESTUDIO DE CASO 1: AUMENTO DE LAS TASAS DE INMUNIZACIÓN INFANTIL EN EL LÍBANO

#### Comprender el comportamiento

¿Cómo acceden los cuidadores del Líbano a la vacunación? ¿Cómo se informan sobre la vacunación y el calendario de vacunación? ¿Qué pasos dan las familias para acceder a los servicios de vacunación?

#### Objetivos de la investigación

#### Preguntas de investigación

##### CAPACIDAD

Identificar los conocimientos de los cuidadores y los vacíos en su comprensión del calendario de vacunación, incluidos el calendario, el número de dosis y los pasos siguientes después de las visitas de divulgación del AIA.

Explorar si el personal de la APS y los agentes de divulgación tienen los conocimientos y la confianza necesarios para comunicar sistemáticamente información precisa y comprensible sobre la vacunación.

- ¿Qué entienden los cuidadores, en particular de los hogares de refugiados y de la comunidad de acogida, sobre el calendario de vacunación (por ejemplo, las dosis necesarias, el calendario y la secuencia)? ¿En qué medida conocen el calendario de vacunación?
- ¿Saben los cuidadores dónde y cuándo acceder a los servicios de vacunación después de las visitas de divulgación?
- ¿Existen vacíos de conocimiento o malentendidos que hagan que los cuidadores retrasen o se salten las citas?
- ¿Cómo comunican los agentes de extensión y el personal de APS la información sobre las vacunas a los cuidadores? ¿Confían en dar consejos claros y correctos?
- ¿Qué habilidades o apoyo necesita el personal de APS para hacer un seguimiento preciso de las dosis olvidadas y planificar los seguimientos?

##### OPORTUNIDAD

Comprender las barreras físicas, logísticas y estructurales (por ejemplo, accesibilidad a las clínicas, limitaciones de movilidad, horarios de servicio) que afectan a la capacidad de los cuidadores para vacunar.

Examinar cómo las normas sociales, la dinámica del hogar y las creencias de la comunidad influyen en la decisión de los cuidadores de vacunar.

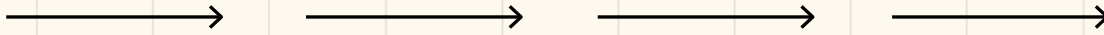
- ¿Qué piensan los cuidadores de la experiencia de vacunación del programa AIA? ¿Existen problemas o desafíos prácticos, por ejemplo, la distancia al centro, la calidad del servicio, el tiempo empleado, los horarios de apertura de la clínica, que impidan a los cuidadores acudir a las citas programadas?
- ¿Cuáles son las estructuras y dinámicas comunitarias de las familias refugiadas en el Líbano?
- ¿Qué papel desempeñan las normas sociales o comunitarias en la vacunación? ¿Qué creen los cuidadores que hacen otras familias en relación con la vacunación? ¿Quiénes son las personas influyentes, los defensores o los líderes comunitarios a los que las comunidades escucharían para obtener información sobre la vacunación y los calendarios de vacunación?
- ¿Cómo se toman las decisiones relacionadas con la vacunación infantil en estas familias? ¿Hay diferencias entre mujeres y hombres o por edad?

##### MOTIVACIÓN

Explorar las creencias, emociones y valores que influyen en la percepción de urgencia o importancia que tienen los cuidadores de completar a tiempo todas las vacunaciones recomendadas.

Identificar los factores que contribuyen a la confianza o desconfianza en los servicios de vacunación y cómo estas percepciones influyen en la motivación para actuar según las orientaciones de divulgación o APS.

- ¿Cómo ponderan los cuidadores la importancia de la vacunación oportuna en comparación con otras prioridades o factores de estrés cotidianos?
- ¿Qué respuestas emocionales (por ejemplo, preocupación, orgullo, culpa, confusión) experimentan los cuidadores en relación con la vacunación de sus hijos?
- ¿Existen creencias o experiencias pasadas que determinen la confianza (o desconfianza) de los cuidadores en los proveedores de servicios sanitarios o en el proceso de vacunación?
- ¿Qué motiva a los agentes de divulgación y al personal de APS a prestar un servicio de vacunación positivo y/o a ir más allá de sus obligaciones rutinarias (por ejemplo, visitas de seguimiento, mensajes repetidos)?



## PASO 3:

# Planificar la investigación primaria

### Herramienta asociada:

[Plan de investigación primaria](#)

[\[Externa\] Plantilla del protocolo de investigación](#)

## En este paso:

El paso 3 traduce las preguntas de investigación en un plan práctico. Cada pregunta se vincula con la información necesaria, las personas más indicadas para proporcionarla y el entorno en el que es más probable obtener respuestas sinceras y precisas (por ejemplo, en una clínica durante las horas punta para comprender los tiempos de espera, o en casa para explorar la toma de decisiones en la familia).

Se eligen los métodos que mejor se adaptan a la pregunta: entrevistas para saber cómo y por qué, encuestas breves para saber cantidad, u observación cuando las acciones son más fáciles de ver que de describir. El plan también establece quiénes participarán, cómo se invitará a los participantes de manera justa y las herramientas sencillas para mantener la coherencia en las conversaciones (como guías para entrevistas o debates).

Explica cómo se utilizarán las notas, las grabaciones o los formularios, y cómo se protegerá la privacidad.

Cuando los temas son complejos o involucran a grupos sensibles, se prepara un protocolo más completo y se solicita la aprobación ética para garantizar la seguridad y la responsabilidad. Al final de este paso, el plan vincula claramente las preguntas con los métodos, los participantes y los lugares; las herramientas de recopilación de datos están listas para su uso y, cuando es necesario, se dispone de un protocolo aprobado y de los materiales de consentimiento. Una breve prueba piloto y una reunión informativa inicial del equipo ayudan a confirmar que el plan es viable y que la información recopilada responderá a las preguntas originales y respaldará las decisiones del programa.

## Por qué es importante:

Es esencial recopilar las perspectivas adecuadas de las personas de forma ética, viable y que se relacione con el comportamiento que queremos influir. Sin un plan claro, se corre el riesgo de recopilar datos demasiado generales, superficiales o desconectados del comportamiento priorizado en la fase de definición.

Un plan sólido también ayuda a asignar adecuadamente el tiempo y los recursos. Aclara las funciones, identifica

dónde se necesita apoyo local y permite adaptar los métodos, las herramientas y los materiales de investigación en función del idioma, el nivel de alfabetización o el contexto cultural. Y lo que es más importante, garantiza que los equipos no solo estén preparados desde el punto de vista operativo, sino que también estén alineados con los objetivos de aprendizaje.

## Cómo hacerlo:

### 1. Identificar a quiénes necesitamos escuchar y cuál es la mejor manera de involucrarlos

Esto incluye no solo a la población objetivo, sino también a los miembros de la comunidad en general y otras fuentes de conocimiento. Cada pregunta de investigación debe emparejarse con las personas que estén en mejor posición para responderlas.

Considere la posibilidad de incluir:

- Participantes principales que experimentan el comportamiento (por ejemplo, cuidadores en zonas con bajas tasas de vacunación).

- Personas influyentes que moldean las decisiones (por ejemplo, familiares, trabajadores sanitarios, compañeros).
- Expertos en el contexto que comprendan los sistemas o estructuras que influyen en el comportamiento (por ejemplo, ONG locales, socios gubernamentales).

### 2. Identifique los métodos de investigación

Para descubrir por qué las personas pueden no participar en un comportamiento objetivo, considere cuidadosamente el enfoque metodológico.

Existen diversos métodos de investigación para comprender las causas subyacentes de un comportamiento determinado, y cada método tiene sus ventajas y limitaciones. Siempre que sea posible, vale la pena abogar por un enfoque de métodos mixtos, que se base en técnicas cualitativas y cuantitativas para obtener una comprensión más rica y holística:

- Los métodos cualitativos (como entrevistas, grupos focales y observaciones) ayudan a descubrir el porqué de los comportamientos, explorando las barreras y los factores impulsores.

- Los Métodos cuantitativos (como las encuestas) ayudan a medir el qué, identificando patrones, frecuencias y relaciones en una población más amplia.

En muchos entornos, las limitaciones de recursos, ya sean de tiempo, presupuesto, personal o acceso geográfico, pueden restringir el alcance de los métodos empleados. En tales casos, resulta esencial seleccionar estratégicamente los enfoques que no solo sean metodológicamente sólidos, sino también adecuados al contexto y viables desde el punto de vista logístico. Para seleccionar los métodos más adecuados:

1. Aclare las limitaciones y las realidades operativas. Considere lo siguiente:

- ¿Cuál es la capacidad actual del equipo, tanto en términos de experiencia como de disponibilidad?
  - ¿La investigación se llevará a cabo en persona o deberá realizarse a distancia?
  - ¿Se necesitará apoyo adicional? Por ejemplo, intérpretes, traductores o facilitadores locales de confianza que estén familiarizados con la dinámica de la comunidad.
  - ¿Existen limitaciones temporales, como el acceso estacional, cuestiones de seguridad o la disponibilidad de los participantes, que puedan afectar al momento y la forma en que se recopilan los datos?
- ¿Existen limitaciones financieras que puedan afectar a la elección de los métodos, el tamaño de la muestra o la logística sobre el terreno?
2. Los diferentes métodos sirven para diferentes propósitos. La tabla 8 que figura a continuación resume algunos de los métodos de investigación del comportamiento más utilizados, con orientaciones sobre cuándo puede ser más útil cada uno de ellos. En lugar de asignar un método por pregunta, considere cómo una combinación de métodos puede ayudar a triangular los resultados, compensar las limitaciones y profundizar la comprensión.

TABLA 8. MÉTODOS CUALITATIVOS DE INVESTIGACIÓN

MÉTODO	ÚTIL PARA	FORTALEZAS	LIMITACIONES
<p><b>Entrevistas semiestructuradas en profundidad:</b></p> <p>conversaciones individuales guiadas por una serie de preguntas para explorar experiencias y motivaciones.</p>	<p>Explorar en profundidad las creencias individuales, las motivaciones y los temas delicados.</p>	<p>El formato flexible permite a los participantes compartir sus experiencias personales con sus propias palabras, lo que fomenta la confianza y la franqueza.</p>	<p>Menos escalable, ya que las entrevistas requieren más tiempo, dependen en gran medida de la habilidad y la neutralidad del entrevistador y, por lo general, proporcionan perspectivas que no son fácilmente generalizables a toda la población.</p>
<p><b>Discusiones de grupo focal:</b></p> <p>debates moderados con un grupo reducido para descubrir normas, percepciones y experiencias compartidas.</p>	<p>Comprensión de las normas del grupo, la dinámica social y las actitudes compartidas.</p>	<p>Revela de manera eficiente las opiniones compartidas y las influencias sociales, mostrando cómo las personas responden a las opiniones y expectativas de los demás.</p>	<p>Los entornos grupales pueden desalentar el debate abierto de temas delicados. Los participantes dominantes pueden dirigir la conversación, lo que dificulta la captación de perspectivas diversas.</p>
<p><b>Observaciones de campo:</b></p> <p>Observar cómo se desarrollan los comportamientos y las interacciones en entornos naturales.</p>	<p>Captura el contexto del mundo real y los comportamientos observables.</p>	<p>Proporciona una visión directa de las rutinas, el entorno y la dinámica interpersonal, incluidas las barreras que las personas pueden no expresar.</p>	<p>Si no se presenta adecuadamente, este tipo de datos puede resultar intrusivo, además de estar más abierto a interpretaciones, y requiere una codificación cuidadosa, la toma de notas y, a menudo, la triangulación con otros métodos para dar sentido a los patrones identificados.</p>

MÉTODO	ÚTIL PARA	FORTALEZAS	LIMITACIONES
<p><b>Usuario misterioso:</b></p> <p>una persona capacitada simula una experiencia de usuario real para evaluar un proceso e identificar barreras ocultas.</p>	<p>Prueba la calidad del servicio o el comportamiento de primera línea sin el sesgo del observador.</p>	<p>Revela fallos o vacíos en la experiencia del usuario que el personal puede no notar o informar. Es especialmente útil en sistemas de servicio o derivación.</p>	<p>Requiere evaluadores bien capacitados y puede plantear cuestiones éticas si no se divulga o se consiente la participación.</p>
<p><b>Mapeo de redes sociales:</b></p> <p><i>para identificar a las personas influyentes, las expectativas sociales y la dinámica de aprobación/desaprobación en torno a los comportamientos.</i></p>	<p>Comprender quién influye en el comportamiento, cómo se difunde la información y las normas, y de dónde proviene la presión o el apoyo social.</p>	<p>Revela cómo las relaciones, y no solo las creencias individuales, moldean el comportamiento. Ayuda a identificar a las personas o grupos que influyen en las decisiones (aunque no ocupen cargos formales), lo que facilita el diseño de mensajes específicos o el aprovechamiento de mensajeros de confianza.</p>	<p>El mapeo preciso de las redes requiere tiempo y una facilitación cuidadosa, especialmente en comunidades donde las relaciones son delicadas u ocultas. Las personas pueden dudar en nombrar honestamente a las personas influyentes, o pueden pasar por alto conexiones informales que desempeñan un papel clave en la configuración del comportamiento.</p>

TABLA 8B. MÉTODOS CUANTITATIVOS DE INVESTIGACIÓN

MÉTODO	ÚTIL PARA	FORTALEZAS	LIMITACIONES
<p><b>Encuestas:</b></p> <p><i>questionarios estructurados que recopilan datos cuantitativos de una población más amplia.</i></p>	<p>Miden la prevalencia, las actitudes o el comportamiento autoinformado de una población.</p>	<p>Permite recopilar datos de un gran número de personas de manera coherente, lo que facilita la comparación de datos entre lugares o grupos. Las respuestas se pueden resumir rápidamente mediante un análisis estadístico sencillo, especialmente cuando se utilizan herramientas digitales o preguntas precodificadas.</p>	<p>Las encuestas se basan en lo que las personas dicen que hacen, no en lo que realmente hacen. Las respuestas pueden verse influidas por lo que los participantes creen que se espera de ellos o lo que es socialmente aceptable (sesgo de deseabilidad social), y si las preguntas están mal formuladas, son confusas o no se ajustan a la cultura, pueden dar lugar a resultados engañosos o incompletos.</p>
<p><b>Registros de servicios o administrativos:</b></p> <p><i>datos recopilados de forma rutinaria a partir de los sistemas de salud, los registros educativos, los registros de inscripción u otras plataformas de prestación de servicios.</i></p>	<p>Comprender la utilización real de los servicios, identificar los puntos de abandono de cierto servicio y realizar un seguimiento de las tendencias a lo largo del tiempo.</p>	<p>Utiliza datos del mundo real para revelar el comportamiento real, no solo los autoinformes, que a menudo ya están disponibles, y es rentable para las tendencias longitudinales.</p>	<p>Los datos pueden estar incompletos, desactualizados o registrados de forma inconsistente, y es posible que no incluyan las razones por las que se producen los comportamientos.</p>

Utilice las siguientes consideraciones para ayudar a evaluar qué métodos pueden funcionar mejor para el contexto, la población y el tema de interés:

- **Objetivos de la investigación y naturaleza de la indagación**

- ¿El objetivo es comprender por qué ocurre algo (exploratorio) o con qué frecuencia ocurre (descriptivo)?
- ¿El objetivo es descubrir motivaciones profundas, creencias y procesos de toma de decisiones, lo que se adapta mejor a los métodos cualitativos, o identificar patrones y tendencias generales en una población, lo que puede requerir enfoques cuantitativos?
- ¿Se observarán los comportamientos en su contexto o los equipos se basarán principalmente en relatos autoinformados de creencias y experiencias?

- **Características de los participantes**

- ¿Es probable que los participantes se sientan seguros y cómodos hablando abiertamente sobre el tema? En el caso de cuestiones delicadas, como la violencia de género o la salud reproductiva, puede ser preferible realizar entrevistas individuales en lugar de grupales.
- ¿Existen consideraciones relacionadas con el idioma, la alfabetización o la accesibilidad que puedan afectar a la participación?
- ¿Los participantes se sentirían más cómodos en debates grupales o participarían más libremente en interacciones individuales?

- **Relevancia cultural y contextual**

- ¿Existen métodos locales que puedan aportar una perspectiva más profunda? Por ejemplo, en algunas comunidades, las

narraciones participativas, las caminatas transversales o los ejercicios de mapeo visual pueden resultar más naturales y atractivos que las entrevistas estructuradas.

- ¿Podrían ciertos métodos reforzar inadvertidamente las dinámicas de poder existentes (por ejemplo, entrevistas formales realizadas por funcionarios gubernamentales o personas ajenas a la comunidad)?

- **Sensibilidad del tema**

- ¿Qué grado de sensibilidad emocional o social tiene el tema en cuestión? Los temas que implican estigma, trauma o pérdida personal suelen requerir enfoques privados y sensibles al trauma.
- ¿La divulgación conlleva riesgos para los participantes? En caso afirmativo, ¿cómo se pueden crear entornos protectores?

- **Necesidad de comparabilidad y estandarización**

- ¿Existe la necesidad de generar datos estandarizados o comparables a lo largo del tiempo, entre poblaciones o en diferentes zonas geográficas? En tales casos, pueden resultar adecuadas herramientas validadas como la encuesta BeSD sobre la reticencia a la vacunación.
- Por otra parte, ¿se necesitan datos abiertos y exploratorios para identificar nuevas perspectivas, sacar a la luz dinámicas imprevistas o perfeccionar hipótesis de comportamiento?

Puede ser útil consultar a un especialista en investigación para seleccionar la combinación adecuada de métodos y garantizar que el diseño del estudio sea viable y riguroso. UNICEF cuenta con diferentes equipos que pueden proporcionar apoyo, como el Laboratorio BIRD y la Evaluación de UNICEF.

## Salvar la brecha entre el comportamiento declarado y el comportamiento real

La recopilación de datos suele basarse en lo que dicen las personas, es decir, en sus creencias, experiencias y comportamientos declarados, pero es fundamental reconocer las limitaciones de este enfoque. Las Ciencias del comportamiento nos recuerdan dos verdades fundamentales: lo que las personas dicen no siempre es lo que hacen, y la memoria humana es falible y a menudo sesgada.

Consideremos un ejemplo cercano de la vida cotidiana: cuánto nos movemos a diario. Un metaanálisis<sup>3</sup> que compara las encuestas de autoinforme sobre el tiempo sedentario con los datos medidos por dispositivos (como acelerómetros) reveló que las personas subestimaban el tiempo que pasaban sentadas en una media de ~1,7 horas al día, incluso cuando se les preguntaba en formatos simplificados. Las mayores diferencias se observaron cuando las encuestas se basaban en preguntas de un solo elemento, como «¿Cuántas horas pasa sentado en un día normal?», lo que demuestra cómo los autoinformes simples pueden fallar sistemáticamente. Los formatos más detallados, como los diarios de uso del tiempo o los cuestionarios de varios elementos, redujeron el sesgo, pero no lo eliminaron. Estas limitaciones no implican que los participantes sean intencionadamente engañosos, sino que los procesos cognitivos, los estados emocionales y las dinámicas sociales influyen en el recuerdo, la interpretación y la comunicación.

Como investigadores y profesionales, es necesario abordar los datos autoinformados con rigor reflexivo, diseñando investigaciones que respeten las perspectivas de los participantes y compensen estas limitaciones inherentes. Entre los retos comunes asociados a los datos autoinformados se incluyen:

- **Sesgo de deseabilidad social.** Los participantes pueden ofrecer respuestas que creen que son las esperadas, apropiadas o socialmente aceptables, especialmente en entornos grupales o cuando se discuten temas delicados.
- **Distorsión de la memoria.** Las personas suelen recordar rutinas generalizadas o comportamientos preestablecidos en lugar de casos concretos. Dado que la memoria tiende a comprimir las experiencias repetidas en narrativas familiares, pueden perderse variaciones importantes o matices específicos del contexto.
- **Respuestas vagas o abstractas.** Sin una indicación deliberada, los participantes pueden recurrir por defecto a respuestas amplias o conceptuales, que reflejan actitudes generales en lugar de comportamientos concretos. Si bien estas respuestas pueden ofrecer una perspectiva valiosa, su utilidad puede ser limitada cuando se trata de diseñar intervenciones basadas en factores impulsores del comportamiento específicos.

Al reconocer estos patrones, es posible adaptar eficazmente los instrumentos de investigación y las técnicas de facilitación, garantizando que los datos recopilados no solo sean significativos y respetuosos, sino también creíbles desde el punto de vista del comportamiento y útiles en la práctica. Esto se puede lograr a través de:

- Fortalecer la investigación **mediante el diseño de preguntas bien pensadas** que permitan obtener datos más ricos y fiables:
  - **Anclar las respuestas en el tiempo:** hacer referencia a marcos temporales específicos (por ejemplo, «En la última semana...» o «Ayer...») para ayudar a la memoria y propiciar un recuerdo más preciso.
  - **Especificar el contexto y el comportamiento:** basar las preguntas en situaciones concretas y acciones observables. Por ejemplo, «¿Qué hizo en la clínica?» es más esclarecedor que «¿Acude habitualmente a las revisiones médicas?».

3 Prince, S.A., Cardilli, L., Reed, J.L. et al. Comparación entre el comportamiento sedentario autoinformado y el medido con dispositivos en adultos: revisión sistemática y metaanálisis. *Int J Behav Nutr Phys Act* 17, 31 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12966-020-00938-3>

- **Dar prioridad a las experiencias de primera mano:** formular preguntas sobre lo que el encuestado hizo personalmente, en lugar de lo que cree que hicieron otros.
  - **Continúe con preguntas emocionales y motivacionales:** una vez identificado un comportamiento, explore los factores impulsores subyacentes, como los sentimientos, las creencias o las intenciones.
  - **Evite el lenguaje tendencioso:** plantee preguntas de forma neutral en lugar de sugerir respuestas. Por ejemplo, «¿Qué ha oído decir a las familias sobre la vacunación?» puede dar lugar a respuestas más sinceras que preguntar «¿La mayoría de las familias desaprueban la vacunación?».
  - **Adaptar los enfoques para temas delicados o traumáticos.** Al explorar cuestiones muy personales o potencialmente angustiosas, es fundamental crear un entorno de apoyo y aplicar técnicas que tengan en cuenta el trauma:
    - **Evite la revelación directa:** los participantes pueden sentirse más cómodos participando en escenarios hipotéticos o narrativas en tercera persona.
    - **Utilice viñetas o estímulos visuales:** estas herramientas pueden ayudar a despersonalizar la conversación, reducir la carga emocional y provocar una reflexión profunda.
  - **Asegúrese de que el facilitador esté preparado:** Las personas que realizan la investigación deben estar capacitadas para fomentar un espacio respetuoso, empático y libre de juicios, especialmente cuando se discuten experiencias estigmatizadas o vulnerables.
  - **Complementar los datos autoinformados con otros métodos.** Para reforzar aún más la validez del comportamiento de nuestras perspectivas, podemos triangular los datos autoinformados con enfoques adicionales:
    - **Observación directa:** observar los comportamientos en su contexto natural puede revelar patrones o inconsistencias que no se captan fácilmente a través de los informes verbales.
    - **Diarios de los participantes:** animar a los encuestados a que registren sus experiencias, mediante registros escritos, notas de voz o diarios digitales, puede proporcionar reflexiones más inmediatas y auténticas.
    - **Participación repetida:** cuando sea posible, breves seguimientos a través de SMS, llamadas telefónicas o visitas posteriores pueden ayudar a captar los cambios a lo largo del tiempo y verificar las respuestas anteriores.
- Al diseñar la investigación teniendo en cuenta estas estrategias, se mejora tanto la integridad ética como la solidez analítica de la investigación.

### 3. Elabore el plan de investigación

Utilizando la hoja de trabajo del [Plan de investigación primaria](#), cree un plan de investigación viable que articule claramente lo que se pretende investigar, cómo lo abordará el equipo de investigación y por qué es importante. Cabe mencionar que, para investigaciones más complejas, que requieran muchos recursos o que sean éticamente delicadas, es muy recomendable desarrollar un protocolo de investigación completo.

El plan de investigación sirve tanto como herramienta de planificación como documento fundamental para desarrollar un protocolo de investigación más detallado que posteriormente pueda utilizarse para la revisión ética.

A continuación, se incluyen una serie de preguntas orientativas para decidir si es suficiente un plan de investigación o si se necesita un protocolo de investigación completo. Si la respuesta a cualquiera de estas preguntas

es «Sí», se recomienda desarrollar un protocolo de investigación. Si la respuesta a cualquiera de estas preguntas es «Quizás», un plan de investigación podría ser suficiente, pero se recomienda ponerse en contacto con el equipo de ética de la organización para seguir debatiendo el tema. Por último, si la respuesta es «No» a todas estas preguntas, un plan de investigación podría ser suficiente. Para obtener apoyo adicional, se recomienda ponerse en contacto con equipos de evaluación específicos dentro de su organización o con socios de investigación externos, como instituciones académicas o empresas de investigación. En UNICEF, ponerse en contacto con el Laboratorio BIRD puede ser un buen punto de partida.

#### Plan de investigación primaria

Extrae los objetivos y preguntas de la actividad anterior y construye sobre ellos el plan de investigación primaria.

##### ¿Qué explorar?

*Enumerar los objetivos de la investigación*

##### ¿Qué preguntar?

*Enumerar las preguntas de la investigación*

##### ¿A quién?

*Enumere los grupos de destinatarios específicos y la estrategia de muestreo utilizada para seleccionar a los participantes en la investigación.*

##### ¿Cómo?

*Enumere los métodos que con mayor probabilidad ayudarán a obtener respuestas a las preguntas.*

##### ¿Cuándo?

*Redacte el momento y el calendario adecuados*

##### **Materiales**

*¿Qué materiales debemos llevarnos al terreno?*

##### **Funciones y responsabilidades**

*¿Quién hará qué a lo largo del proceso?*

##### **Consideraciones éticas**

*¿Qué aspectos del contexto debemos tener en cuenta?*

(Table continues on following page)

TABLA 9. DECIDIR ENTRE UN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN O UN PLAN DE INVESTIGACIÓN

PREGUNTA	RESPUESTA	ORIENTACIÓN ADICIONAL
<p><b>¿Es probable que se requiera una revisión ética o la aprobación institucional?</b></p> <p><i>(Para obtener más orientación sobre cómo decidir si se necesita una revisión ética, consulte el «Subpaso 5: Aprobación ética»).</i></p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Quizás	<p>Los comités de ética suelen exigir protocolos de investigación; si se prevé que sea necesaria una revisión y aprobación ética, se recomienda elaborar un protocolo de investigación.</p>
<p><b>¿Se recopilarán datos de o sobre poblaciones vulnerables (por ejemplo, niños, refugiados)?</b></p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Quizás	<p>La recopilación de datos de poblaciones vulnerables suele requerir la aprobación ética. Se pueden hacer algunas excepciones si (a) la organización recopila habitualmente datos de poblaciones vulnerables, (b) la investigación forma parte de sus procesos y programas habituales y existentes, y (c) el proyecto no va a formar parte de una publicación académica.</p>
<p><b>¿La investigación implicará la recopilación de información personal, sensible o relacionada con la salud?</b></p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Quizás	<p>La recopilación de datos e información sensible a menudo requiere aprobación ética. Se pueden hacer algunas excepciones si (a) la organización recopila habitualmente este tipo de datos, (b) la recopilación de estos datos forma parte de sus procesos y programas habituales y existentes, y (c) si el proyecto no va a formar parte de una publicación académica.</p> <p>Es importante destacar que toda la información sensible deberá ser anonimizada y contar con el consentimiento informado de los participantes.</p>
<p><b>¿La investigación incluirá grabaciones de audio, vídeo o imágenes de los participantes?</b></p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Quizás	<p>El consentimiento informado de los participantes para recopilar material audiovisual puede ser suficiente. En estos casos, es posible que no sea necesario el protocolo de investigación ni la aprobación ética.</p>
<p><b>¿Se presentarán los resultados de la investigación para su publicación académica o difusión formal?</b></p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Quizás	<p>Si el objetivo principal del artículo académico es presentar los resultados de la investigación, es probable que se requiera un protocolo de investigación formal. Sin embargo, si la investigación es formativa y el artículo se centra más en describir una intervención o una solución propuesta, es posible que no sea necesario un protocolo de investigación, aunque se recomienda hacerlo.</p>

Para elaborar un plan de investigación primaria o un protocolo de investigación (si es necesario), asegúrese de incluir:

- A. Objetivos de la investigación:** Vuelva a los objetivos de la investigación desarrollados utilizando el Modelo COM-B en el paso 2 y reflexione sobre lo que se debe explorar.
- B. Preguntas de investigación:** Vuelva a las preguntas de investigación desarrolladas en el paso 2 utilizando el Modelo COM-B. Estas preguntas traducen cada objetivo en líneas de investigación específicas. Junto con los objetivos, estas preguntas constituyen la base del plan de investigación y orientan la selección de los métodos, el tipo de datos que se recopilarán y el enfoque del análisis. Es importante señalar que cada objetivo puede tener múltiples preguntas de investigación.
- C. Participantes en la investigación:** identifique los grupos de población clave cuyas perspectivas son esenciales para responder a las preguntas de investigación establecidas. Esto incluye no solo al grupo principal cuyo comportamiento es el centro de atención, como los cuidadores, sino también a aquellos que influyen o facilitan el comportamiento, como los familiares, los trabajadores sanitarios o los líderes comunitarios. Vuelva a consultar la hoja de trabajo Mapa de partes interesadas y público objetivo de la fase Definir. También es importante señalar que la información recopilada sobre la población objetivo se utilizará como aportación para desarrollar la herramienta Perfil de comportamiento en el paso 5 de esta fase (Analizar y sintetizar los resultados). Sea específico sobre:
  - A quién involucrar
  - Cuántos participantes de cada grupo

- Qué variaciones capturar (por ejemplo, por género, edad, ubicación o estatus social)

Aplique un enfoque interseccional para comprender cómo los diferentes aspectos de la identidad, como el género, la edad, la discapacidad o la condición de refugiado, configuran las experiencias de las personas. Considere quiénes pueden quedar excluidos o silenciados en los modos de investigación habituales y tome medidas prácticas para incluirlos. Por ejemplo, al estudiar la vacunación infantil, evite dar por sentado que las madres son las únicas que toman las decisiones o acuden a la clínica: los padres y los abuelos también pueden desempeñar un papel fundamental.

Para descubrir estas dinámicas, pregunte:

- ¿Quién hace qué?
- ¿Quién tiene qué?
- ¿Quién decide?

- D. Muestreo:** El siguiente paso es determinar cómo identificar e involucrar a estas personas. El muestreo es el proceso de seleccionar un subconjunto de personas de una población más amplia para que participen en la investigación. La calidad, la relevancia y la inclusividad de los resultados dependen de las decisiones de muestreo que se tomen en esta etapa. Existen diversas estrategias de muestreo, cada una con sus ventajas y limitaciones específicas, dependiendo del contexto, los objetivos y las restricciones de la investigación. Es importante adaptar la estrategia de muestreo al tipo de investigación que se va a realizar.

En la siguiente tabla se resumen algunas de las estrategias de muestreo más utilizadas, para qué son más adecuadas, cuándo utilizarlas y sus puntos fuertes y limitaciones.

*(Table continues on following page)*

TABLA 10. ESTRATEGIAS DE MUESTREO

ESTRATEGIA DE MUESTREO	MÁS ADECUADO PARA	PUNTOS FUERTES	LIMITACIONES	CUÁNDO UTILIZARLO
<p><b>El muestreo aleatorio simple</b> es como sacar nombres de un sombrero. Todas las personas del grupo tienen las mismas posibilidades de ser seleccionadas. Por ejemplo, si hay una lista de todos los padres de un distrito, seleccionar al azar a 100 de ellos para preguntarles sobre el estado de vacunación de sus hijos es utilizar este método.</p>	<p><b>Investigación cuantitativa.</b> Ideal para encuestas o experimentos que requieren inferencia estadística. Poco frecuente en la investigación cualitativa.</p>	<p>Este método es justo e imparcial porque todos tienen las mismas posibilidades de ser seleccionados. Ayuda a obtener resultados que representan a toda la población.</p>	<p>Esta estrategia requiere una lista completa y precisa de la población, lo que puede ser difícil de conseguir en algunas zonas.</p>	<p>Se utiliza cuando se dispone de una lista completa de la población y el objetivo es obtener una visión representativa de todo el grupo.</p>
<p><b>El muestreo sistemático</b> selecciona cada n persona de una lista, después de comenzar en un punto aleatorio. Por ejemplo, exporte la lista de cuidadores elegibles de la clínica (N=600) a una hoja de cálculo. Asigne a cada registro un número aleatorio y ordénelos por ese número. Elija un inicio aleatorio entre 1 y 20, luego seleccione cada 20 registros para reclutar <math>n \approx 30</math>.</p>	<p><b>Investigación cuantitativa.</b> Más fácil que el muestreo aleatorio, sigue permitiendo la generalización. Se puede utilizar en la investigación cualitativa, pero rara vez se prefiere.</p>	<p>Este método es más sencillo que el muestreo aleatorio y sigue reduciendo el sesgo, si la lista está ordenada aleatoriamente.</p>	<p>Al igual que el Muestreo aleatorio simple, esta estrategia también requiere una lista completa y precisa de la población.</p>	<p>Se utiliza cuando se dispone de una lista bien organizada y se necesita una alternativa más sencilla al muestreo aleatorio completo.</p>
<p><b>El muestreo por conglomerados</b> se emplea cuando es difícil llegar a todas las personas. La población se divide en grupos (por ejemplo, barrios o distritos sanitarios) y se eligen aleatoriamente algunos de estos grupos. A continuación, se incluye a todas las personas de los grupos elegidos. Por ejemplo, seleccionar tres distritos y entrevistar a todos los cuidadores que se encuentran allí sobre las vacunas.</p>	<p><b>Investigación principalmente cuantitativa.</b> Útil para encuestas con poblaciones grandes y geográficamente dispersas. Puede funcionar en la investigación cualitativa cuando se estudian entornos completos (por ejemplo, clínicas o escuelas).</p>	<p>Este método ahorra tiempo y recursos, especialmente en áreas grandes o dispersas.</p>	<p>Este método puede dar resultados inexactos si los grupos seleccionados son muy diferentes de otros que no fueron elegidos.</p>	<p>Se utiliza cuando se estudian poblaciones grandes o dispersas, en las que no es práctico llegar a todas las personas individualmente.</p>

(La tabla continúa en la página siguiente)

ESTRATEGIA DE MUESTREO	MÁS ADECUADO PARA	PUNTOS FUERTES	LIMITACIONES	CUÁNDO UTILIZARLO
<p><b>El muestreo estratificado proporcional</b> divide a las personas en grupos más pequeños (estratos) según la edad, el género o la ubicación, y selecciona a los participantes en la misma proporción en que aparecen en la población total. Por ejemplo, si el 60 % de los cuidadores viven en zonas urbanas y el 40 % en zonas rurales, la muestra reflejará esas proporciones.</p>	<p><b>Ambos.</b> Ideal para comparar grupos cuantitativamente; puede utilizarse en investigaciones cualitativas si el objetivo es la diversidad entre los estratos.</p>	<p>Esta estrategia garantiza que los grupos clave estén representados de manera justa, lo que mejora la precisión de los resultados.</p>	<p>Esta estrategia requiere información detallada sobre la población para dividir a las personas en los grupos adecuados.</p>	<p>Se utiliza cuando es importante reflejar la composición natural de los diferentes grupos dentro de la población.</p>
<p><b>El muestreo estratificado desproporcionado</b> también divide a las personas en estratos, pero selecciona intencionadamente a más personas de determinados grupos (normalmente los más pequeños o los más importantes). Por ejemplo, puede centrarse más en los cuidadores rurales de zonas con bajas tasas de vacunación, aunque sean una pequeña parte de la población.</p>	<p><b>Ambos.</b> Ideal para comparar grupos cuantitativamente; puede utilizarse en investigaciones cualitativas si el objetivo es la diversidad entre estratos.</p>	<p>Este método permite a los investigadores centrarse en grupos importantes pero pequeños, lo que ayuda a descubrir perspectivas detalladas.</p>	<p>Este método puede crear sesgos en los resultados generales y podría requerir ajustes para que la muestra sea más equilibrada.</p>	<p>Se utiliza cuando ciertos subgrupos son pequeños pero importantes para la investigación y necesitan una mayor representación en la muestra.</p>
<p><b>El muestreo por conveniencia</b> selecciona a las personas más fáciles de contactar y dispuestas a participar. Por ejemplo, entrevistar a los cuidadores que visitan una clínica de vacunación durante el periodo de estudio.</p>	<p><b>Investigación cualitativa.</b> Se utiliza a menudo en estudios exploratorios o en fases iniciales. No es ideal para la inferencia, pero es extremadamente práctico.</p>	<p>Este método es rápido, económico y fácil de llevar a cabo, lo que lo hace útil cuando el tiempo o el acceso son limitados.</p>	<p>Es posible que este método no ofrezca una visión equilibrada y que los resultados no se puedan aplicar a la población general.</p>	<p>Se utiliza en investigaciones rápidas, en etapas iniciales o con pocos recursos, en las que se necesita un fácil acceso a los participantes.</p>

ESTRATEGIA DE MUESTREO	MÁS ADECUADO PARA	PUNTOS FUERTES	LIMITACIONES	CUÁNDO UTILIZARLO
<p><b>El Muestreo intencional discrecional</b> selecciona a personas que tienen un conocimiento especial o son relevantes para el tema, basándose en la experiencia del investigador. Por ejemplo, elegir a trabajadores sanitarios con experiencia en zonas de alto riesgo para debatir sobre la reticencia a la vacunación.</p>	<p><b>Investigación cualitativa.</b> Método cualitativo clásico en profundidad: se dirige a informantes clave con perspectivas relevantes.</p>	<p>Este método ayuda a recopilar perspectivas ricas y relevantes de personas con conocimientos o experiencia directa.</p>	<p>Esta estrategia puede reflejar el sesgo personal del equipo del proyecto a la hora de seleccionar a los participantes.</p>	<p>Se utiliza cuando personas específicas y con conocimientos son las más adecuadas para responder a las preguntas de la investigación.</p>
<p><b>El muestreo intencional por cuotas</b> garantiza que se incluya un número determinado de personas de categorías específicas. Por ejemplo, seleccionar un número igual de madres y padres para estudiar las diferencias de género en las decisiones sobre las vacunas.</p>	<p><b>Investigación cualitativa.</b> Garantiza una variación mínima (por ejemplo, género, edad); es común en grupos focales o entrevistas a pequeña escala.</p>	<p>Este método garantiza que se incluya a determinados tipos de personas, incluso sin una lista completa de la población.</p>	<p>Este método puede seguir introduciendo sesgos, especialmente si las personas más fáciles de encontrar no son representativas dentro del grupo más amplio.</p>	<p>Úselo cuando sea necesario garantizar una combinación específica de tipos de participantes, sin necesidad de una lista completa de la población.</p>
<p><b>El muestreo en bola de nieve</b> comienza con unos pocos participantes que luego recomiendan a otros. Este método es útil para encontrar personas a las que es difícil llegar. Por ejemplo, se puede comenzar con un padre que tiene dudas sobre las vacunas y pedirle que recomiende a otras personas que conozca.</p>	<p><b>Principalmente investigación cualitativa.</b> Ideal para poblaciones ocultas o de difícil acceso, por ejemplo, cuidadores indecisos sobre las vacunas, grupos marginados. También puede funcionar en métodos mixtos.</p>	<p>Este método ayuda a encontrar e incluir a personas que, de otro modo, serían difíciles de identificar o localizar.</p>	<p>Este método puede dar lugar a resultados sesgados, ya que las personas suelen recomendar a otras que son similares a ellas.</p>	<p>Úselo cuando estudie poblaciones ocultas o de difícil acceso que estén conectadas a través de redes sociales.</p>

La elección de la estrategia de muestreo debe guiarse por la naturaleza de las preguntas de investigación, los recursos disponibles, la sensibilidad del tema y la accesibilidad de los diferentes grupos de población. En muchos casos, lo más adecuado puede ser un enfoque mixto, por ejemplo, utilizar el muestreo intencional para garantizar la inclusión de subgrupos clave, junto con el muestreo en bola de nieve, para acceder a personas a las que no se puede llegar a través de los canales de reclutamiento convencionales.

**E. Métodos y herramientas de investigación:** En esta sección se deben describir los enfoques de recopilación de datos elegidos y el razonamiento que los sustenta. Cada método debe seleccionarse en función de su relevancia, viabilidad y adecuación al contexto y a los participantes. Véase la tabla 8 para obtener orientación sobre la selección de un método de investigación adecuado. Documente claramente las elecciones metodológicas para reforzar la credibilidad de la investigación.

**F. Materiales para la recopilación de datos:** Es importante preparar los materiales adecuados para una recopilación de datos eficaz y ética. Estos materiales deben adaptarse al método seleccionado y al contexto, teniendo en cuenta factores como el idioma, el nivel de alfabetización, las normas culturales y la accesibilidad. La tabla 11 que figura a continuación ofrece un resumen de los materiales comunes necesarios para los diferentes métodos de investigación:

TABLA 11. MATERIALES PARA LA RECOPIACIÓN DE DATOS POR TIPO DE MÉTODO

MÉTODO	MATERIALES NECESARIOS
<b>Entrevistas en profundidad (IDI)</b>	<input type="checkbox"/> Guía de entrevista alineada con las preguntas de investigación <input type="checkbox"/> Grabadora de audio o herramienta de transcripción <input type="checkbox"/> Plantilla para tomar notas <input type="checkbox"/> Formularios de consentimiento informado
<b>Discusiones de grupo focal (FGD)</b>	<input type="checkbox"/> Guía para debates FGD <input type="checkbox"/> Indicaciones visuales o folletos, si son necesarios <input type="checkbox"/> Rotafolio/marcadores, si es necesario <input type="checkbox"/> Grabadora de audio o herramienta de transcripción <input type="checkbox"/> Plantilla para tomar notas <input type="checkbox"/> Formularios de consentimiento informado
<b>Observaciones de campo</b>	<input type="checkbox"/> Lista de verificación de observación estructurada o plantilla abierta <input type="checkbox"/> Mapa contextual o plano del lugar, si es necesario <input type="checkbox"/> Material discreto para tomar notas <input type="checkbox"/> Guión del observador (si procede) <input type="checkbox"/> Consentimiento o protocolo ético (si se divulga)
MÉTODO	MATERIALES NECESARIOS
<b>Usuario misterioso</b>	<input type="checkbox"/> Guión/escenario del usuario misterioso <input type="checkbox"/> Lista de verificación de evaluación <input type="checkbox"/> Formulario de informe <input type="checkbox"/> Consentimiento o protocolo ético (si se divulga)
<b>Encuestas (digitales o en papel)</b>	<input type="checkbox"/> Instrumento de encuesta (traducido/adaptado según sea necesario) <input type="checkbox"/> Plataforma de recopilación de datos (por ejemplo, KoboToolbox, ODK) <input type="checkbox"/> Tablet o teléfonos (si son digitales) <input type="checkbox"/> Cuestionario de encuesta impreso (si es en papel) <input type="checkbox"/> Guión para el encuestador <input type="checkbox"/> Formularios de consentimiento informado

MÉTODO	MATERIALES NECESARIOS
<b>Mapeo de redes sociales</b>	<input type="checkbox"/> Herramienta o plantilla de mapeo <input type="checkbox"/> Preguntas para identificar personas influyentes y relaciones <input type="checkbox"/> Materiales para dibujar <input type="checkbox"/> Papel grande o pizarra digital (si es interactiva)
<b>Registros de servicios o administrativos</b>	<input type="checkbox"/> Acuerdo formal o permiso por escrito del propietario de los datos (por ejemplo, el Ministerio de Salud, el administrador de la escuela) para utilizar los datos <input type="checkbox"/> Diccionario de datos o metadatos (si están disponibles) para comprender cómo se definen y registran las variables

**G. Cronograma:** Desarrolle un cronograma realista y estructurado para guiar la planificación, la recopilación de datos y el análisis preliminar. Este debe describir la duración y la secuencia de las actividades, teniendo en cuenta las necesidades logísticas, los posibles retrasos, los días festivos nacionales y otras limitaciones específicas del contexto. El cronograma debe incluir:

- Finalización de las herramientas de investigación
- Tiempo para obtener todas las autorizaciones necesarias para el trabajo de campo.
- Revisión ética (si es necesaria)
- Capacitación de los encuestadores
- Pruebas piloto
- Períodos de recopilación de datos (por ubicación o grupo objetivo)
- Tiempo para la transcripción, traducción y limpieza de datos
- Análisis preliminar y final
- Reuniones de seguimiento, sesiones informativas o sesiones de validación con las partes interesadas
- Periodos de reserva e interrupciones previstas

Un calendario bien estructurado sirve como punto de referencia común y fomenta la coordinación entre los equipos y las partes interesadas. El siguiente ejemplo ofrece una plantilla básica que los equipos pueden adaptar al alcance y la complejidad de su investigación:

Actividad	Estado	W1	W2	W3	W4	W5	W6	...	Responsable/Propietario
Finalizar herramientas de investigación	Hecho								Gerente de investigación
Obtener las autorizaciones para el trabajo de campo	En curso								Coordinador de campo
Formación de los encuestadores	No iniciada								Gerente de investigación
...									

**H. Funciones y responsabilidades:** Delinear funciones y responsabilidades claras para cada fase del proceso de investigación a fin de garantizar una coordinación y rendición de cuentas eficientes. Esto incluye identificar a los miembros del equipo responsables de las actividades de recopilación de datos, así como a los que se encargan de la logística, la documentación, el análisis y la participación de las partes interesadas.

Por ejemplo, se puede encargar a un facilitador local la coordinación de la implementación sobre el terreno y la participación de los participantes, mientras que el equipo central de investigación supervisa el perfeccionamiento de las herramientas, el control de calidad y la síntesis de datos. Cuando participen socios o consultores externos, también se deben definir claramente sus contribuciones.

También es útil asignar a una persona de contacto responsable del control de calidad y la resolución de problemas en todos los sitios de recopilación de datos. Esta función sirve de enlace clave entre los equipos de campo y el equipo central de investigación.

**I. Consideraciones éticas:** En esta sección, describa las medidas adoptadas para salvaguardar la privacidad de los participantes, garantizar el consentimiento informado y defender los principios de respeto, equidad y no maleficencia a lo largo de todo el proceso de investigación. Incluso cuando no se requiera una aprobación ética formal, cualquier investigación que involucre a seres humanos, especialmente a poblaciones vulnerables, debe tratar de minimizar el riesgo para los sujetos y dar prioridad al bienestar de los participantes.

Incluso cuando no se exige una aprobación formal, el equipo del proyecto es responsable de defender las normas éticas mediante prácticas como la anonimización de los datos, la obtención del consentimiento informado y la posibilidad de que los participantes se retiren en cualquier momento.

## 4. Crear herramientas de investigación

Una vez establecido el plan o protocolo de investigación, el siguiente paso es crear las herramientas y los materiales específicos necesarios para recopilar datos de alta calidad. Entre ellos se incluyen instrumentos como guías para entrevistas, guías para discusiones de grupo focal, encuestas y plantillas de observación, cada uno de ellos diseñado para captar diferentes tipos de perspectivas del comportamiento.

1. Comience por seleccionar las herramientas que deben desarrollarse en función de los métodos de investigación seleccionados. Consulte la tabla 8 para obtener orientación sobre la selección de un método de investigación adecuado.

La tabla 12 resume las herramientas de investigación primaria más utilizadas, los casos de uso típicos, la relevancia para la investigación del comportamiento y los recursos pertinentes que ofrecen inspiración y orientación detallada para desarrollar herramientas similares. Se trata de una lista no exhaustiva; estas herramientas están pensadas como puntos de partida y deben adaptarse para reflejar el comportamiento, el contexto y la población específicos de interés.

TABLA 12. HERRAMIENTAS DE INVESTIGACIÓN

HERRAMIENTA	RECURSOS RELEVANTES
<b>Encuestas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">OMS/UNICEF (2022), Factores impulsores de comportamiento y sociales que influyen en la vacunación (BeSD)</a> (incluida la encuesta sobre vacunación infantil para cuidadores)</li> <li>• <a href="#">UNICEF (2018), Medición de los factores impulsores sociales y de comportamiento que influyen en las cuestiones relacionadas con la protección de la infancia: herramienta de orientación</a>(incluidas las encuestas estandarizadas sobre la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil)</li> <li>• <a href="#">J-PAL, Diseño de encuestas</a></li> </ul>
<b>Guía para entrevistas en profundidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Pathfinder International (2001), Realización de entrevistas en profundidad: guía para diseñar y realizar entrevistas en profundidad con fines de evaluación</a></li> <li>• <a href="#">The Behavioural Insights Team (2022), Explore Field Guide: una herramienta práctica para mapear y desglosar el comportamiento</a></li> </ul>
<b>Guía para discusiones de grupo focal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Nyumba et al. (2018), El uso de la metodología para la discusión de grupo focal: conclusiones de dos décadas de aplicación en la conservación</a></li> <li>• <a href="#">The Behavioural Insights Team (2022), Explore Field Guide: Una herramienta práctica para mapear y desglosar el comportamiento</a></li> </ul>
<b>Lista de verificación para la observación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">The Behavioural Insights Team (2022), Explore Field Guide: Una herramienta práctica para mapear y desentrañar el comportamiento</a></li> </ul>
<b>Guía del usuario misterioso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Ipsos (2020). Mystery Shopping: siete pasos para diseñar un mejor programa de mystery shopping</a></li> </ul>
<b>Actividades participativas (para su uso en entrevistas individuales en profundidad y grupos focales)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">UNICEF (2019), Todos quieren pertenecer: guía para abordar y aprovechar las normas sociales en los programas de cambio de comportamiento en el comportamiento</a></li> <li>• <a href="#">UNICEF (2020), Kit de herramientas de investigación participativa para la medición de las normas sociales</a></li> <li>• <a href="#">UNICEF/First Hand, Investigación rápida en el kit de herramientas HCD4health</a></li> </ul> <p><i>Por ejemplo, entre otras: Clasificación de tarjetas, Viñetas, Un día en la vida, Mapa de opciones, Mapeo mental y corporal, Cajas de género, Mapeo de redes sociales</i></p>

2. A continuación, diseña las herramientas. Presta especial atención a cómo se estructuran los instrumentos y cómo se formulan las preguntas, con el fin de obtener respuestas relevantes, sinceras y útiles. Ten en cuenta estas sugerencias:
- **Estructure las preguntas en torno a comportamientos, decisiones y experiencias observables.** Por ejemplo, sustituya «¿Sabe cómo mantener sano a su bebé?» por «¿Puede explicarme qué suele hacer para mantener sano a su bebé?».
  - **Añada preguntas que exploren la vida de los participantes más allá del comportamiento inmediato que le interesa.** Comprender las rutinas diarias, las prioridades, los retos, las aspiraciones y las relaciones sociales puede revelar factores contextuales que determinan el comportamiento y servir de base para el desarrollo de perfiles de comportamiento (véase el paso 5: Analizar y sintetizar los resultados).
  - **Utilice un lenguaje accesible y con resonancia cultural.** Reemplace términos técnicos como «alimentación complementaria» por un lenguaje más coloquial, como «¿Qué alimentos le daba a su bebé, además de la leche materna?».
  - **Ordene las preguntas en una secuencia lógica y que genere confianza.** Comience con preguntas descriptivas y no delicadas, como «¿Puede describir un día típico con su hijo?», antes de pasar a temas personales o con carga emocional, por ejemplo, «¿Ha habido momentos en los que se ha preocupado por la salud de su hijo?».
  - **Evite las frases tendenciosas o críticas que puedan sesgar las respuestas.**
    - En la investigación cualitativa, evite las preguntas formuladas como «¿Por qué no...?» En su lugar, considere «¿Qué cosas podrían dificultar...?»
    - En la investigación cuantitativa, utilice afirmaciones neutras en la escala de Likert, en lugar de preguntas de sí o no que impliquen una respuesta «correcta» (por ejemplo, «¿Confía en las vacunas?»). Por ejemplo, «Confío en que las vacunas recomendadas por los profesionales sanitarios son seguras», con respuestas organizadas en una escala que contenga opciones como: muy de acuerdo, de acuerdo, neutral, en desacuerdo y muy en desacuerdo.
  - **Incorpore preguntas de sondeo, ayudas visuales o ejemplos si es necesario.** Por ejemplo, si pregunta sobre las influencias en la toma de decisiones, utilice una actividad de clasificación de tarjetas o muestre imágenes de personas influyentes comunes (por ejemplo, abuelos, líderes religiosos, trabajadores sanitarios) y pida a los participantes que expliquen a quién escuchan y por qué.
3. Los facilitadores y/o encuestadores desempeñan un papel fundamental a la hora de determinar cómo interactúan los participantes con las herramientas. Su capacidad para generar confianza, presentar las actividades con claridad y abordar temas delicados con empatía puede influir significativamente en la calidad y la profundidad de las respuestas. Apoye a estas personas mediante una formación práctica para garantizar la coherencia y reforzar la recopilación de datos ética y respetuosa.
4. Siempre que sea posible, pruebe las herramientas de manera informal con unos pocos participantes antes de su implementación completa. Esto ayuda a detectar preguntas confusas, ajustar el flujo o el lenguaje y mejorar la claridad general de las herramientas de investigación.

## 5. Aprobación ética

Los procesos de revisión ética suelen examinar cómo se recluta a los participantes, cómo se recopilan, gestionan y almacenan los datos, y cómo se apoya a los participantes una vez concluida la recopilación de datos. Por ejemplo, los comités de revisión ética se asegurarán de que los formularios de consentimiento informado estén redactados en un lenguaje claro y culturalmente apropiado, y que se transmitan de manera que se garantice su comprensión.

Incluso cuando la investigación no es de naturaleza académica ni está destinada a su publicación en revistas revisadas por pares, es importante señalar que se aplican las mismas normas éticas. Estos principios, tal y como se articulan en el **Informe Belmont**<sup>4</sup>, incluyen:

- **Respeto por las personas:** reconocer la autonomía de los individuos y proporcionar protecciones adicionales a aquellos con capacidad disminuida para tomar decisiones.
- **Beneficencia:** Buscar activamente maximizar los beneficios potenciales y minimizar los daños potenciales.
- **Justicia:** promover la equidad tanto en el proceso como en los resultados de la investigación, garantizando que los riesgos y beneficios se distribuyan de manera equitativa.

La investigación de comportamiento a menudo requiere interactuar directamente con las personas para comprender sus experiencias vividas, sus percepciones y sus comportamientos. Incluso cuando dicha interacción no es intrínsecamente delicada, puede tocar temas profundamente personales o involucrar a grupos vulnerables. Por ejemplo, la investigación primaria sobre la vacunación infantil puede implicar preguntar a los cuidadores sobre la confianza en los servicios de salud, traumas pasados o dinámicas familiares difíciles, lo que puede dar lugar a información delicada,

aunque sea de forma involuntaria. En los estudios que tratan temas delicados, también puede ser necesario proporcionar a los participantes información o derivarlos a los servicios de apoyo pertinentes.

Para determinar si se requiere una revisión ética formal (por ejemplo, a través de un comité de revisión institucional o un comité de ética nacional), los equipos deben reflexionar sobre las siguientes preguntas:

- ¿Los datos se recopilan de personas o sobre personas?
- ¿Son los datos identificables (por ejemplo, nombres, fotografías, voces u otros atributos rastreados)?
- ¿Se considera que alguno de los participantes es vulnerable (por ejemplo, menores de edad, personas desplazadas, sobrevivientes de violencia, personas con discapacidad)?
- ¿La investigación aborda temas delicados (por ejemplo, salud reproductiva, salud mental, violencia, actividades ilegales)?
- ¿Podría la participación provocar daños, angustia, estigma o riesgos legales o sociales?
- ¿Se compartirán los resultados externamente (por ejemplo, en informes para donantes, presentaciones públicas o revistas académicas)?

Si la respuesta a una o más de estas preguntas es afirmativa, o si existe incertidumbre, se recomienda encarecidamente a los equipos que consulten a un asesor o comité de ética local. Incluso cuando no se exija una aprobación formal, se debe establecer un protocolo ético interno claramente definido para garantizar el consentimiento informado, la confidencialidad y la protección de los participantes. Consulte la tabla 13 a continuación para obtener recursos adicionales sobre investigación ética.

4 Comisión Nacional de los Estados Unidos para la Protección de los Sujetos Humanos en Investigaciones Biomédicas y de Comportamiento, Informe Belmont: Principios éticos y directrices para la protección de los sujetos humanos en investigaciones (Washington, DC: Oficina de Imprenta del Gobierno de los Estados Unidos, 1979) <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html> (consultado el 19 de junio de 2025).

TABLA 13. RECURSOS SOBRE ÉTICA

NOMBRE	CUÁNDO UTILIZARLO	FUENTE
<b>Procedimiento de UNICEF sobre normas éticas en la investigación, la evaluación, la recopilación y el análisis de datos</b>	Para comprender mejor los procedimientos que establecen las normas mínimas para las evaluaciones de UNICEF y garantizar la supervisión ética y la rendición de cuentas.	<a href="#">UNICEF</a>
<b>Consideraciones éticas al aplicar las Ciencias del comportamiento en proyectos centrados en la infancia</b>	Comprender mejor cómo se aplican los principios éticos de las Ciencias del comportamiento a los proyectos que afectan a los niños. También hay una lista de verificación de apoyo a la toma de decisiones para los profesionales. La herramienta guía a los profesionales a través de los puntos clave de decisión ética durante un proyecto de Ciencias del comportamiento aplicadas y les ayuda a identificar cuándo pueden ser necesarias otras perspectivas.	<a href="#">UNICEF</a>
<b>Formularios de consentimiento de la Norma Común Revisada</b>	Orientación y plantillas para el consentimiento oral, el consentimiento a distancia (por ejemplo, para estudios realizados por teléfono), menores, etc. También hay una lista de verificación de «elementos básicos de los formularios de consentimiento» que resulta útil revisar al crear formularios de consentimiento para la etapa de Investigación primaria.	<a href="#">Universidad Johns Hopkins</a>
<b>Ejemplo de formulario de consentimiento de UNICEF</b>	Ejemplo/plantilla para la presentación de revisiones éticas que se puede adaptar a las necesidades del proyecto.	<a href="#">UNICEF</a>
<b>Plan de investigación del IRB para la recopilación de nuevos datos</b>	Úselo como plantilla de referencia al redactar un protocolo de investigación para cualquier presentación ética o al Comité de Ética en Investigación, asegurándose de adaptarlo a los formularios y normas de su institución.	<a href="#">Universidad Johns Hopkins</a>
<b>Guía instructiva del plan de investigación</b>	Ayuda a explicar lo que buscará un comité de ética al revisar un plan de investigación.	<a href="#">Johns Hopkins University</a>

## ESTUDIO DE CASO:

# Aumento de la cobertura de vacunación infantil en el Líbano

Este plan de investigación y este protocolo de investigación no fueron desarrollados por el equipo original del proyecto. Son ejemplos recreados basados en datos y contextos reales del proyecto.

## Planificar la investigación y desarrollar un protocolo de investigación, incluida la aprobación ética del comité de ética en investigación

Ahora que el equipo del proyecto contaba con un sólido conocimiento de los resultados de comportamientos deseados, junto con los objetivos y preguntas clave de la investigación, el equipo formalizó su plan de investigación. Teniendo en cuenta que se trataba de un tema delicado que implicaba la participación de poblaciones vulnerables (por ejemplo, refugiados sirios), el equipo del proyecto decidió también desarrollar un protocolo de investigación más completo, basado en el plan de investigación.

Para cada una de sus preguntas de investigación, el equipo determinó las personas necesarias para llevar

a cabo la investigación, junto con las herramientas de investigación más adecuadas para recopilar información.

Para apoyar la toma de decisiones en torno al muestreo de los participantes y los métodos de investigación, el equipo del proyecto tuvo en cuenta limitaciones clave como el tiempo, el presupuesto y los posibles sesgos de comportamiento que podrían haber afectado a la calidad de sus conclusiones. Se decidió adoptar un enfoque de métodos mixtos de investigación cualitativa y cuantitativa, además de reclutar a participantes con experiencia directa en los servicios de vacunación y otros actores clave.

### Plan de investigación primaria

Extrae los objetivos y preguntas de la actividad anterior y construye sobre ellos el plan de investigación primaria.

¿Qué explorar?	¿Qué preguntar?	¿A quién?	¿Cómo?	¿Cuándo?
<ol style="list-style-type: none"><li>1. <b>Capacidad:</b> Identificar las lagunas de conocimiento de los cuidadores sobre el calendario de vacunación y la comunicación del personal sanitario.</li><li>1. <b>Oportunidad:</b> Conocer las barreras estructurales, logísticas y sociales para la vacunación a tiempo.</li><li>1. <b>Motivación:</b> Explorar las creencias, emociones y factores de confianza que influyen en la intención de los cuidadores de vacunar a tiempo.</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. ¿Qué factores impiden que los cuidadores completen a tiempo los calendarios de vacunación de sus hijos, incluso después de una derivación?</li><li>1. ¿Cómo se comunican los trabajadores sanitarios de primera línea y el personal de divulgación sobre las citas de seguimiento, y qué barreras afectan a esta comunicación?</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Participantes primarios: 20-24 cuidadores de niños menores de cinco años o no vacunados.</li><li>2. Participantes secundarios: Trabajadores de divulgación (8-10), personal de APS (6-8), directores de APS y autoridades sanitarias de distrito (4-6), líderes comunitarios (4-6), actores clave del MSP (4)</li></ol> <p><b>Método de muestreo:</b> Muestreo intencional para garantizar la representación; muestreo en bola de nieve para llegar a hogares de refugiados indocumentados o móviles. Variación captada: Género, nacionalidad, ubicación, acceso al transporte, exposición a la divulgación.</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Entrevistas en profundidad con cuidadores, personal de APS y trabajadores de divulgación para explorar creencias y motivos.</li><li>1. Discusiones de grupo focales con líderes comunitarios y cuidadores para descubrir normas y experiencias colectivas.</li><li>1. Observaciones estructuradas de las visitas a las clínicas y las interacciones con los agentes de divulgación para observar la dinámica del mundo real.</li></ol>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Desarrollo y pilotaje de herramientas: Septiembre de 2017</li><li>• Trabajo de campo: Septiembre - diciembre de 2017</li><li>• Análisis preliminar: Enero de 2018</li><li>• Debrief y revisión de los actores clave: Febrero de 2018</li><li>• Planificación para la creación de prototipos: Febrero - mayo de 2018</li></ul>

#### Materiales

¿Qué materiales debemos llevarnos al terreno?

Equipos de grabación y toma de notas, incluidas grabadoras de audio.  
Accesibilidad y ayudas lingüísticas, como materiales traducidos, tarjetas visuales para participantes con bajo nivel de alfabetización.

#### Funciones y responsabilidades

¿Quién hará qué a lo largo del proceso?

Jefe de proyecto (supervisión, revisión del protocolo, coordinación de los socios); coordinador de campo (contratación y gestión de los facilitadores); asistente de investigación (transcripción, limpieza y codificación de los datos); traductor de árabe (traducción de las herramientas y las transcripciones).

#### Consideraciones éticas

¿Qué aspectos del contexto debemos tener en cuenta?

Se requiere la aprobación del CEI  
**Protección de las poblaciones vulnerables:** Atención especial a los hogares de refugiados  
**Equidad e inclusión:** Dar prioridad a los grupos de difícil acceso.

En general, el plan y el protocolo de investigación resultaron fundamentales a lo largo de todo el proyecto, ya que ayudaron al equipo a:

- Acordar y armonizar su plan de investigación.
- Asegurar que existiera una documentación clara de sus procesos y acciones, incluyendo cualquier cambio en el curso, los objetivos o los enfoques

Llevar a cabo su investigación con poblaciones vulnerables y niños en el Líbano, actuando como documento de apoyo para la aprobación ética por parte de la junta del IRB.

## Plan de investigación

Consulte plan de investigación de muestra en las páginas siguientes.

**Nota:** Aunque un protocolo de investigación real sería más extenso y completo en sus detalles, para este estudio de caso hemos elaborado un contenido de muestra de lo que podría haberse incluido en el Protocolo de investigación. Recuerde que se trata de un ejemplo ilustrativo.

# PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

**Fecha:** septiembre de 2017

Contactos del estudio:

**Investigador principal:** Ali Osseiran, científico conductual principal, Nudge Líbano

**Punto focal de UNICEF en el país (para el estudio):** Joanne Yammine, oficial de SBC, UNICEF Líbano, xxx@unicef.com

**Punto focal del Laboratorio BIRD (para el estudio):** Benjamin Hickler, científico conductual, UNICEF, Laboratorio BIRD, xxx@unicef.com

## 1.0 Título del estudio:

Uso de conocimientos conductuales para aumentar la demanda de vacunación infantil en entornos de bajos recursos

## 2.0 Antecedentes:

Líbano generalmente ha mantenido altas tasas de cobertura de inmunización, cercanas al 90% para la mayoría de las vacunas de rutina (difteria, tétanos, tos ferina (DTaP), hepatitis B, vacuna oral contra la poliomielitis (VOP) y Haemophilus influenzae tipo B (HiB)). Sin embargo, un aumento en los niveles de pobreza, junto con una afluencia de más de un millón de refugiados en 2011, muchos de los cuales carecían de vacunas de rutina, planteó desafíos importantes para el programa nacional de inmunización, que proporciona vacunación a más de la mitad de los niños que residen en Líbano.

La evidencia de debilitamiento de las tasas de cobertura de inmunización se detectó por primera vez después de un brote de sarampión en 2013 y un aumento drástico en los casos de paperas en 2015. Esto fue validado por una encuesta por conglomerados basada en distritos realizada en 2016. La encuesta reveló focos de bajas tasas de cobertura de inmunización en varios distritos, tanto entre los hogares de refugiados como entre los de la comunidad de acogida.

Como estrategia para fortalecer el programa nacional de inmunización, el Ministerio de Salud Pública (MSP) del Líbano, en colaboración con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), lanzó un programa de actividades aceleradas de inmunización (AAI) en noviembre de 2017 para brindar servicios de inmunización gratuitos y de calidad a todos los niños a través del sistema de atención primaria de salud. Además del apoyo ofrecido a los centros de atención primaria de salud (CAPS), el programa empleó un enfoque de alcance comunitario para: (a) identificar a los niños no vacunados o con vacunación incompleta, (b) educar y concientizar a los cuidadores sobre la importancia de la vacunación infantil, (c) recopilar los registros de vacunación de los niños, (d) remitir a los niños que no tienen vacunas al centro de salud participante más cercano y (e) realizar un seguimiento con los cuidadores para garantizar que se logre la inmunización completa. Concientizar, fortalecer el sistema público de salud y brindar acceso a

servicios gratuitos y de calidad son prerequisites necesarios para facilitar y permitir la aceptación de la vacunación infantil. Sin embargo, estas medidas rara vez son suficientes para garantizar una demanda suficiente por parte de los beneficiarios.

La muestra objetivo consistió en hogares con niños de 0 a 16 años que se estaban atrasando en su esquema de vacunación de rutina según el calendario nacional de inmunización del Líbano. La muestra incluyó hogares que habían sido remitidos previamente a un centro de salud pero no mantuvieron al día la vacunación de sus hijos (visitas de seguimiento), así como hogares recién identificados con niños no vacunados o con vacunación incompleta (visitas de extensión). Los hogares con niños que estaban al día con su vacunación fueron excluidos del ensayo.

### **3.0 Objetivo(s) del estudio y resultados esperados:**

A pesar de las mejores intenciones de los cuidadores, la evidencia de años de investigación en psicología y ciencias del comportamiento sobre la aceptación de las vacunas apunta a la presencia de sesgos de decisión e influencias sociales (en adelante, barreras conductuales) que afectan la motivación para vacunar. El resultado esperado de esta investigación es identificar estas barreras conductuales y abordarlas utilizando las técnicas de cambio de comportamiento apropiadas, un paso fundamental para el éxito de cualquier campaña o actividad orientada a aumentar las tasas nacionales de vacunación.

Siguiendo el modelo COM-B, los objetivos del estudio son los siguientes:

#### **Capacidad**

- Identificar el conocimiento de los cuidadores y las lagunas en su comprensión del calendario de vacunación, incluyendo el momento, el número de dosis y los pasos a seguir después de las visitas de divulgación de la AIA.
- Explorar si el personal de atención primaria de salud y los trabajadores de divulgación tienen el conocimiento y la confianza necesarios para comunicar de manera consistente información precisa y comprensible sobre la vacunación.

#### **Oportunidad**

- Comprender las barreras físicas, logísticas y estructurales (por ejemplo, la accesibilidad a la clínica, las limitaciones de movilidad, el horario de atención) que afectan la capacidad de los cuidadores para vacunar.
- Examinar cómo las normas sociales, la dinámica familiar y las creencias de la comunidad influyen en las decisiones de los cuidadores sobre la vacunación.

#### **Motivación**

- Explorar las creencias, las emociones y los valores que influyen en la urgencia o importancia

que perciben los cuidadores de completar todas las vacunas recomendadas a tiempo.

- Identificar los factores que contribuyen a la confianza o desconfianza en los servicios de vacunación y cómo estas percepciones afectan la motivación para actuar según las directrices de divulgación o de atención primaria de salud.

### 3.1 Preguntas de investigación:

#### Preguntas de investigación principales:

4. ¿Qué factores impiden que los cuidadores completen los calendarios de vacunación de sus hijos a tiempo, incluso después de una derivación?
5. ¿Cómo se comunican los trabajadores de salud de primera línea y el personal de extensión sobre las citas de seguimiento y qué barreras afectan esta comunicación?

### 4.0 Diseño/Metodología del estudio.

Dada la complejidad del comportamiento de vacunación, se utilizará una combinación de métodos cualitativos y observacionales. Estos incluyen:

Método	Propósito
Entrevistas en profundidad	Explorar las creencias individuales, los impulsores emocionales y los procesos de toma de decisiones relacionados con la vacunación. Estos capturarán las experiencias personales de los cuidadores, las prácticas de comunicación del personal de atención primaria de salud y las perspectivas de los trabajadores de extensión.
Discusiones de grupos focales	Examinar las percepciones colectivas, las normas sociales, la dinámica de grupo y las experiencias comunitarias compartidas. Los grupos focales con cuidadores, líderes e influenciadores proporcionarán información sobre el contexto social y cultural más amplio que influye en la aceptación de las vacunas.
Observaciones de campo estructuradas	Capturar las interacciones en tiempo real en los centros de atención primaria de salud y durante las visitas domiciliarias, documentando los comportamientos, los estilos de comunicación y los cuellos de botella sistémicos en la prestación de servicios. Las observaciones también proporcionarán datos contextuales sobre la dinámica del hogar y los entornos comunitarios.

#### Fundamentación de estos métodos

- Las entrevistas captarán las motivaciones y los contextos emocionales matizados de los

cuidadores, especialmente en el caso de los refugiados que pueden desconfiar de los sistemas formales.

- Los grupos focales nos permitirán recopilar información a gran escala y apoyar las actividades grupales (por ejemplo, el mapeo de redes comunitarias con los participantes). Sin embargo, este método no se utilizará para temas más delicados (por ejemplo, las normas de género dentro de las comunidades de refugiados) ni para posibles problemas como la discriminación en las clínicas de salud.
- Las observaciones en las clínicas de vacunación documentarán el proceso de vacunación, incluidos los cuellos de botella del sistema o los patrones de comportamiento no capturados en las respuestas verbales. Las observaciones dentro de la comunidad documentarán información sobre las relaciones interpersonales entre los trabajadores de extensión y los cuidadores, así como la dinámica comunitaria y familiar y las condiciones de vida.
- Cuando sea posible, los diarios de los participantes y las ayudas visuales (viñetas o calendarios) pueden complementar el recuerdo verbal.

### **Integración de métodos**

El uso de múltiples métodos cualitativos y de observación permitirá la triangulación, fortaleciendo la confiabilidad y la validez de los hallazgos. Por ejemplo, los temas que surjan en las entrevistas se compararán con la dinámica grupal observada en los grupos focales y los comportamientos documentados a través de observaciones de campo. Este enfoque por capas garantiza que se representen tanto las perspectivas individuales como las sistémicas.

## **4.1 Criterios de muestreo y reclutamiento:**

### **Técnica de muestreo**

Se aplicará una estrategia de muestreo intencional para garantizar que los participantes reflejen las características más relevantes para los objetivos del estudio, en particular los hogares con niños no vacunados o con vacunación incompleta. Para las poblaciones de más difícil acceso, especialmente los cuidadores refugiados indocumentados o con alta movilidad, el muestreo en cadena complementará el reclutamiento recurriendo a actores comunitarios de confianza y equipos de extensión. Este enfoque mixto maximizará la diversidad y garantizará el acceso a las poblaciones con mayor riesgo de vacunación incompleta.

### **Criterios de inclusión**

- Cuidadores (madres, padres, abuelos u otros tutores) de niños de 0 a 6 años que no estén vacunados o tengan vacunación incompleta según el calendario nacional de vacunación del Líbano.
- Hogares que fueron remitidos previamente a un centro de atención primaria de salud (CAPS)

pero no completaron los esquemas de vacunación, así como hogares recién identificados con dosis omitidas.

- Trabajadores de extensión, personal de CAPS, gerentes de CAPS, líderes/influenciadores comunitarios y representantes del Ministerio de Salud Pública (MSP) directamente involucrados en la demanda y la administración de vacunas.

#### **Criterios de exclusión**

- Hogares donde los niños tienen las vacunas al día
- Cuidadores que no estén dispuestos o no puedan dar su consentimiento informado.
- Personas menores de 18 años, a menos que participen como cuidadores de hermanos menores y con el consentimiento de su tutor.

#### **Tamaño de la muestra y justificación**

El tamaño de la muestra está diseñado para equilibrar la profundidad y la amplitud: lo suficientemente grande como para captar la variación entre las poblaciones de refugiados y de acogida, sin dejar de ser factible dentro del plazo del proyecto.

#### **Participantes principales (cuidadores):**

20-24 cuidadores en siete distritos. Esta muestra es suficiente para alcanzar la saturación temática en las entrevistas cualitativas, al tiempo que permite la variación por género, nacionalidad, geografía y movilidad del hogar.

#### **Participantes secundarios:**

- 8-10 trabajadores de extensión (para explorar las prácticas de participación del hogar).
- 6-8 enfermeras y personal de atención primaria de salud (para captar las estrategias de comunicación en los puntos de prestación de servicios).
- 4-6 gerentes de atención primaria de salud/autoridades sanitarias a nivel de distrito (para comprender los desafíos a nivel de sistema).
- 4-6 líderes o personas influyentes de la comunidad (para captar las influencias comunitarias y normativas).
- 4 partes interesadas del Ministerio de Salud Pública (para reflejar las perspectivas a nivel de políticas).

#### **Variación para capturar**

El reclutamiento tendrá como objetivo garantizar la diversidad en:

- Género (madres y padres como tomadores de decisiones).
- Nacionalidad (refugiados sirios, comunidades de acogida libanesas y otros grupos minoritarios)

donde estén presentes).

- Geografía (distritos urbanos vs. periurbanos).
- Movilidad (hogares con y sin acceso al transporte).
- Exposición (hogares visitados previamente por trabajadores de extensión vs. aquellos a los que no se ha llegado).

Esta variación permitirá al estudio mapear las barreras y los facilitadores conductuales en diferentes tipos de hogares y contextos comunitarios.

### **Procedimientos de Reclutamiento**

Los participantes serán identificados en colaboración con los centros de atención primaria de salud, los trabajadores de extensión y las organizaciones comunitarias.

El personal de extensión proporcionará referencias a los hogares elegibles y se utilizarán técnicas de bola de nieve cuando el acceso inicial sea limitado. El reclutamiento hará hincapié en la participación voluntaria, con una comunicación clara de que la negativa no afectará el acceso a los servicios.

### **4.2 Consentimiento/Asentimiento:**

**Consentimiento informado:** Todos los participantes recibirán una descripción general del estudio, incluyendo el propósito, la confidencialidad y su derecho a retirarse. Se les pedirá a los participantes que firmen un formulario de consentimiento o que proporcionen su consentimiento verbal grabado. El consentimiento informado de UNICEF se utilizará para la investigación.

### **4.3 Methods of Data Collection:**

This study will employ a combination of qualitative and observational methods, each carefully matched to the research questions and designed using behavioural insights best practices. The primary methods include semi-structured interviews, focus group discussions (FGDs), and structured observations in both community and healthcare facility settings.

#### **Métodos y herramientas de recopilación de datos:**

- **Entrevistas semiestructuradas:** Se realizarán entrevistas individuales con cuidadores, personal de atención primaria de salud y trabajadores de extensión utilizando guías alineadas con COM-B. Estas guías indagarán sobre el conocimiento, la oportunidad y los factores motivacionales, al tiempo que permitirán flexibilidad para capturar creencias, emociones y procesos de toma de decisiones con matices
- **Indicaciones visuales y viñetas:** Para apoyar el recuerdo y despersonalizar temas delicados (p. ej., desconfianza, vergüenza, miedo), se incorporarán materiales visuales y viñetas

hipotéticas en las herramientas de entrevista y grupos focales. Estos enfoques reducen el sesgo de deseabilidad social y hacen que la participación sea más atractiva, especialmente para los participantes con bajo nivel de alfabetización.

- **Discusiones de grupos focales (GDF):** Se realizarán GDF con líderes comunitarios, cuidadores e influenciadores para capturar experiencias compartidas, normas sociales y dinámicas de grupo. Las guías de facilitación garantizarán la coherencia entre los grupos, con ejercicios incorporados (p. ej., mapeo comunitario) para fomentar el diálogo interactivo.
- **Observaciones estructuradas:** Los investigadores de campo utilizarán listas de verificación de observación para documentar sistemáticamente las interacciones de atención primaria de salud (p. ej., comunicación en los puntos de registro y vacunación) y las visitas domiciliarias de extensión (p. ej., procesos de derivación, respuestas familiares, dinámica social). Se pueden tomar fotos y grabaciones de video cortas para capturar detalles contextuales, con el consentimiento de los participantes, y todas las imágenes se anonimizarán antes del análisis.

### **Recolectores de datos**

Las actividades de investigación serán implementadas por facilitadores capacitados subcontratados por Nudge Lebanon y UNICEF Líbano. Estos facilitadores incluirán investigadores tanto hombres como mujeres para permitir una interacción culturalmente sensible con diversos participantes. Todos los investigadores de campo firmarán acuerdos de confidencialidad y se adherirán a los protocolos de salvaguardia.

### **Capacitación y desarrollo de capacidades**

Para garantizar la aplicación correcta y coherente de la metodología, todos los recopiladores de datos se someterán a un proceso de capacitación estructurado. Se realizarán tres talleres presenciales al menos una semana antes del trabajo de campo. La capacitación combinará:

- Componentes teóricos (objetivos del estudio, marco de la ciencia del comportamiento, salvaguardia y procedimientos de consentimiento informado).
- Ejercicios prácticos (juego de roles de entrevistas y grupos focales, observaciones simuladas, uso de indicaciones visuales y listas de verificación).
- Orientación sobre salvaguardia (cómo manejar las revelaciones de angustia, temas delicados o preocupaciones de salvaguardia de acuerdo con los protocolos de UNICEF).

### **Supervisión y garantía de calidad**

- Sesiones informativas diarias: Al final de cada día de investigación, se realizarán sesiones informativas virtuales con los investigadores de campo y el equipo del proyecto para revisar los hallazgos emergentes, identificar desafíos y reforzar el cumplimiento de los protocolos.
- Verificaciones aleatorias: Investigadores sénior de Nudge Lebanon acompañarán un subconjunto de entrevistas, grupos focales y observaciones para garantizar la fidelidad a las

guías y los estándares éticos

- **Documentación:** Se proporcionarán guías de investigación y hojas de anotación a todos los facilitadores para registrar las observaciones de manera consistente y complementar las grabaciones de audio.

#### 4.4 Entrada y análisis de datos:

Se realizará un análisis temático utilizando el marco COM-B. La codificación se estructurará en torno a la capacidad (p. ej., conocimiento del horario, precisión del recuerdo), la oportunidad (p. ej., acceso, navegación del sistema, expectativas sociales) y la motivación (p. ej., miedo, vergüenza, prioridades, confianza en el sistema de salud). Un etiquetado adicional de perfiles de comportamiento identificará a los participantes con comportamientos, datos demográficos, creencias y necesidades similares. Se utilizará la triangulación para validar el comportamiento autoinformado con las observaciones y las notas del facilitador. Se realizarán análisis comparativos entre las poblaciones de refugiados y las poblaciones de acogida, y entre los diferentes centros de atención primaria de salud/distritos. Se utilizará NVivo o Dedoose para la codificación cualitativa, y los datos de las redes sociales se representarán mediante visualizaciones matriciales.

#### Procedimientos de manejo de datos

- **Transcripción:** Las entrevistas y los grupos focales se transcribirán en árabe o francés y luego se traducirán al inglés por asistentes de investigación capacitados contratados para este estudio. Los transcritores firmarán acuerdos de confidencialidad.
- **Codificación:** La codificación de las transcripciones y las notas de campo será realizada por miembros del equipo de investigación capacitados en métodos cualitativos, utilizando NVivo o Dedoose. Se aplicará una doble codificación a una muestra de transcripciones para garantizar la confiabilidad.
- **Anonimización:** Todas las transcripciones se anonimizarán eliminando los nombres y otros identificadores directos durante el proceso de transcripción. A los participantes se les asignarán identificadores de estudio únicos. La clave que vincula los identificadores con la información de los participantes se almacenará por separado en un servidor seguro al que solo tendrán acceso los miembros del equipo del proyecto.
- **Almacenamiento/Transferencia:** Los datos electrónicos se almacenarán en los servidores seguros de UNICEF, protegidos con contraseña. Los archivos transferidos entre los miembros del equipo utilizarán canales cifrados (SharePoint). Las notas de campo físicas, si se utilizan, se escanearán, se cargarán y luego se almacenarán en un archivador con llave en la oficina del socio local.
- **Acceso:** El acceso a los datos estará restringido a los miembros autorizados del equipo de estudio. Cada miembro del equipo utilizará credenciales de inicio de sesión individuales y una contraseña única para acceder a los documentos. El investigador principal otorgará y

supervisar los derechos de acceso.

- **Archivo:** Al finalizar el estudio, los conjuntos de datos anonimizados y los libros de códigos finales se archivarán en los servidores seguros de UNICEF durante 5 años. Cualquier identificador personal se eliminará permanentemente una vez finalizado el análisis.

## 5.0 Protección de datos y confidencialidad de los participantes del estudio

- **Privacidad de datos:** No se registrará información de identificación personal. Los rostros de las personas en fotos y videos se difuminarán.
- **Temas delicados:** Las entrevistas pueden explorar temas emocionales como la vergüenza, la confusión o la desconfianza. Se utilizarán enfoques y viñetas con enfoque en el trauma cuando corresponda. Dado que muchos participantes se consideran poblaciones vulnerables como refugiados, se tomarán precauciones adicionales, incluida la capacitación en ética para los investigadores y la provisión de enlaces a apoyo psicosocial de seguimiento para los participantes, si es necesario.
- **Revisión del IRB:** El protocolo se presentará a un comité de revisión institucional (IRB) para su aprobación ética.
- **Equidad:** Se tendrá cuidado de incluir voces difíciles de alcanzar y subrepresentadas, en particular hogares encabezados por mujeres o hogares donde los cuidadores no están alfabetizados o no tienen conexión digital.
- **Cumplimiento de los requisitos locales:** Todos los procedimientos del estudio cumplirán con las leyes y regulaciones de protección de datos aplicables en el Líbano. El acceso a los datos de los participantes se limitará únicamente al personal autorizado del estudio y se tomarán todas las medidas de seguridad razonables para garantizar la confidencialidad, de conformidad con los requisitos éticos y legales locales.

## 5.1 Evaluación y gestión de riesgos

Se considera que la participación en este estudio conlleva un riesgo mínimo. Sin embargo, dado que el estudio se centra en poblaciones vulnerables como refugiados y hogares de bajos ingresos, se implementarán medidas cuidadosas de gestión de riesgos.

### Riesgos y daños potenciales

- **Angustia emocional:** Las conversaciones sobre las decisiones de vacunación pueden generar sentimientos de culpa, vergüenza, miedo o desconfianza en el sistema de salud.
- **Riesgos sociales:** Los cuidadores pueden temer el estigma por admitir fallos en la vacunación o expresar desconfianza en los proveedores de atención médica.
- **Preocupaciones sobre la privacidad:** Dado que los refugiados pueden ser indocumentados o estar marginados, los participantes pueden preocuparse por el mal uso de la información o la

divulgación involuntaria.

- **Dinámica de poder:** Los cuidadores pueden sentir presión para participar si son abordados por trabajadores de extensión o líderes comunitarios.

### Plan de gestión de riesgos

- **Consentimiento informado:** Se proporcionará a los participantes información clara y en lenguaje sencillo sobre la naturaleza voluntaria del estudio, las medidas de confidencialidad y su derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias.
- **Capacitación en salvaguardia:** Todos los facilitadores y el personal de investigación recibirán capacitación sobre salvaguardia, entrevistas con enfoque en el trauma y los protocolos de protección infantil de UNICEF antes de la recopilación de datos.
- **Vías de derivación:** Si un participante muestra signos de angustia o revela problemas delicados de protección (por ejemplo, negligencia, abuso, explotación), el personal de campo seguirá los protocolos de protección de UNICEF Líbano y proporcionará información de derivación a los servicios locales de apoyo psicosocial o de protección.
- **Minimizar la angustia:** Se harán preguntas delicadas utilizando viñetas o un enfoque indirecto para despersonalizar las experiencias cuando sea apropiado. Los investigadores recibirán capacitación para detener o pausar una entrevista si un participante muestra incomodidad.
- **Privacidad y confidencialidad:** Todos los datos serán anonimizados y no se divulgará ninguna información de identificación personal. Las fotos o videos tomados con fines de observación tendrán los rostros difuminados.
- **Salvaguardias de equidad:** Se prestará especial atención a garantizar que los grupos marginados (por ejemplo, hogares encabezados por mujeres, cuidadores analfabetos) sean incluidos y tratados con respeto. Ningún grupo se verá perjudicado por la participación.

### Supervisión y monitoreo

El investigador principal será responsable de monitorear los riesgos y garantizar el cumplimiento de las normas de protección durante todo el estudio. Las reuniones informativas diarias con los equipos de campo incluirán una revisión de cualquier problema de protección o inquietud de los participantes. Cualquier incidente se documentará, se informará al punto focal de protección de UNICEF y se abordará de inmediato.

## 6.0 Cronograma

Esquema del cronograma clave para este estudio (insertar/eliminar filas según sea necesario)

ACTIVIDAD (p. ej., prueba piloto de herramientas)	Cuando (mes/año)
Desarrollo y prueba piloto de herramientas	09/10-2017

<b>ACTIVIDAD (p. ej., prueba piloto de herramientas)</b>	<b>Cuando (mes/año)</b>
Capacitación de investigadores de campo y orientación sobre salvaguardias	10-2017
Recopilación exploratoria de datos primarios (trabajo de campo en centros de atención primaria de salud y comunidades)	10/11-2017
Transcripción, traducción y análisis preliminar	12-2017 – 01-2018
Sesión informativa con las partes interesadas y taller de validación conjunta (Ministerio de Salud Pública, UNICEF, Nudge Lebanon)	01-2018
Revisión de los hallazgos	02-2018
Redacción y presentación del informe final del estudio a UNICEF/ Ministerio de Salud Pública	03-2018

## 7.0 Difusión de los hallazgos

Los resultados de este estudio se difundirán de manera que se garantice la transparencia, el respeto a los participantes y la alineación con los estándares de UNICEF y el Ministerio de Salud Pública (MSP).

### Difusión a las partes interesadas

- Los resultados preliminares se presentarán al MSP, UNICEF Líbano y Nudge Líbano en una sesión informativa conjunta para validar los hallazgos y refinar la interpretación.
- Se compartirá un informe final con las partes interesadas nacionales, incluidos los gerentes de los centros de atención primaria de salud (CAPS) y los supervisores de extensión, para informar las decisiones de programación y el posible desarrollo de prototipos.
- Se preparará un informe de políticas para los responsables de la toma de decisiones que destaque las principales barreras de comportamiento y las recomendaciones.

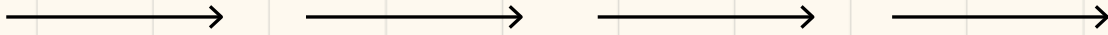
### Difusión a los participantes y las comunidades

- Se elaborará un resumen simplificado de los hallazgos en árabe, utilizando un lenguaje claro y accesible. Este se compartirá a través de reuniones comunitarias facilitadas por trabajadores de extensión y líderes comunitarios.
- Cuando corresponda, se pondrán a disposición carteles o folletos visuales con ideas y recomendaciones clave (por ejemplo, mejoras en la accesibilidad de los servicios, mensajes de comunicación) en los CAPS participantes.
- No se compartirán datos individuales ni familiares; solo se comunicarán los hallazgos agregados y anonimizados.

## **Derechos de publicación**

- Los investigadores conservan el derecho a publicar los resultados del estudio en revistas académicas o profesionales, sujeto a la revisión y aprobación de UNICEF y del Ministerio de Salud Pública antes de su envío.
- Cualquier publicación garantizará que no se pueda identificar a los participantes individuales y que solo se utilizarán datos anonimizados.
- La autoría y los agradecimientos seguirán los estándares internacionalmente aceptados, reconociendo las contribuciones de UNICEF, el Ministerio de Salud Pública del Líbano, Nudge Lebanon y el equipo de investigación.
- 

*Nota: Aunque un protocolo de investigación real sería más extenso y completo en sus detalles, para este estudio de caso hemos elaborado un contenido de muestra de lo que podría haberse incluido en el Protocolo de investigación. Recuerde que se trata de un ejemplo ilustrativo.*

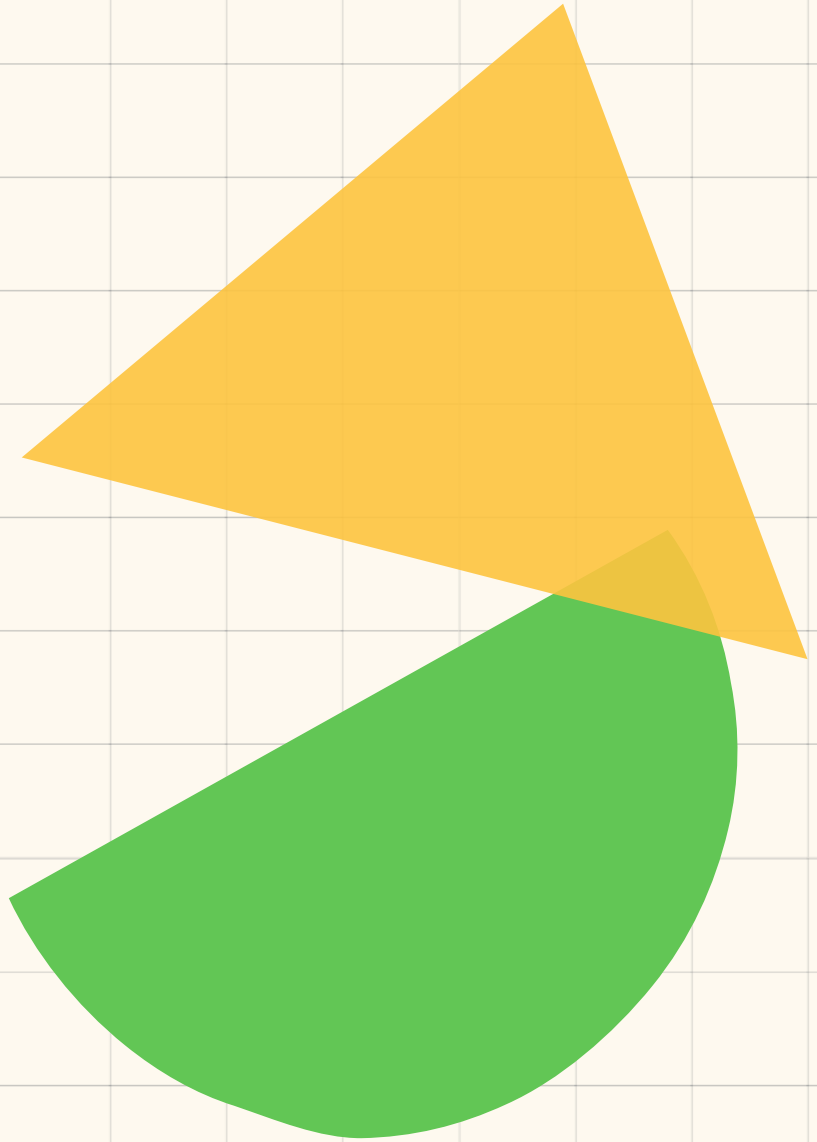


## PASO 4:

# Realizar la investigación primaria

### En este paso:

Este paso implica preparar y llevar a cabo la recopilación de datos primarios sobre el terreno, lo que incluye definir la logística, formar al equipo, reclutar a los participantes y aplicar el plan de investigación con rigor y flexibilidad.



## Por qué es importante:

Un trabajo de campo sólido es esencial para obtener perspectivas del comportamiento que sea rica, fiable y relevante. Sin una preparación y supervisión adecuadas, se pueden pasar por alto opiniones críticas, la calidad de los datos puede verse afectada y los riesgos éticos pueden aumentar. Este paso garantiza que la investigación se planifique cuidadosamente y se lleve a cabo con sensibilidad, a fin de asegurar la inclusión, la precisión y la integridad ética.

## Cómo hacerlo:

### 1. Prepárese para el trabajo de campo

Before heading into the field, it's important to ensure that the research is well-planned and set up for success. Confirm the following steps and procedures are in place:

Antes de salir al campo, es importante asegurarse de que la investigación esté bien planificada y preparada para el éxito. Confirme que se hayan seguido los siguientes pasos y procedimientos:

- a. **El equipo de campo tiene funciones y responsabilidades claras:** cada miembro del equipo debe tener una función específica, como reclutador, encuestador, facilitador, traductor o tomador de notas. Cuando sea posible, emparejar a los entrevistadores con los participantes en función de su género, idioma o antecedentes culturales puede aumentar la comodidad y la confianza. Esto es especialmente importante cuando se trabaja con grupos marginados o temas delicados. Por ejemplo, las madres pueden preferir ser entrevistadas por otras madres.
- b. **El equipo de campo está capacitado en el uso de herramientas y directrices éticas:** todos los miembros del equipo deben recibir capacitación sobre las herramientas de investigación, incluyendo cómo utilizar las guías, hacer preguntas de seguimiento y registrar las respuestas con precisión. Asegúrese de que los encuestadores o facilitadores estén capacitados para indagar más allá de la acción general y de alto nivel que el proyecto intenta influir (por ejemplo, vacunarse), con el fin de descubrir los pasos y decisiones más pequeños, a menudo pasados por alto, que determinan si se produce un comportamiento. Por ejemplo, los investigadores deben considerar

si los cuidadores planifican con antelación, lo discuten con la familia y recuerdan las citas, es decir, las decisiones o acciones más pequeñas que acortan la distancia entre la intención y la ejecución. Informe al equipo de campo para que preste atención a cualquier perspectiva del comportamiento inesperada (por ejemplo, motivadores imprevistos, influencias inusuales o puntos de fricción sorprendentes) y la registre, incluso si no figura en la guía de discusión. La formación ética debe abarcar el consentimiento informado, la confidencialidad, el compromiso respetuoso y el manejo de temas delicados y revelaciones.

- c. **Los participantes en la investigación se seleccionan de acuerdo con la estrategia de muestreo** (véase la tabla 10. Estrategias de muestreo para más detalles): Esto puede incluir la creación de herramientas de selección sencillas, como una breve lista de verificación o un conjunto de preguntas para confirmar criterios clave como la edad, la condición de cuidador, la ubicación geográfica o el historial de vacunación, con el fin de garantizar que los participantes cumplan con las características requeridas. Por ejemplo, si el estudio se centra en los cuidadores de niños menores de cinco años que no han recibido las vacunas rutinarias, el evaluador podría preguntar: «¿Tiene algún hijo menor de cinco años?» y «¿Ha faltado su hijo a alguna cita de vacunación rutinaria en el último año?». Es especialmente importante realizar una selección cuidadosa cuando se pretende incluir a grupos desfavorecidos o infrarrepresentados.

- d. **La recopilación de datos se programa de manera adecuada:** el trabajo de campo debe programarse teniendo en cuenta las rutinas, las costumbres y los eventos estacionales locales. Se debe tener especial cuidado para evitar conflictos con el trabajo, las tareas de cuidado o las prácticas religiosas, especialmente en el caso de las mujeres u otros grupos con tiempo libre limitado.
- e. **Se seleccionan lugares adecuados:** El entorno de la entrevista o el debate debe ser seguro y cómodo para los participantes. Elegir el lugar adecuado ayuda a crear un ambiente en el que los participantes puedan hablar abiertamente y sin temor a ser juzgados o interrumpidos. Por ejemplo, las entrevistas con adolescentes pueden realizarse mejor en escuelas o centros de salud, en lugar de en casa, donde están presentes los familiares.
- f. **Se obtienen las autorizaciones necesarias:** El trabajo de campo solo debe realizarse una vez que se hayan obtenido los permisos y autorizaciones necesarios. Esto puede incluir la autorización del comité de ética o del comité de investigación, así como la autorización formal o informal de las autoridades locales y los líderes comunitarios.
- g. **Se prueban las herramientas de investigación:** Las herramientas de investigación deben probarse antes de comenzar el trabajo de campo para garantizar que sean claras, culturalmente apropiadas y estén alineadas con los objetivos de la investigación.
- h. **Se han realizado otros preparativos logísticos:** Los equipos también deben confirmar que se dispone de los materiales, los dispositivos, el transporte y cualquier apoyo de traducción necesarios.
- i. **Se han desarrollado protocolos de seguridad y protección:** antes de comenzar el trabajo de campo, los investigadores deben asegurarse de que todos los miembros del equipo conozcan los procedimientos de seguridad pertinentes, especialmente cuando se trabaje en zonas de difícil acceso o afectadas por conflictos. Esto incluye protocolos de comunicación, transporte, contactos de emergencia y medidas que se deben tomar si las condiciones cambian de forma inesperada. Las sesiones informativas también deben abarcar las normas culturales, las sensibilidades locales y cualquier restricción que pueda afectar a la movilidad del equipo o a la comodidad de los participantes.

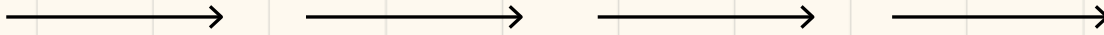
## 2. Recopilar datos

Una vez iniciado el trabajo de campo, es importante supervisar la calidad del trabajo y el respeto hacia los participantes. Mientras que el equipo de campo se encarga de las interacciones diarias, el equipo del proyecto debe proporcionar apoyo promoviendo las buenas prácticas y abordando los retos que surjan. Las mejores prácticas clave que deben reforzarse con el equipo incluyen:

- a. **Los participantes dan su consentimiento informado:** los participantes deben comprender el propósito de la investigación, cómo se utilizará su información y cuáles son sus derechos. El consentimiento puede ser verbal o escrito, dependiendo del contexto. Si se graba audio, se toman fotografías o se graba vídeo, se debe obtener un consentimiento adicional específico para esas actividades.
- b. **Se crea un espacio para la confianza y la franqueza:** las mejores perspectivas suelen surgir cuando los participantes se sienten seguros y no juzgados. Se debe animar al equipo a dedicar tiempo al inicio de cada interacción a establecer una buena relación, explicar claramente el propósito del trabajo y escuchar con curiosidad, en lugar de apresurarse a hacer preguntas.
- c. **Se respetan las dinámicas de poder:** los equipos de campo deben estar capacitados para reconocer quién tiene el poder en los entornos grupales y adaptar la facilitación en consecuencia. En las entrevistas cualitativas, se debe prestar atención al género, la edad y las dinámicas sociales que pueden influir en quién habla y con qué libertad.
- d. **Se tienen en cuenta las respuestas performativas o esperadas:** especialmente en entornos grupales o cuando se entrevista a miembros de

la comunidad acostumbrados a las visitas del programa, los participantes pueden dar respuestas que creen que se esperan de ellos. Se debe animar a los equipos a indagar con delicadeza, pero de forma específica, para desentrañar las motivaciones o contradicciones subyacentes.

- e. Documentar lo que no se dice:** Se debe animar a los encargados de tomar notas y a los facilitadores a ir más allá de las citas textuales. Captar el tono, las vacilaciones, el lenguaje corporal o las contradicciones puede añadir un contexto fundamental a la hora de sintetizar los datos sociales y de comportamiento. Las señales no verbales son especialmente importantes cuando se trabaja con diferencias lingüísticas o culturales.
- f. Se incorporan reuniones informativas diarias:** los equipos deben reunirse al final de cada día para discutir lo que está funcionando, lo que no funciona y los temas inesperados que están surgiendo. Las reuniones informativas son un momento clave para ajustar las herramientas, perfeccionar las preguntas y ponerse de acuerdo sobre lo que se explorará más a fondo al día siguiente.



## PASO 5:

# Analizar y sintetizar los resultados

### En este paso:

El objetivo de este paso es pasar de los resultados brutos a una comprensión clara y coherente de lo que permite o inhibe el comportamiento en cuestión.

Se pueden utilizar tres marcos de comportamiento diferentes para enmarcar el análisis de los datos:

- **Los perfiles de comportamiento** revelan quiénes son los actores clave, qué determina sus decisiones y a qué retos se enfrentan.
- **El mapeo y diagnóstico del comportamiento** rastrean los microcomportamientos a lo largo del camino hacia el comportamiento e identifican las barreras y los facilitadores que hay detrás de estos microcomportamientos.

Este análisis sirve de base para la siguiente fase de diseño de intervenciones.

### Herramientas asociadas:

- [Perfil de comportamiento](#) (opcional)
- [Mapa y diagnóstico del comportamiento](#)
- [Matriz de viabilidad-impacto](#)

## Por qué es importante:

La información no proviene solo de los datos. Más bien, la forma en que los investigadores interpretan estos datos convierte los hallazgos en una narrativa de comportamiento coherente y aclara no solo lo que está ocurriendo, sino también por qué.

Fundamentalmente, este paso ancla el trabajo en las experiencias vividas por personas reales. **Los perfiles de comportamiento** ponen el foco en los actores. **Los mapas de comportamiento** trazan las pequeñas acciones, a menudo inadvertidas, que determinan los resultados. Y **los diagnósticos de comportamiento** exponen lo que se interpone en el camino de la realización de un comportamiento.

Si se hace bien, este paso logrará lo siguiente:

- **Identificar puntos de entrada estratégicos para el cambio.** Por ejemplo, los datos podrían revelar cómo aumentan las tasas de abandono de la vacunación después de la primera dosis si no se cuenta con un sistema de seguimiento.
- **Destilar la complejidad en patrones claros y aplicables.** Por ejemplo, tanto los datos cuantitativos como los cualitativos podrían

revelar cómo los cuidadores tienden a faltar a las citas de vacunación en días en los que hay condiciones meteorológicas extremas.

- **Garantizar que los diseños respondan a las limitaciones del mundo real, no a suposiciones.** Por ejemplo, los investigadores pueden observar que algunas madres refugiadas dependen de familiares varones que solo están disponibles los fines de semana para llevarlas a la clínica, por lo que las citas entre semana pueden no ser viables.
- **Establezca las bases de comportamiento para las soluciones que se crearán como prototipos a continuación.** Por ejemplo, si la investigación revela que los cuidadores y los trabajadores sanitarios observan una falta de comunicación por parte del sistema sanitario, una posible intervención podría ser un mensaje de seguimiento que recuerde a los cuidadores la fecha de la próxima vacuna programada.

Esto garantiza una comprensión enfocada y basada en evidencia sobre dónde se necesita el cambio y qué se requiere para hacerlo posible al diseñar las intervenciones.

## Cómo hacerlo:

### 1. Limpiar los datos

Después de la investigación primaria, los datos rara vez están listos para su uso inmediato. Por ejemplo, las transcripciones pueden estar incompletas, las notas pueden necesitar aclaraciones y es posible que haya que resolver inconsistencias antes de que puedan surgir patrones significativos. Antes de comenzar cualquier análisis, es necesario limpiar, codificar y verificar los datos sin procesar. Dos guías útiles para navegar por esta etapa son:

- [El manual SAGE de análisis de datos cualitativos](#)

- [El Manual DIME del Banco Mundial](#) (centrado en la recopilación rigurosa de datos a gran escala)

A la hora de transcribir entrevistas o discusiones de grupo focal, las herramientas de inteligencia artificial pueden acelerar considerablemente el proceso, aunque se debe recurrir a la revisión humana para garantizar la precisión y los matices, especialmente en el caso de dialectos no estándar o temas delicados. Entre los programas de transcripción mejor valorados se encuentran Auris, Trint, TurboScribe y Descript.

## 2. Realizar análisis cuantitativos

Los datos cuantitativos, como las respuestas a encuestas, los registros de servicios o administrativos, deben analizarse de forma estructurada para identificar patrones y tendencias a gran escala. Este tipo de análisis puede ayudar a responder preguntas clave como:

- ¿Qué tan común es el comportamiento objetivo entre la población de interés?
- ¿Cómo varían los comportamientos entre los diferentes grupos (por ejemplo, por género, ubicación, tipo de cuidador)?
- ¿Existen actitudes específicas o barreras de acceso asociados con una mayor o menor probabilidad de completar el comportamiento?
- ¿Qué proporción de personas abandona en puntos clave del recorrido del servicio?

El análisis cuantitativo puede incluir recuentos de frecuencia, tabulaciones cruzadas, correlaciones o análisis de regresión, dependiendo del conjunto de datos y de las habilidades disponibles. Cuando sea pertinente, las preguntas de la encuesta deben asignarse a los dominios COM-B para interpretar los resultados desde un enfoque de comportamiento.

En el caso de los conjuntos de datos existentes (por ejemplo, registros de vacunación o registros de asistencia), las estadísticas descriptivas suelen ser suficientes para destacar las tendencias y señalar dónde se producen los cuellos de botella en el comportamiento.

Consulte **la sección de Más información** para obtener orientación sobre métodos estadísticos básicos, limpieza de datos e investigación basada en encuestas.

## 3. Organizar y etiquetar los datos cualitativos

Los datos cualitativos (por ejemplo, entrevistas, grupos focales, observaciones) deben organizarse y etiquetarse de manera que faciliten un análisis estructurado.

Etiquetar significa vincular las observaciones o citas de los participantes con los factores impulsores de comportamiento que podrían estar influyendo en sus acciones, utilizando un marco como el Modelo COM-B.

- a. Comience por clasificar las transcripciones, notas o extractos en función de quién proporciona los datos (por ejemplo, cuidadores, proveedores,

personas influyentes) y con qué comportamiento se relacionan (por ejemplo, completar la vacunación, buscar atención prenatal).

- b. Cree una matriz de codificación sencilla para ayudar a estructurar el análisis, por ejemplo, asignando los factores impulsores de comportamiento o las barreras a los dominios del COM-B. La tabla 14 ofrece un extracto de la matriz de codificación utilizando un ejemplo de inmunización rutinaria:

TABLA 14. MATRIZ DE CODIFICACIÓN

SUBDOMINIO COM-B	IMPULSOR O BARRERA	ETIQUETA
Capacidad física	Obstáculo	Movilidad física limitada
Capacidad psicológica	Barrera	Prioridades contrapuestas
	Barrera	Conocimiento limitado de los calendarios de vacunación
	Impulsor	Conocimiento de los beneficios de las vacunas

SUBDOMINIO COM-B	IMPULSOR O BARRERA	ETIQUETA
<b>Oportunidad física</b>	Barrera	Distancia a la clínica
	Barrera	Horario desfavorable de la clínica
	Conductor	Servicios combinados
<b>Oportunidad social</b>	Barrera	Normas descriptivas desfavorables
	Conductor	Influencia de la suegra
<b>Motivación reflexiva</b>	Barrera	Miedo a los efectos secundarios
	Conductor	Creencia en la eficacia de la vacuna
<b>Motivación automática</b>	Barrera	Sesgo actual
	Barrera	Sobrecarga emocional
	Conductor	Hábito o rutina útil

Clasifique los datos (transcripciones, notas, citas) y etiquete los extractos utilizando códigos específicos. Un alto nivel de detalle ayuda a revelar patrones, contradicciones y barreras prioritarias que son directamente útiles para el diseño. Por ejemplo:

- Cita: «No volví porque pensé que una dosis era suficiente». → Etiqueta: Conocimiento limitado de los calendarios de vacunación
- Cita: «Mi vecina me dijo que su bebé se enfermó después de la vacuna». → Etiqueta: Miedo a los efectos secundarios
- Cita: «Le pido consejo a mi suegra sobre la salud de mi hijo». → Etiqueta: Influencia de la suegra

Utilice una hoja de cálculo, un documento compartido o un software de codificación cualitativa como [Dedoose](#), [NVivo](#) o [Atlas.ti](#) para organizar y etiquetar los datos. Si trabaja manualmente, el uso de códigos de colores o etiquetas en los márgenes puede facilitar el etiquetado rápido.

#### 4. Cree perfiles de comportamiento (opcional)

Un perfil de comportamiento es una herramienta que se utiliza para sintetizar perspectivas sobre los factores impulsores relacionados con la capacidad, la oportunidad y la motivación que subyacen a un comportamiento específico o a un conjunto de comportamientos dentro de una población objetivo. Mientras que otras herramientas similares, como los perfiles de usuario o la segmentación demográfica, se centran en las características demográficas o en necesidades más amplias, un perfil de comportamiento está diseñado específicamente para descubrir el «porqué» de los comportamientos, basándose en marcos como el Modelo COM-B.

El desarrollo de un perfil de comportamiento es especialmente útil cuando una intervención requiere una comprensión profunda de los factores impulsores del comportamiento para que sea eficaz. También puede ser útil si hay personas que pueden diferenciarse por un conjunto de barreras de comportamiento, hábitos, emociones y contexto socioecológico específicos. Por ejemplo, dos cuidadoras pueden parecer similares desde el punto de vista demográfico (ambas son madres de 30 años que viven en zonas rurales con dos hijos pequeños), pero sus perfiles de comportamiento difieren: una retrasa la vacunación porque cree que su hijo no corre ningún riesgo y teme los efectos secundarios (baja motivación), mientras que la otra tiene toda la intención de vacunarlo, pero pierde las citas debido a las largas distancias de desplazamiento y a la falta de servicios de guardería (baja oportunidad).

Si bien una persona de usuario podría agrupar a estas mujeres en función de su edad, ubicación y función de cuidado, los perfiles de comportamiento las separarían en función de los diferentes factores impulsores que influyen en sus comportamientos.

Para cada perfil de comportamiento, se debe intentar contar con al menos 15 participantes que compartan un conjunto común de rasgos y características de comportamiento. Es importante destacar que 15 participantes como tamaño total de la muestra de la investigación pueden ser insuficientes si existe una gran heterogeneidad, es decir, una gran variabilidad en los perfiles y las respuestas de los participantes.

La tabla 15 resume los requisitos mínimos para un perfil de comportamiento útil.

**TABLA 15. TIPO DE INFORMACIÓN NECESARIA PARA ELABORAR PERFILES DE COMPORTAMIENTO Y POSIBLES FUENTES DE INFORMACIÓN**  
TABLE 15. TYPE OF INFORMATION REQUIRED TO DEVELOP BEHAVIOURAL PROFILES AND POTENTIAL SOURCES OF INFORMATION

TIPO DE INFORMACIÓN	FUENTES POTENCIALES
<p><b>Información demográfica básica:</b> datos como edad, género, educación, tipo de hogar, nivel de ingresos, ubicación geográfica, función en la comunidad (por ejemplo, cuidador, trabajador sanitario, líder religioso, etc.).</p> <p>Estos datos proporcionan el contexto necesario y ayudan a distinguir cómo las diferentes poblaciones experimentan de manera diferente los factores impulsores del comportamiento.</p>	<p><b>Mapa de partes interesadas y público (Paso 1 - Fase de definición):</b> Revisión de los datos administrativos existentes que se utilizaron para elaborar el mapa de partes interesadas y público.</p> <p><b>Investigación de escritorio inicial (Paso 1 - Fase de exploración y diagnóstico):</b> Datos administrativos, como conjuntos de datos del Ministerio de Salud, conjuntos de datos existentes de UNICEF, etc.</p> <p><b>Investigación primaria (Paso 4 - Fase de exploración y diagnóstico):</b> datos recopilados a través de encuestas.</p>

## TIPO DE INFORMACIÓN

**Información conductual detallada que puede estructurarse en torno a un modelo conductual (por ejemplo, COM-B):** codificada, agrupada o analizada utilizando un marco como el COM-B, incluye datos sobre la capacidad de las personas (conocimientos, habilidades), las oportunidades (contexto social y físico) y la motivación (creencias, emociones, intenciones) relacionadas con el comportamiento objetivo.

## FUENTES POTENCIALES

**Planificar la investigación primaria (Paso 3 - Fase de exploración y diagnóstico):** un modelo de comportamiento predefinido para analizar los datos recopilados durante la investigación primaria. Por ejemplo, el Modelo COM-B.

**Investigación primaria (Paso 4 - Fase de exploración y diagnóstico):** Información cualitativa que se recopila normalmente a través de entrevistas en profundidad, discusiones de grupo focal y/u observaciones, que ayudan a identificar las barreras y los facilitadores relacionados con el comportamiento objetivo.

A diferencia de los personajes ficticios, estos perfiles se basan en pruebas. Ayudan a ir más allá de categorías abstractas como «cuidador» o «joven», al dar forma a personas reales que toman decisiones reales. Y lo que es más importante, ayudan a configurar las estrategias de intervención al poner de relieve las necesidades específicas de los actores y los contextos en los que se toman las decisiones. Estos son los pasos que hay que seguir para crear perfiles de comportamiento:

- a. Revise los datos del trabajo de campo. Mientras examina la información, identifique grupos de actores que compartan comportamientos, creencias, influencias o experiencias similares. Estos grupos pueden definirse por su función (por ejemplo, enfermera de primera línea, mujer adolescente), etapa de la vida (por ejemplo, madre primeriza) o posición social (por ejemplo, anciano respetado, responsable de la toma de decisiones

### Perfil de comportamiento

Cumplimente una ficha por CADA función clave en la comunidad

Actor: \_\_\_\_\_

#### Sobre mí

**¿Quién soy?**

Sexo, edad, familia, nivel de estudios

**Responsabilidades**

En mi familia y mi comunidad, soy responsable de:

**¿Dónde vivo?**

Condiciones de vida (rural, barrio marginal urbano, zona de conflicto, nómada, etc.)

#### Comportamientos

**Hábitos y comportamientos:**

¿Cómo es mi día a día?

**Contexto del comportamiento objetivo:**

¿Cuándo, dónde y cómo se produce o no el comportamiento objetivo? ¿Existen factores ambientales que afecten al comportamiento, por ejemplo, recursos, tiempo, costes?

#### Creencias, conocimientos y actitudes

Mis creencias y actitudes respecto a este comportamiento son...

Lo que sé o no sé sobre este comportamiento es...

Las cosas que creo que me impedirán tener este comportamiento son...

#### Comunidad y normas sociales

Mi comunidad y mi estructura social incluyen.

Las normas comunitarias, religiosas y/o de género que considero son...

Las personas que más me influyen son...

#### Motivación y prioridades

Me motiva...

Quiero/ necesito...

Mis principales prioridades son...

en el hogar). Si existen diferencias significativas dentro de un grupo, como los niveles de confianza, el poder de decisión o la posición social, puede ser necesario crear más de un perfil.

- b. Sintetice las conclusiones clave sobre la información de fondo, los comportamientos típicos, las motivaciones, los conocimientos y las normas relacionadas con cada perfil. Utilice la hoja de trabajo [del perfil de comportamiento](#) para estructurar estas conclusiones. Al planificar el desarrollo de los perfiles de comportamiento, considere la posibilidad de añadir preguntas de investigación adicionales al plan de investigación para obtener más información sobre los actores clave que se están investigando. Para cada perfil, sintetice lo siguiente en la hoja de trabajo:

Acerca de mí: información demográfica clave sobre quién es la persona y sus condiciones de vida.

- **Comportamientos:** información sobre los comportamientos y hábitos cotidianos típicos de la persona, así como cualquier información contextual sobre cuándo, dónde y cómo llevaría a cabo el comportamiento objetivo.

- **Creencias, conocimientos y actitudes:** lo que la persona cree, sabe y piensa sobre el comportamiento objetivo.
- **Comunidad y normas sociales:** descripción general de la comunidad y las estructuras sociales de esta persona, las normas religiosas, culturales y de género que la influyen y quién la influye.
- **Motivación y prioridades:** Las motivaciones, prioridades, deseos y necesidades clave que impulsan la toma de decisiones y el comportamiento de esta persona.

Al elaborar perfiles de comportamiento, tenga en cuenta lo siguiente:

**Un perfil de comportamiento sólido debe evocar empatía.** Debe parecer una persona real, alguien cuya realidad cotidiana, valores y limitaciones se comprenden. Cuando se hacen bien, estos perfiles se convierten en algo más que resúmenes; sirven como puntos de referencia vivos a lo largo del proceso. Vuelva a ellos durante el mapeo, el diagnóstico y el diseño del comportamiento para mantenerse anclado en las vidas y los contextos de las personas a las que se dirige el trabajo.

## 5. Elabore un mapa y diagnóstico del comportamiento

La hoja de trabajo [«Mapa y diagnóstico del comportamiento»](#) ayuda a desglosar comportamientos complejos en pasos más pequeños y observables: microcomportamientos. En lugar de analizar un comportamiento de forma aislada (por ejemplo, «vacunar a un niño»), esta hoja de trabajo traza el recorrido conductual completo: lo que ocurre antes, durante y después de la acción clave. Para cada momento del recorrido, la herramienta ayuda a comparar el comportamiento ideal (lo que ocurriría en el mejor de los casos) con el comportamiento real (lo que ocurre en realidad). A continuación, la herramienta ayuda a identificar las barreras y los facilitadores que obstaculizan o favorecen el comportamiento deseado a lo largo de

los diferentes pasos de este recorrido. Al visualizar el recorrido de esta manera, los equipos pueden detectar los puntos específicos en los que las personas se atascan, se retrasan o abandonan, y comenzar a diseñar soluciones dirigidas a esos puntos.

En el diseño centrado en el ser humano y el diseño de servicios se utilizan herramientas similares, como los recorridos de los usuarios y los recorridos de los servicios. Estas herramientas pueden variar en complejidad: desde bocetos rápidos e informales hasta mapas detallados con múltiples actores. Algunas incluso han evolucionado hasta convertirse en marcos más amplios que se utilizan en todos los sectores para diagnosticar los retos de comportamiento.

Un ejemplo es el Viaje hacia la salud y la inmunización desarrollado por UNICEF, que describe la secuencia de decisiones y acciones que un cuidador debe seguir para acceder y completar la inmunización rutinaria u otros



Figura 1. El marco «Viaje hacia la salud y la inmunización» de UNICEF. UNICEF, *Guía de campo sobre la demanda de servicios de salud: un enfoque centrado en el ser humano*. Nueva York: UNICEF, 2018.

servicios de salud. Common Thread también ofrece [una plantilla sencilla y una guía sobre cómo desarrollar mapas de comportamiento](#), al igual que [el Center for Advanced Hindsight de la Universidad de Duke](#).

Independientemente del formato, el objetivo sigue siendo hacer que los comportamientos sean más visibles y diagnosticables, rastreándolos como una serie de pequeñas acciones interconectadas.

## Mapa y diagnóstico del comportamiento

Actor: \_\_\_\_\_

<b>Momentos del recorrido</b> <i>¿Qué fase del recorrido es ésta?</i>							
<b>Recorrido ideal</b> <i>¿Cómo es el recorrido ideal?</i>							
<b>Recorrido real</b> <i>¿Cómo es el recorrido real?</i>							
<b>Barreras</b> <i>¿Qué barreras hacen que el recorrido real sea diferente del ideal? Utilice el modelo COM-B para diagnosticar el tipo de barrera existente.</i>							
<b>Facilitadores</b> <i>Motivadores existentes, influencias, fricciones eliminables, etc. que permitirían al actor clave llevar a cabo el comportamiento deseado.</i>							

### Para desarrollar un Mapa y diagnóstico del comportamiento:

- Identifique el perfil clave (por ejemplo, cuidador, trabajador sanitario, adolescente) cuyo comportamiento es el centro de atención, y anótelo. Si ya se han desarrollado perfiles de comportamiento para este actor, utilícelos para trazar y adaptar el recorrido específicamente a ese perfil.
- Defina el comportamiento objetivo o la acción específica de interés (por ejemplo, completar el calendario de vacunación, registrar un nacimiento, practicar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, inscribirse y asistir regularmente a la educación infantil, utilizar sistemáticamente una letrina en lugar de defecar al aire libre).

- A continuación, traza un mapa de los momentos del recorrido. Estos serán los pasos más pequeños y observables que conducen al comportamiento objetivo o lo rodean. Estos pasos deben capturar lo que sucede antes, durante y después del comportamiento objetivo.

La tabla 16 ofrece ejemplos ilustrativos de momentos del recorrido, a través de una serie de comportamientos vinculados a los resultados en materia de derechos del niño. Aunque no es exhaustiva, la lista tiene por objeto orientar a los equipos a la hora de reflexionar sobre los tipos de microcomportamientos que pueden ser relevantes para su contexto. Se puede adaptar en función del actor específico, el comportamiento y el entorno.

TABLA 16. EJEMPLOS DE MOMENTOS DEL RECORRIDO EN DIFERENTES ÁREAS DE COMPORTAMIENTO

<b>COMPLETAR EL CALENDARIO DE VACUNACIÓN</b>	<b>REGISTRAR UN NACIMIENTO EN LOS PRIMEROS 6 MESES</b>	<b>PRACTICAR LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE LOS PRIMEROS 6 MESES</b>	<b>INSCRIBIR AL NIÑO EN LA EDUCACIÓN INFANTIL Y ASISTIR REGULARMENTE A ELLA</b>	<b>UTILIZAR SIEMPRE UNA LETRINA EN LUGAR DE DEFECAR AL AIRE LIBRE</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informarse sobre las vacunas y el calendario</li> <li>2. Recibir un recordatorio para la primera visita</li> <li>3. Acudir a la primera cita a tiempo</li> <li>4. Recibir y comprender la fecha de regreso</li> <li>5. Planificar y prepararse para la visita de seguimiento</li> <li>6. Regresar para la siguiente dosis programada</li> <li>7. Completar el calendario de vacunación completo</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informarse sobre la necesidad de registrar un nacimiento</li> <li>2. Comprender el calendario y el proceso</li> <li>3. Reunir los documentos o formularios necesarios</li> <li>4. Planificar cuándo y cómo acudir</li> <li>5. Desplazarse al lugar de registro</li> <li>6. Presentar los documentos y completar el proceso</li> <li>7. Recibir y conservar el acta de nacimiento</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informarse sobre los beneficios y las habilidades de la lactancia materna durante el embarazo</li> <li>2. Iniciar la lactancia materna en la primera hora después del parto</li> <li>3. Amamantar a demanda, tanto de día como de noche</li> <li>4. Evitar dar agua, leche de fórmula u otros alimentos</li> <li>5. Buscar asesoramiento cuando se enfrenten dificultades (por ejemplo, dolor, poca leche)</li> <li>6. Mantener la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informarse sobre la disponibilidad y el valor de la ECE</li> <li>2. Decidir inscribir al niño</li> <li>3. Completar la inscripción o el papeleo.</li> <li>4. Preparar al niño para el primer día</li> <li>5. Llevar al niño de manera constante cada mañana</li> <li>6. Continuar con la asistencia durante todo el año escolar</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informarse sobre prácticas de saneamiento seguras</li> <li>2. Acceder a una letrina funcional o construirla</li> <li>3. Hacer que la letrina sea cómoda, limpia y privada</li> <li>4. Usar la letrina para todas las necesidades de defecación</li> <li>5. Fomentar el uso constante por parte de todos los miembros del hogar</li> <li>6. Mantener la letrina con regularidad para garantizar su usabilidad</li> </ol>

- d.** Para cada momento del proceso, describa lo que el perfil haría idealmente si todo saliera según lo previsto: este es el proceso ideal. Utilice un lenguaje claro, concreto y observable que se centre en las acciones, en lugar de en las esperanzas o intenciones generales. El recorrido ideal debe reflejar lo que hace el actor, no lo que sabe, siente o cree (por ejemplo, «el cuidador lleva al niño a la clínica» en lugar de «el cuidador es consciente de la importancia de las vacunas»). También debe reflejar una secuencia que fluya de forma lógica, con cada momento contribuyendo al comportamiento deseado, suponiendo que se disponga de los apoyos, servicios e información clave.
- e.** Describa lo que ocurre en la realidad. Este es el recorrido real: las acciones observadas o comunicadas que realizan las personas. Por ejemplo, «La madre amamanta al niño, pero ocasionalmente le da agua por consejo de la familia»; «El cuidador lleva al niño algunos días, pero no lo hace cuando está ocupado o cuando los hermanos mayores están en casa». Céntrese en lo que hace el actor, no en interpretar por qué lo hace, eso vendrá en el siguiente paso. El recorrido real debe reflejar el comportamiento real basado en la investigación de campo, la observación y la visión de los profesionales.

Al describir el proceso real, es importante identificar *los puntos de abandono*: momentos en los que el actor deja de avanzar hacia el comportamiento deseado. Son pasos del proceso en los que las acciones se retrasan, se omiten por completo o nunca se completan. Los puntos de abandono suelen indicar momentos de gran fricción en los que más se necesita apoyo conductual. Un abandono no significa necesariamente que alguien haya «fracasado»; puede ser temporal (por ejemplo, retrasos repetidos) o más definitivo (por ejemplo, no volver nunca a acudir a un servicio). Algunos ejemplos de puntos de abandono son:

- Un cuidador lleva a un niño a recibir la primera dosis de la vacuna, pero no regresa para la siguiente.

- Un padre comienza el registro, pero lo interrumpe a mitad de camino debido a la falta de documentación.
- Una madre amamanta exclusivamente durante dos meses y luego introduce agua o alimentos antes de tiempo.
- Un niño se matricula en la escuela, pero deja de asistir regularmente después de unas semanas.

Para resaltar estos momentos:

- Márquelos claramente en la fila del recorrido real (por ejemplo, utilizando un símbolo específico o un color diferente).
  - En la etapa de diagnóstico, preste especial atención a estos puntos. A menudo es ahí donde se concentran las barreras más importantes.
  - Los puntos de abandono no siempre son el paso final. Pueden ocurrir en cualquier momento del recorrido y seguir interrumpiendo el progreso.
- f.** A continuación, examine cada momento del recorrido para comprender por qué el recorrido real se desvía del ideal y por qué el comportamiento no se produce como se esperaba. Identifique las barreras de comportamiento que están generando la brecha entre el recorrido ideal y el recorrido real, incluidos los factores específicos relacionados con la capacidad, la oportunidad y la motivación que están bloqueando el progreso en cada paso del recorrido. Este paso debe basarse en los datos ya recopilados durante la investigación de escritorio y la investigación primaria, en lugar de en especulaciones y suposiciones. El objetivo es traducir las perspectivas cualitativas y cuantitativas en barreras de comportamiento claras y viables, utilizando el Modelo COM-B como enfoque. Para cada barrera, utilice los datos de la investigación para preguntarse:
- ¿Qué impide al actor hacer esto?
  - ¿A qué parte del COM-B se refiere? (Capacidad, oportunidad o motivación)
  - ¿Cómo se ve exactamente en este contexto?

Consulte la **Tabla 5. Mapeo de los factores impulsores del comportamiento y los factores impulsores en el Marco COM-B** para apoyar el proceso de diagnóstico. Esta tabla desglosa cada parte del Modelo COM-B en factores impulsores del comportamiento más específicos, con definiciones que sirven de guía para el análisis.

La tabla es intencionadamente genérica y debe adaptarse en función del comportamiento, el actor y el contexto específicos. Asegúrese de evitar afirmaciones genéricas como «baja concientización» o «falta de acceso». En su lugar, describa el tipo específico de barrera presente y cómo se manifiesta en el mundo real. Por ejemplo:

- En lugar de señalar «el cuidador carece de motivación», escriba: «El cuidador cree que una dosis de la vacuna es suficiente y no ve la necesidad de volver». (Motivación reflexiva: creencias sobre las consecuencias).
- En lugar de señalar que «el acceso a la clínica es un problema», escriba: «La clínica solo abre durante el horario del mercado, cuando los cuidadores están trabajando» (oportunidad física: tiempo y horarios).

**g.** Identifique los facilitadores considerando qué factores ya están ayudando al actor a avanzar hacia el comportamiento deseado. Considere también qué factores podrían ayudar al actor a avanzar aún más hacia el comportamiento deseado si se reforzaran. Estos son los facilitadores, que hacen que el comportamiento sea más fácil, más probable o más atractivo de realizar. Los facilitadores pueden incluir fortalezas existentes, sistemas de apoyo o momentos de éxito observados durante la investigación. Al igual que las barreras, deben describirse con claridad y basarse en datos reales, en lugar de en ideales supuestos. Vuelva a los datos y busque:

- Citas que expresen una intención o un compromiso positivos.
- Dinámicas facilitadoras (por ejemplo, apoyo de los compañeros, recordatorios, movilización de la comunidad)
- Aspectos del entorno o la rutina que allanan el camino hacia la acción

Los facilitadores no son solo la ausencia de barreras: son factores impulsores activos de un comportamiento positivo. Identificarlos puede revelar oportunidades para dar empujones, reforzar o escalar lo que funciona.

**h.** Asegúrese de crear un Mapa y diagnóstico del comportamiento para cada actor clave involucrado en el comportamiento. Por ejemplo, si tanto los cuidadores como los trabajadores sanitarios influyen en el proceso de vacunación, cree un mapa para los cuidadores y otro para los trabajadores sanitarios. Cada actor tiene un papel, un proceso de toma de decisiones y un conjunto de barreras de comportamiento distintos, y combinarlos en un solo mapa puede ocultar diferencias importantes.

Si la investigación sugiere una variación significativa dentro del mismo tipo de actor (por ejemplo, cuidadores rurales frente a urbanos, madres frente a abuelas, o adolescentes más jóvenes frente a mayores), considere la posibilidad de elaborar mapas y diagnósticos del comportamiento separados para cada subgrupo. Esto permite una comprensión más matizada del proceso y ayuda a poner de manifiesto diferencias en las barreras, los puntos de abandono o las motivaciones que, de otro modo, podrían pasarse por alto. Sin embargo, evite la segmentación excesiva, a menos que los datos respalden claramente diferencias significativas. Céntrese en las distinciones que sean relevantes desde el punto de vista del comportamiento y que se puedan llevar a la práctica.

A continuación se ofrecen algunos consejos para desarrollar un mapa y diagnóstico del comportamiento:

- **Hágalo visual si es necesario.** Se pueden utilizar herramientas de colaboración visual (por ejemplo, [Miro](#), [Mural](#), [Figma](#)) para que el proceso de mapeo sea más interactivo y fácil de navegar, especialmente cuando los recorridos se vuelven más complejos. Codificar con colores las barreras y los facilitadores por dominios COM-B puede ayudar a resaltar patrones y agrupaciones a lo largo del recorrido conductual.
- **Tenga en cuenta las necesidades de presentación de informes y difusión.** La hoja de trabajo sirve como herramienta para estructurar el análisis, pero

no tiene por qué ser el resultado final. Dependiendo de cómo se vaya a compartir el análisis, el mapa se puede ampliar a un informe narrado, una presentación visual o una presentación de síntesis.

- **Utilice el borrador del recorrido como base para obtener comentarios y validación.** También se puede compartir con expertos en la materia, profesionales o miembros de la comunidad para obtener comentarios y validación, especialmente si se identifican vacíos o suposiciones críticas durante el análisis.

## 6. Priorice las barreras y los facilitadores clave del comportamiento

Después de diagnosticar un amplio conjunto de barreras y facilitadores del comportamiento, es el momento de reducir el enfoque. Este subpaso ayuda a identificar qué barreras y facilitadores son más importantes y cuáles son los que los equipos están en mejores condiciones de abordar. Garantiza que el proceso de diseño se base en el conocimiento y se oriente hacia el impacto.

La priorización no consiste en descartar la complejidad. Se trata de elegir un punto de partida, donde nuestras acciones puedan eliminar la mayor parte de la fricción, abrir nuevas posibilidades y generar un cambio medible.

Al priorizar las diferentes barreras, es importante volver a *La fase de definición* y comprender cómo cada barrera afecta al problema general y a su contexto más amplio.

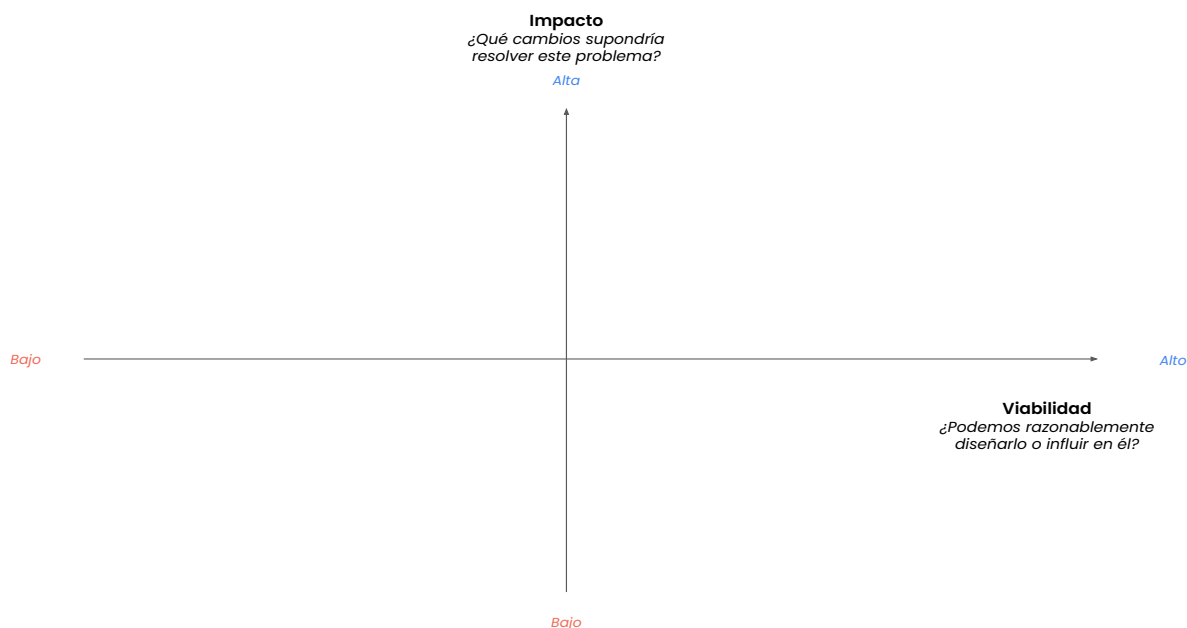
Durante esta fase, los equipos pasan de una larga lista de barreras y facilitadores de comportamiento a una lista reducida de 4 a 6 áreas de enfoque prioritarias que guiarán la fase de Prototipo y Diseño.

### Cada prioridad debe:

- Abordar un punto claro de caída del comportamiento.

### Matriz de viabilidad-impacto

Para cada barrera o facilitador del comportamiento, colóquelo en uno de los cuatro cuadrantes en función de su impacto y viabilidad.



- Basarse en pruebas formativas
- Ser viable, es decir, algo en lo que el diseño pueda influir.
- Ofrecer un potencial significativo para cambiar el comportamiento.

#### Para crear una lista reducida de áreas de enfoque:

- Revisar los mapas y diagnósticos del comportamiento para examinar el conjunto completo de puntos de abandono del comportamiento, junto con las barreras y los facilitadores correspondientes identificados durante el diagnóstico. Para cada punto de abandono, considerar:
  - ¿Qué momentos son más críticos para permitir el comportamiento completo?
  - ¿Hay ciertas barreras o facilitadores que se repiten en múltiples actores o etapas, lo que sugiere una importancia sistémica?
- Revise los resultados clave de la fase de Definición, en particular el mapa de partes interesadas y público, el árbol de comportamiento y el mapa del sistema (opcional) con su análisis de puntos de apalancamiento. Reflexione sobre las siguientes preguntas:
  - ¿Esta barrera se repite en diferentes actores identificados en el mapa de partes interesadas y público?
  - ¿Cómo afecta esta barrera a los comportamientos clave de los diferentes actores mapeados en el Árbol de comportamiento?
  - ¿Dónde se sitúa esta barrera en el Mapa del sistema? ¿Coincide con un punto de apalancamiento identificado?
  - ¿Cómo se compara esta barrera con otras en términos de impacto en la equidad? ¿Excluye a un tipo específico de público en el mapa de partes interesadas y público?
- Utilice [la Matriz de viabilidad-impacto](#) para evaluar la viabilidad y el impacto. Para cada barrera o facilitador, evalúe lo siguiente:

- **Impacto:** si se aborda, ¿aumentaría significativamente la probabilidad de que se produzca el comportamiento objetivo?
- **Viabilidad:** ¿Es realista abordarla dentro del mandato, los recursos, el calendario o las limitaciones políticas/organizativas del equipo?

- Asigne cada barrera/facilitador a la matriz. Este proceso anima a los equipos a diseñar solo lo que es posible y significativo.
  - Alto impacto/alta viabilidad → Priorizar para el diseño.
  - Alto impacto/baja viabilidad → Señalar para un cambio o una promoción a más largo plazo.
  - Bajo impacto/alta viabilidad → Despriorizar, a menos que forme parte de una condición facilitadora más amplia.
  - Bajo impacto/baja viabilidad → Eliminar del alcance
- Seleccione entre 4 y 6 áreas de enfoque para priorizar en los cuadrantes superiores de la Matriz de viabilidad-impacto. Asegúrese de que las áreas de enfoque:
  - Cubran los actores y momentos clave en el recorrido de comportamiento
  - Incluyan una combinación de dinámicas relacionadas con la capacidad, la oportunidad y la motivación
  - Reflejen una oportunidad de diseño coherente, no solo perspectivas aisladas

Al priorizar los comportamientos, busque patrones en los datos, en lugar de anécdotas aisladas. Considere la equidad y qué barreras afectan de manera desproporcionada a los grupos marginados. Los equipos deben reflexionar sobre la pregunta: «Si esto se resolviera, ¿qué más sería posible?».

Al final de este paso, el enfoque ha pasado de ser una serie de perspectivas dispersas sobre el terreno a una base estructurada y fundamentada en el comportamiento para la acción. Se han desarrollado perfiles de comportamiento detallados y se ha rastreado la secuencia de microcomportamientos que conducen al cambio o lo obstaculizan. Además,

se han diagnosticado las barreras y los facilitadores que dan forma a esos comportamientos y se han priorizado las áreas más estratégicas para la intervención. Los equipos ahora poseen más que un conjunto de hallazgos: se trata, más bien, de una comprensión fundamentada y centrada en el ser humano, de cómo se produce el cambio y dónde se atasca. Estas perspectivas pueden

ahora impulsar a los equipos a la siguiente fase: Prototipo y diseño, en la que es el momento de empezar a traducir la evidencia en soluciones.

## ESTUDIO DE CASO:

# Aumento de la cobertura de vacunación infantil en el Líbano

El perfil de comportamiento, el Mapa y diagnóstico del comportamiento no fueron desarrollados por el equipo original del proyecto. Son ejemplos recreados basados en datos y contextos reales del proyecto.

## Sintetizar y analizar los resultados

Tras completar la investigación de escritorio y primaria, el equipo del proyecto sintetizó los datos de las entrevistas realizadas a los cuidadores, los trabajadores sanitarios, los trabajadores sociales y el personal del Ministerio de Salud Pública. Sintetizaron los datos clave relacionados con los ámbitos de comportamiento del COM-B, junto con la información relativa al contexto más amplio, los comportamientos, las creencias y las motivaciones de los diferentes participantes. A partir de estos datos, pudieron analizar y extraer perspectivas clave para identificar una serie de perfiles: participantes con contextos, comportamientos, deseos y necesidades similares.

## Desarrollar un perfil de comportamiento

El equipo etiquetó los datos según los perfiles identificados, uno de los cuales era el de una madre siria que vivía en un asentamiento informal. A continuación, el equipo del proyecto recopiló todos los datos que tenía de cinco participantes en la investigación que se consideraban parte de este «tipo de perfil». Utilizaron estos datos para desarrollar un Perfil de comportamiento, que resumía la información clave relacionada con las características, los comportamientos generales, las creencias, las motivaciones y las normas del perfil.

Esta herramienta permitió al equipo considerar el contexto más amplio que influía en la toma de decisiones y los comportamientos de una madre siria, más allá de la simple vacunación. Continuaron utilizando este

Actor: Madre

### Perfil de comportamiento ESTUDIO DE CASO 1: AUMENTO DE LAS TASAS DE VACUNACIÓN INFANTIL EN EL LÍBANO

<b>Sobre mí</b> <p><b>¿Quién soy?</b> Sexo, edad, familia, nivel de estudios Madre siria de unos 30 años. Sólo estudios primarios: lectura y escritura básicas.</p> <p><b>¿Dónde vivo?</b> Condiciones de vida (rural, barrio marginal urbano, zona de conflicto, nómada, etc.) Asentamiento informal en tiendas de campaña en el valle de la Bekaa. Nos mudamos aquí en 2015, cuando llegamos al Líbano. Es una zona rural con una infraestructura sanitaria limitada. Está muy superpoblado y tiene problemas de agua y saneamiento.</p>	<b>Responsabilidades</b> En mi familia y en mi comunidad, soy responsable de: Me enorgullece cuidar de mi familia. Me ocupo del cuidado de los niños y de las tareas domésticas. A veces ayudo a mi marido trabajando en una granja.	<b>Comportamientos</b> <p><b>Hábitos y comportamientos:</b> ¿Cómo es mi día a día? Me levanto temprano cuando sale el sol para preparar la comida y preparar a mis hijos. Voy por agua, limpio y ayudo en la granja cuando es necesario. No me alejo mucho de casa, pero visito el Centro de Salud Primaria sólo cuando alguien está gravemente enfermo o cuando recibo un recordatorio o una visita importante del trabajador de divulgación.</p> <p><b>Contexto del comportamiento objetivo:</b> ¿Cuándo, dónde y cómo se produce o no el comportamiento objetivo? ¿Existen factores ambientales que afecten al comportamiento, por ejemplo, recursos, tiempo, costes? Tengo cinco hijos y los agentes de divulgación me dijeron que tres de ellos aún necesitan vacunas. No acudí a las citas de vacunación de seguimiento porque no estaba segura de cuándo debía ir o qué vacuna era la siguiente. Una vez me dieron una cartilla de vacunación, pero la perdí. El centro de salud está lejos, el transporte es caro y no siempre me siento cómoda yendo sola. Hace unas semanas vinieron trabajadores de divulgación, pero no entendí muy bien qué tenía que hacer a continuación.</p>
<b>Creencias, conocimientos y actitudes</b> <p>Mis creencias y actitudes respecto a este comportamiento son...</p> <p>Creo que las vacunas ayudan a proteger a mis hijos, pero hay otras cosas más importantes, como alimentarlos y educarlos.</p> <p>Lo que sé o no sé sobre este comportamiento es...</p> <p>No siempre estoy segura de qué vacunas necesito todavía mi hijo, ni de cuándo le toca la siguiente dosis. No sé si está bien ir tarde una vez que se te pasa la hora. Es difícil, ya que no siempre entiendo a los trabajadores sociales.</p> <p>Las cosas que creo que me impedirán realizar este comportamiento son...</p> <p>El tiempo y el costo del transporte. Sobre todo ir sola, ¿es seguro?</p> <p>No saber cuándo tengo que ir ni cuántas veces.</p> <p>Me olvidó y me da vergüenza llegar tarde.</p>	<b>Comunidad y normas sociales</b> <p>Mi comunidad y mi estructura social se parecen a ... Hay muchos refugiados sirios en el campamento, así que hemos hecho amigos y líderes. Mi marido se reúne con los líderes una vez a la semana para saber qué está pasando en la comunidad.</p> <p>Las normas comunitarias, religiosas y/o de género en las que creo...</p> <p>No creo que siempre sea apropiado que las mujeres viajen solas, especialmente largas distancias o de noche. También prefiero no estar sola con un hombre al que no conozco. Puedo tomar decisiones sobre la casa y mis hijos, pero me aseguro de obtener el permiso de mi marido para algunas decisiones.</p> <p>Las personas que más me influyen son...</p> <p>Mi cuñada. Vigamos desde Siria todos juntos. Ahora son nuestra única familia. También hablo con nuestros vecinos, que tienen hijos de una edad similar a la mía.</p> <p>La única persona con la que hablo regularmente fuera de mi comunidad es el trabajador social.</p>	<b>Motivación y prioridades</b> <p>Me motiva...</p> <p>Ser una buena madre. Casi todo lo que hago es para proteger a mis hijos e intentar darles lo que necesitan. Es importante que la comunidad me vea como una buena esposa y madre.</p> <p>Quiero/ necesito...</p> <p>Tener todo lo que necesito para cuidar de mis hijos y mantenerlos sanos y salvos.</p> <p>Algún día quiero dejar este campamento y establecerme en un hogar a largo plazo.</p> <p>Mis principales prioridades son...</p> <p>Mantener a mis hijos seguros y felices</p> <p>Cuidar de la casa y atender a mi marido mientras nos mantiene</p>

perfil de comportamiento a lo largo del proyecto para recordar para quién estaban diseñando y qué otros factores podían influir en sus decisiones.

## Desarrollar un Mapa y diagnóstico del comportamiento

Esta plantilla de Mapa y diagnóstico del comportamiento no fue desarrollada por el equipo original del proyecto. Se trata de un ejemplo recreado a partir de datos y contextos reales del proyecto. Es posible que algunos detalles no sean del todo precisos, pero el objetivo es ilustrar cómo podría ser en la práctica un mapa de comportamiento completo:

A partir del perfil de comportamiento, el equipo del proyecto desarrolló un Mapa y diagnóstico del comportamiento para trazar el recorrido de la madre siria hasta la vacunación de sus hijos. A partir de las perspectivas adquiridas durante la investigación de campo, comenzaron por identificar los «momentos» clave en el recorrido de inmunización de un cuidador (desde que se informa sobre las vacunas hasta que se completa la serie completa). Estos siete momentos ayudaron a estructurar

el mapa de comportamiento y pusieron de manifiesto el proceso paso a paso que siguen los cuidadores.

Para cada momento, el equipo definió dos factores: el comportamiento ideal que conduciría a la vacunación completa y oportuna, y el comportamiento real que mostraban los cuidadores, basado en Observaciones de campo y entrevistas en profundidad. Por ejemplo, al final de su primera visita de vacunación, lo ideal era que los cuidadores preguntaran por la fecha de la siguiente vacunación y recibieran una nota con la fecha escrita. Sin embargo, el comportamiento real que mostraban era más incierto. Los cuidadores a menudo escuchaban la fecha de la segunda dosis de la vacuna verbalmente, pero no tenían forma de registrarla, lo que les llevaba a olvidarla más tarde.

A continuación, el equipo diagnosticó las barreras que causaban esta brecha, utilizando el Modelo COM-B. En el caso anterior, el problema era de capacidad psicológica (dificultad para retener la información) y oportunidad física (falta de recordatorios para llevar a casa). En el momento de recordar la fecha, los cuidadores a menudo se olvidaban o se sentían abrumados, lo que el

## Mapa y diagnóstico del comportamiento

Actor: Cuidador

Momento del recorrido <i>¿Qué fase del recorrido es ésta?</i>	1. Oír hablar de las vacunas	2. Asistir a la primera visita	3. Recibir la fecha de regreso	4. 4. Planificación de la visita de regreso	5. Recordar la fecha	6. Regresar a tiempo	7. Continuar con el calendario completo
<b>Recorrido ideal</b> <i>¿Cómo es el recorrido ideal?</i>	El cuidador escucha a la fuente sanitaria o comunitaria de confianza y pide detalles sobre el calendario de vacunación.	El cuidador lleva al niño al centro de salud y recibe la primera dosis de la vacuna a tiempo.	El cuidador pregunta y recibe por escrito la fecha de la cita y confirma verbalmente que la ha entendido.	El cuidador habla y acuerda la hora y el transporte con la familia, planificando el regreso con antelación.	El cuidador utiliza la tarjeta de la cita o una nota telefónica para recordar la fecha de regreso y se prepara mentalmente con antelación.	El cuidador lleva al niño a la clínica en la fecha prevista o cerca de ella para la segunda dosis.	El cuidador sigue el calendario completo de vacunas hasta completar todas las dosis necesarias.
<b>Recorrido real</b> <i>¿Cómo es el recorrido real?</i>	El cuidador oye hablar de las vacunas de pasada de fuentes informales, pero no busca activamente aclaraciones.	El cuidador lleva al niño al centro de salud y recibe la primera dosis de la vacuna a tiempo.	El cuidador escucha verbalmente la fecha de regreso, pero no la anota ni la recuerda más tarde.	El cuidador retrasa la planificación por incertidumbre, prioridades contrapuestas o falta de apoyo.	El cuidador olvida la fecha de regreso o se distrae con el estrés diario y la carga emocional.	El cuidador pospone el regreso y a menudo no acude al seguimiento programado.	El cuidador abandona después de una o dos dosis y no completa todo el programa.
<b>Barreras</b> <i>¿Qué barreras hacen que el recorrido real sea diferente del ideal? Utilice el modelo COM-B para diagnosticar el tipo de barrera existente.</i>	Oportunidad social: Limitada discusión entre pares o normas en torno al seguimiento.  Motivación reflexiva: Escasa urgencia percibida para actuar.	(sin barreras - mismo comportamiento)	Capacidad psicológica: Baja alfabetización y retención de información.  Oportunidad física: No existe material recordatorio o para llevar a casa.	Oportunidad física: Clínica lejana, transporte costoso, problemas de seguridad.  Oportunidad social: Control indirecto del marido sobre los desplazamientos en el hogar (contextual).	Motivación automática: Sobrecarga cognitiva y estrés emocional.  Capacidad psicológica: Sin estímulo externo ni ayuda de memoria.	Motivación reflexiva: Percepción de bajo beneficio frente a alto coste.  Oportunidad física: Tiempos de espera, procedimientos poco claros y largas colas.	Oportunidad social: Normas limitadas sobre la realización de series.  Motivación automática: Historias negativas de compañeros sobre la experiencia en la clínica.  Oportunidad física: Pérdida o deterioro de la tarjeta.
<b>Facilitadores</b> <i>Motivadores existentes, influencias, fricciones eliminables, etc. que permitirían al actor clave llevar a cabo el comportamiento deseado.</i>	Redes de pares y ONG locales existentes; interés por el bienestar del niño.	Norma social positiva temprana para la primera vacuna; confianza en los trabajadores de primera línea.	Orientación del personal sanitario; algunos cuidadores pueden anotar recordatorios de manera informal.	Rutinas familiares, coordinación con otras personas que van a la clínica, proximidad de los servicios.	Recordatorios informales de los vecinos; fuerte intención si se les recuerda.	Sentido de responsabilidad; interacciones positivas anteriores con el centro de salud.	Aliento verbal de los trabajadores sanitarios; formación de hábitos si continúan los recordatorios.

equipo codificó como motivación automática, moldeada por la sobrecarga cognitiva y el estrés emocional.

Sin embargo, no todos los comportamientos divergían. Por ejemplo, en el segundo momento del proceso (es decir, acudir a la primera visita para la vacuna), los cuidadores se ajustaban en gran medida al ideal. Esto reveló que los verdaderos obstáculos comenzaban después de la primera visita, lo que reforzaba la importancia de centrar las intervenciones en los comportamientos de seguimiento en lugar de en la concientización inicial.

Por último, el equipo identificó los facilitadores existentes en cada paso. Entre ellos se encontraban el estímulo verbal de los trabajadores sanitarios, las experiencias positivas iniciales con las vacunas y los recordatorios informales de los compañeros. Este proceso ayudó al equipo a identificar qué microcomportamientos eran más importantes, por qué se estaban rompiendo y dónde, los empujones de bajo costo, podrían apoyar el cambio. El mapa de comportamiento se convirtió en una herramienta de diagnóstico fundamental para guiar la ideación y el desarrollo de prototipos.

Si bien este ejemplo se centra en los cuidadores sirios, la investigación más amplia también reveló barreras distintas

entre las familias libanesas. Entre ellas se encontraban la falta de confianza en la calidad de las vacunas y los servicios ofrecidos, y la creencia de que tenían derecho a una mejor atención que la que se proporcionaba a través de los programas dirigidos a la población no libanesa.

## Aplicar una matriz de viabilidad-impacto

Esta plantilla de Matriz de viabilidad-impacto no fue desarrollada por el equipo del proyecto original. Se trata de un ejemplo recreado a partir de datos y contextos reales del proyecto. Es posible que algunos detalles no sean del todo precisos, pero el objetivo es ilustrar cómo podría ser en la práctica un Mapa y diagnóstico del comportamiento completos.

Tras completar el mapa y diagnóstico del comportamiento, el equipo del proyecto utilizó la Matriz de viabilidad-impacto para priorizar qué barreras y facilitadores debían abordarse en la fase de diseño. Cada factor se evaluó en función de su impacto potencial en la capacidad del cuidador para completar el proceso de vacunación y la viabilidad de influir en él mediante el diseño del comportamiento. Las barreras también se consideraron en relación con el mapa del sistema y el árbol de comportamiento que se desarrollaron en

### Matriz de viabilidad-impacto

Para cada barrera o facilitador del comportamiento, colóquelo en uno de los cuatro cuadrantes en función de su impacto y viabilidad.



la fase anterior de Definición. Esto ayudó al equipo a comprender el papel que desempeñaba cada barrera en el contexto más amplio del problema.

Este proceso ayudó al equipo en su transición desde la identificación de los factores impulsores de comportamiento hasta la selección de puntos de intervención prácticos. Si bien se reconoció la importancia de ciertos retos, como la gran distancia a la clínica, se consideró que era menos factible abordarlos directamente en el ámbito del proyecto. Por el contrario, el equipo priorizó las barreras que eran más influyentes y factibles de abordar. Entre ellas se incluían las siguientes:

- el olvido y la inacción relacionados con la tensión emocional y la sobrecarga cognitiva
- la percepción de que los beneficios de la vacunación son diferidos, mientras que el esfuerzo y los efectos secundarios son inmediatos
- la tendencia a posponer la vacunación debido a las molestias que supone acudir a los servicios de salud
- la influencia desalentadora de compañeros que habían experimentado anteriormente un mal trato en los centros de salud

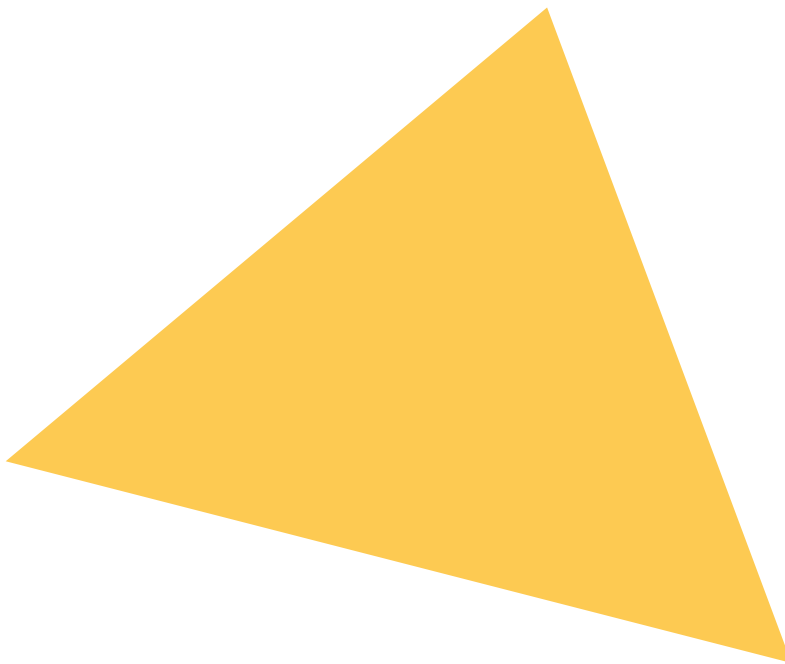
Al organizar estas perspectivas dentro de la matriz, el equipo identificó un conjunto específico de retos de comportamiento para orientar el diseño de las intervenciones. Esto garantizó que sus esfuerzos fueran estratégicos y respondieran a las experiencias cotidianas de los cuidadores.

## Lista de verificación final para Explorar y Diagnosticar

- Investigación de escritorio inicial
- Objetivos y preguntas de investigación primaria
- Plan de investigación primaria y protocolo
- Mapa y diagnóstico del comportamiento
- Matriz de viabilidad-impacto

### Opcional:

- Perfil de comportamiento



## Más información:

Esta guía práctica está diseñada con herramientas, marcos y metodologías prácticas para que los equipos apliquen las ciencias del comportamiento a una serie de retos del mundo real. Dado que las ciencias del comportamiento se nutren de múltiples disciplinas, entre ellas el diseño centrado en el ser humano, la economía experimental y el pensamiento sistémico, hemos seleccionado una serie de enfoques que reflejan esta diversidad. Las ciencias del comportamiento son un campo amplio y en constante crecimiento, y sería imposible abarcar todas las herramientas o perspectivas en una sola guía, por lo que hemos incluido esta sección para aquellos que deseen profundizar en el tema. La siguiente sección ofrece recursos adicionales para explorar temas específicos introducidos en la guía, lo que brinda la opción de continuar un recorrido de aprendizaje a su propio ritmo.

### «Quiero comprender los fundamentos de la investigación cualitativa y cuándo utilizarla».

Si eres nuevo en la investigación cualitativa o quieres una introducción clara y estructurada, [Introduction to Qualitative Research Methods, de Allison Hurst](#), es un punto de partida fantástico. Este libro de texto gratuito repasa todo, desde las preguntas de investigación hasta el análisis, con muchos ejemplos del mundo real que ayudan a dar vida a los conceptos.

Para profundizar en su comprensión de cuándo son apropiados los Métodos cualitativos y cómo defender su rigor, consulte [el artículo de Hammarberg et al. \(2016\) en Human Reproduction](#). El artículo expone lo que hace que la investigación cualitativa sea creíble y ofrece consejos prácticos para explicar las elecciones metodológicas a los financiadores, revisores o escépticos que puedan no estar familiarizados con el enfoque.

### «Quiero aprender a identificar evidencia de alta calidad».

Un recurso y marco ampliamente utilizado para evaluar la calidad de la evidencia es [el enfoque GRADE](#), que se encuentra comúnmente en metaanálisis y revisiones sistemáticas. Básicamente, GRADE proporciona un método transparente y estructurado para calificar nuestra confianza en la evidencia disponible. Clasifica la calidad de la evidencia en diferentes niveles basándose en factores que pueden reducir o aumentar nuestra confianza, como el riesgo de sesgo, la coherencia, la

claridad y la precisión. Esto ayuda a los revisores a evaluar no solo lo que dice la evidencia, sino también cuánta confianza pueden depositar en esos hallazgos.

### «Quiero aprender a decidir el tamaño de la muestra para los estudios cualitativos».

Olvídense de las reglas universales. En su lugar, explore el concepto de «Poder de la información» introducido por [Malterud et al. \(2016\)](#). Esta idea ayuda a los investigadores a centrarse en el valor de la información que cada participante aporta al estudio, en lugar de en nociones arbitrarias de saturación, lo que proporciona una forma más estratégica y significativa de planificar la muestra.

### «Quiero adoptar un enfoque descolonial en mi investigación cualitativa».

[El Centro de Investigación Cualitativa Crítica en Salud \(CCQHR\)](#) de la Universidad de Toronto ofrece una gran cantidad de materiales avanzados. Su sitio web incluye listas de lecturas seleccionadas sobre métodos indígenas y descoloniales, antologías sobre salud en español y portugués, y conferencias grabadas de pensadores destacados. Todo ello está disponible gratuitamente en línea y en su canal de YouTube.

Un recurso fundamental en este campo es *Decolonizing Methodologies: Research and Indigenous Peoples* (2.ª ed., 2012), de Linda Tuhiwai Smith, que examina críticamente cómo las prácticas de investigación se entrecruzan con las historias coloniales y ofrece enfoques prácticos para descolonizar la investigación. El libro de texto está disponible para su compra, o se puede acceder a él de forma gratuita [aquí](#).

### «Quiero tener acceso a revistas y oportunidades de aprendizaje continuo».

Para estar al día de las ideas y metodologías emergentes, considere la posibilidad de explorar dos revistas de acceso abierto: [la Revista Internacional de Métodos Cualitativos \(IJQM\)](#) publica artículos de alta calidad que amplían los límites metodológicos, mientras que [Forum: Qualitative Social Research \(FQS\)](#) lleva más de dos décadas compartiendo trabajos innovadores en inglés, alemán y español.

## «Quiero orientación sobre cómo diseñar y analizar la investigación cualitativa».

Si está listo para profundizar en el diseño de su propia investigación cualitativa, estos libros de texto son esenciales:

- FHI 360 – [Qualitative Research Field Guide](#), que incluye pasos prácticos para introducir los métodos de investigación cualitativa.
- [Qualitative Inquiry and Research Design](#), de Creswell y Poth, le guía a través de cinco enfoques principales, entre los que se incluyen la teoría narrativa y la teoría fundamentada, con ejemplos detallados.
- [Métodos cualitativos para la investigación en salud, de Green y Thorogood](#), es especialmente relevante para quienes trabajan en salud pública o entornos clínicos.
- [Qualitative Research Design, de Maxwell](#), hace hincapié en la importancia de la coherencia y la interactividad en el diseño de la investigación, con herramientas que ayudan a elaborar propuestas sólidas.

## «Quiero aprender más sobre cómo utilizar diferentes enfoques cuantitativos para mi investigación».

La investigación cuantitativa exploratoria suele comenzar con encuestas, estadísticas descriptivas y tabulaciones cruzadas para examinar las relaciones entre comportamientos, creencias y contexto. Comience por aprender a formular buenas preguntas de investigación, elegir indicadores adecuados y estructurar instrumentos de encuesta que generen datos útiles y analizables.

[El Manual de datos analíticos de DIME](#) es una excelente guía paso a paso para gestionar los flujos de trabajo de datos (desde la planificación hasta la recopilación, la codificación y el almacenamiento), diseñada para equipos que trabajan en entornos de desarrollo del mundo real. Para obtener una base académica más estructurada, [el libro de texto de Springer sobre métodos cuantitativos](#) para las ciencias sociales ofrece explicaciones accesibles sobre estadísticas descriptivas, tipos de variables y técnicas de visualización de datos. Para quienes trabajan en contextos de salud, [Mixed Methods in Health Sciences Research: A Practical Primer, de Curry y Núñez-Smith](#), ofrece orientación sobre cómo combinar cuidadosamente enfoques cuantitativos y cualitativos para preguntas de investigación del mundo real.

## «Quiero aprender más sobre los diferentes marcos de comportamiento para orientar mi investigación y analizar los datos».

Para aquellos que deseen aprender más sobre los diferentes marcos de comportamiento que podrían utilizarse tanto para orientar la Investigación primaria como para analizar datos cualitativos, aquí hay algunos recursos adicionales para aprender más sobre los marcos que se han mencionado en este capítulo:


- [El Marco de Factores Impulsores Sociales y de Comportamiento de la Vacunación \(BeSD\) de la Organización Mundial de la Salud](#) proporciona una herramienta estructurada para diagnosticar y abordar los factores impulsores de la aceptación de las vacunas. Clasifica las influencias en cuatro ámbitos: lo que la gente piensa y siente, los procesos sociales, la motivación y las cuestiones prácticas, lo que lo hace especialmente adecuado para la investigación y la planificación relacionadas con la inmunización.
- El modelo socioecológico, desarrollado por primera vez por Urie Bronfenbrenner, es un marco ampliamente utilizado que se centra en las diferentes redes que rodean a una persona. [UNICEF tiene una versión adaptada para los niños.](#)
- [El Modelo de impulsores del comportamiento \(BDM\)](#) ofrece un marco flexible y sensible al contexto que permite a los equipos explorar los factores cognitivos, sociales, emocionales y ambientales que configuran el comportamiento humano. Es especialmente útil en la investigación formativa y en la identificación de oportunidades para intervenciones específicas.
- Para aquellos que buscan un modelo más sencillo basado en la psicología conductual, [el modelo B-MAP \(Behaviour–Motivation–Ability–Prompt\) de Fogg](#) proporciona un enfoque accesible a través de la cual comprender e influir en el comportamiento.

## Fuentes:

1. Ajzen, Icek. "The Theory of Planned behaviour: Frequently Asked Questions." *Human behaviour and Emerging Technologies* 2, no. 4 (2020): 314–324.
2. Bakrania, Shivit, ed. *Methodological Briefs on Evidence Synthesis*. UNICEF Office of Research – Innocenti, 2020. <<https://www.unicef.org/innocenti/documents/methodological-briefs-evidence-synthesis>>.
3. Bjärkefur, Kristoffer, Luiza Cardoso de Andrade, Benjamin Daniels, and Maria Ruth Jones. *Development Research in Practice: The DIME Analytics Data Handbook*. Washington, DC: World Bank, 2021.
4. Braun, Virginia, and Victoria Clarke. "Using Thematic Analysis in Psychology." *Qualitative Research in Psychology* 3 (2006): 77–101. <<https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>>.
5. Busara Center for behavioural Economics. *Barreras and Levers Framework*. Nairobi: Busara.
6. Busara Center for behavioural Economics. *Conducting Rigorous Qualitative Research*. Nairobi: Busara.
7. Busara Center for behavioural Economics. *Mixed Methods Research Toolkit*. Nairobi: Busara.
8. Center for Advanced Hindsight. *behavioural Mapping Cheat Sheet*. Durham: Duke University.
9. Center for Critical Qualitative Health Research, University of Toronto. "Resources and Publications." <<https://ccqhr.utoronto.ca/resources/publications>>.
10. Copper, S., and K. Perry. "Survey Design." J-PAL, 2023. <<https://www.povertyactionlab.org/resource/survey-design>>.
11. Creswell, John W. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 4th ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2014.
12. Decision Lab. *COM-B Framework*. Available at <<https://www.thedlab.com>>.
13. Empatika. *Social Determinants Influencing Access to Malaria Services: A Formative Study in NTT, Papua and West Papua*. UNICEF Indonesia, 2021. <<https://www.unicef.org/indonesia/health/reports/social-determinants-influencing-access-malaria-services>>.
14. Fogg, B. J. *Fogg behaviour Model: B=MAP*. Stanford: Behaviour Design Lab.
15. Forum: Qualitative Social Research (FQS). <<https://www.qualitative-research.net>>.
16. Green, Judith, and Nicki Thorogood. *Qualitative Methods for Health Research*. 4th ed. London: Sage Publications, 2018.
17. Hammarberg, Karin, Maggie Kirkman, and Shelley de Lacey. "Qualitative Research Methods: When to Use Them and How to Judge Them." *Human Reproduction* 31, no. 3 (2016): 498–501. <<https://doi.org/10.1093/humrep/dev334>>.
18. Hurst, Allison. *Introduction to Qualitative Research Methods*. Corvallis, OR: Oregon State University, 2023. <<https://open.oregonstate.edu/education/qualresearchmethods/>>.
19. Interaction Design Foundation. *behavioural Personas*. <<https://www.interaction-design.org>>.
20. International Institute for Environment and Development. *Stakeholder Power Analysis*. London: IIED.
21. *International Journal of Qualitative Methods (IJQM)*. <<https://journals.sagepub.com/home/IJQ>>.
22. Jackson II, Ronald, David Drummond, and Sakile Camara. "What Is Qualitative Research?" *Qualitative Research Reports in Communication* 8 (2007): 21–28. <<https://doi.org/10.1080/17459430701617879>>.
23. J-PAL. *IRB Proposals*. Cambridge, MA: Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab.
24. J-PAL. *Research Resources*. Cambridge, MA: Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab.
25. J-PAL. *Survey Design*. Cambridge, MA: Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab.
26. Kauschanski, Alexander. *The Power of Youth: Instruments and Case Studies for Effective Youth Participation*. Desk review, UNICEF, January 2020. <<https://www.unicef.org/ukraine/>>.

[en/reports/power-youth-instruments-and-case-studies-effective-youth-participation>](#)

27. Malterud, Kirsti, Volkert D. Siersma, and Ann Dorrit Guassora. "Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power." *Qualitative Health Research* 26, no. 13 (2016): 1753–1760. <<https://shorturl.at/7p1bt>>.
28. Maxwell, Joseph A. *Qualitative Research Design: An Interactive Approach*. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2013.
29. Michie, Susan, Maartje M. van Stralen, and Robert West. "The Behaviour Change Wheel: A New Method for Characterising and Designing Behaviour Change Interventions." *Implementation Science* 6 (2011): 42. <<https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>>.
30. Ng, Candy F. "Behavioural Mapping and Tracing." In *Research Methods for Environmental Psychology*, edited by Robert Gifford, 29–52. Wiley, 2016.
31. Patton, Michael Quinn. *Qualitative Research & Evaluation Methods*. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2002.
32. SAGO. *Sampling for Formative Qualitative Research*. <<https://sago.com>>.
33. Schünemann, Holger J., Jan Brožek, Gordon Guyatt, and Andrew Oxman, eds. *GRADE Handbook for Grading Quality of Evidence and Strength of Recommendations*. <<https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html>>.
34. Scottish Government. *The ISM User Guide: Influencing Behaviours through the Individual, Social and Material Context*. Edinburgh: Scottish Government.
35. The Behavioural Insights Team. *Explore Field Guide: A Practical Tool to Map and Unpack Behaviour*. 2022. <<https://www.bi.team/wp-content/uploads/2022/11/BI-Explore-Report-1.pdf>>.
36. *The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis*. London: SAGE Publications.
37. The Uncertainty Project. *Mini-Delphi Method*. Available at <<https://uncertaintyproject.org>>.
38. UK Aid. *Political Economy Analysis: A Beginner's Guide*. London: DFID.
39. UK Government (Public Health England). *How to note: Assessing the Strength of Evidence* (Guidance Note). March 2014. Accessed August 27, 2025. <<https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7c95eed915d6969f45eb5/HTN-strength-evidence-march2014.pdf>>.
40. UNESCO Institute for Statistics. *Guide to Conducting an R&D Survey*. Paris: UNESCO.
41. UNICEF. *Behavioural Conductors Model (BDM)*. New York: United Nations Children's Fund.
42. UNICEF SBC Guidance. *Building an SBC Strategy*. UNICEF, n.d. <<https://www.sbcguidance.org/create/building-sbc-strategy>>.
43. UNICEF. *Ethical Standards in Research*. New York: United Nations Children's Fund.
44. UNICEF. *Global Multisectoral Operational Framework for the Use of behavioural and Social Sciences in Programming*. New York: United Nations Children's Fund, 2022. <<https://www.unicef.org/media/135011/file/Global%20multisectoral%20operational%20framework.pdf>>.
45. University of Warwick. *Literature Review, Questions, and Methods*. Coventry: University of Warwick.
46. vLab. *Overview of Qualitative Methods*. Available at <<https://vlab.org>>.
47. World Bank. "LSMS Practical Guide to Fieldwork Training." *World Bank Blogs*. <<https://blogs.worldbank.org>>.
48. World Health Organization and UNICEF. *Behavioural and Social Conductors of Vaccination: Tools and Practical Guidance for Achieving High and Equitable Immunization Coverage*. Geneva: WHO, 2022. <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049680>>.



# Diseñar prototipos

## ¡Bienvenido a Diseñar prototipos!

En esta fase, la información se convierte en acción. El objetivo es desarrollar y crear prototipos de posibles intervenciones para cambiar los comportamientos o microcomportamientos objetivo, abordando las barreras prioritarias y aprovechando los facilitadores identificados en la fase anterior, Explorar y Diagnosticar. Basados en la evidencia y la teoría del comportamiento, estos prototipos cobran vida a través del diseño creativo y la cocreación, y luego se perfeccionan mediante retroalimentación iterativa. Este proceso permite identificar las soluciones más prometedoras para su puesta a prueba y su evaluación en el mundo real.

## ¿Por qué diseñar prototipos?

Es fácil recurrir a soluciones conocidas, especialmente aquellas que han funcionado en el pasado o en otros entornos. Si bien este enfoque puede reducir la incertidumbre, también puede limitar la creatividad y las oportunidades de diseñar intervenciones más eficaces, relevantes a nivel local o rentables. Por eso es importante explorar deliberadamente nuevas posibilidades, siempre que sea posible.

La fase de diseñar prototipos se centra en generar y probar respuestas prácticas a los retos de comportamiento identificados. Esta etapa fomenta el desarrollo de una amplia gama de posibles intervenciones basadas en las ciencias del comportamiento. A continuación, se seleccionan las ideas más prometedoras para la creación de prototipos y se prueban con usuarios reales. Esto garantiza que las soluciones sean innovadoras y se adapten a las barreras específicas descubiertas durante la investigación.

## ¿Cómo podemos crear prototipos de diseños?

En esta tercera fase de la metodología DEPTHS, hay cuatro pasos a seguir en el proceso de diseño de la intervención de cambio de comportamiento.

Cada paso incluye herramientas específicas, orientación sobre la importancia de estas herramientas y cómo utilizarlas. Un **estudio de caso sobre el aumento de la vacunación infantil en el Líbano** ejemplificará cómo se pueden aplicar las herramientas en la práctica.

Antes de empezar a crear prototipos de diseños, asegúrate de completar todos los pasos de las fases *Definir* y *Explorar*, y *Diagnosticar*.

## Tabla 1. Resumen de la fase Diseñar Prototipos»



### Paso previo

Revisar los principales resultados de la fase de *exploración y diagnóstico*

#### HERRAMIENTAS

[Investigación de escritorio inicial](#)

[Objetivos y preguntas de investigación primaria](#)

[Plan de investigación primaria](#)

[Perfil de comportamiento](#)

[Mapa y diagnóstico del comportamiento](#)

[Matriz de viabilidad-impacto](#)

Traducir las perspectivas clave de la fase de *exploración y diagnóstico* en indicaciones prácticas. Utilizar estas preguntas y diferentes marcos para generar una amplia gama de ideas basadas en el comportamiento.

#### HERRAMIENTAS

[Sugerencias para la ideación](#)

[Generación de ideas](#)

Aplique criterios claros, como la viabilidad, el impacto, la escalabilidad y la ética, para identificar las ideas más prometedoras para crear prototipos.

#### HERRAMIENTAS

[Priorización de ideas](#)

[Lista de verificación ética](#)

Dar vida a las ideas seleccionadas mediante la creación de prototipos que se probarán con los usuarios para recabar comentarios iniciales.

#### HERRAMIENTAS

[Esquema del prototipo](#)

[Guía para la discusión sobre el prototipo](#)

[Síntesis del prototipo](#)

Perfeccionar la intervención basándose en las experiencias de los usuarios y trazar un mapa de cómo y por qué se espera que conduzca a los resultados de comportamiento deseados, e influir en la declaración de resultados.

#### HERRAMIENTAS

[Teoría de cambio](#)

## Errores comunes

Hay trampas comunes que pueden descarrilar el trabajo basado en el comportamiento. A lo largo de la fase de creación de prototipos, vale la pena tener en cuenta estos posibles problemas:

- **Confiar en enfoques familiares en lugar de en la creación de prototipos reales.** En las ciencias del comportamiento, es fácil recurrir por defecto a intervenciones bien conocidas, como recordatorios, mensajes genéricos sobre normas sociales o campañas de comunicación basadas en encuestas KAP (conocimientos, actitudes y prácticas). Si bien estos enfoques pueden generar perspectivas útiles o aumentar la visibilidad, es posible que no aborden los factores impulsores conductuales más profundos descubiertos durante la investigación. Los prototipos eficaces deben basarse en barreras y facilitadores reales, como las rutinas de los cuidadores, las realidades del sistema sanitario o las normas sociales, e ir más allá de los mensajes para lograr un cambio de comportamiento significativo.
- **Tratar la ideación como un lienzo en blanco.** Si bien la creatividad es esencial, la ideación sin una lluvia de ideas estructurada puede derivar en ideas poco prácticas o desalineadas. Las intervenciones tienen más probabilidades de éxito cuando se basan en evidencias de comportamiento y responden a barreras específicas y diagnosticadas. Por ejemplo, diseñar una aplicación digital puede parecer innovador, pero si el acceso a Internet es limitado o la posesión de dispositivos es baja, la idea no será eficaz. Del mismo modo, proponer sesiones educativas grupales con los cuidadores puede no dar en el blanco si las normas desalientan el debate público sobre las decisiones relativas a los niños.
- **Encontrar el equilibrio.** La clave está en lograr un equilibrio: basar las intervenciones en evidencias empíricas sobre el comportamiento y en el conocimiento local, sin dejar de estar abiertos a soluciones creativas y específicas para cada contexto. La estructura no frena la innovación, sino que la enfoca. Del mismo modo, la adaptación no significa descartar herramientas probadas, sino adaptarlas a la realidad de las personas a las que se quiere ayudar.
- **Saltarse las pruebas a pequeña escala.** Lanzarse al terreno sin detenerse a recabar opiniones iniciales o sin tener en cuenta las aportaciones de los implicados puede dar lugar a decisiones de diseño que luego sean difíciles de revisar. La creación de prototipos ayuda a sacar a la luz la confusión, las fricciones o los efectos no deseados antes de invertir más en el proceso. Realizar pruebas tempranas, frecuentes y, cuando sea posible, económicas, ayuda a mejorar las ideas mientras aún son flexibles.
- **Tratar la equidad como una simple lista de verificación.** Incluso las intervenciones bien intencionadas pueden causar daño si no se diseñan y prueban con cuidado. Las ideas basadas en el comportamiento suelen interactuar con las emociones, las identidades y las experiencias de las personas, lo que conlleva una gran responsabilidad. Aplicar la equidad como lente a lo largo del proceso de ideación significa preguntarse continuamente: ¿Quién podría quedar excluido? ¿Quién podría sentirse juzgado o incómodo? ¿Podría esta intervención reforzar involuntariamente el estigma o suponer una carga para los grupos vulnerables? La equidad es fundamental para garantizar que las soluciones que se desarrollan sean justas, inclusivas y verdaderamente beneficiosas para las comunidades a las que pretenden servir.

## ESTUDIO DE CASO:

# El caso del aumento de la vacunación infantil en el Líbano

En el Líbano, el aumento de los niveles de pobreza y la llegada de más de un millón de refugiados crearon una presión significativa sobre el sistema de inmunización del país. A pesar del lanzamiento de un programa de inmunización acelerada destinado a ampliar el acceso a las vacunas gratuitas a través de la divulgación comunitaria, la aceptación siguió siendo baja en varios distritos, especialmente entre la población refugiada y de bajos ingresos. En respuesta a ello, un equipo multidisciplinario de Nudge Lebanon, UNICEF y el Ministerio de Salud Pública (MoPH) se reunió para comprender mejor los factores de comportamiento y contextuales que contribuían a las bajas tasas de retorno de la vacunación infantil.

Como parte de la fase de *Definición*, el equipo utilizó los datos disponibles del programa para trazar un mapa de la cobertura de vacunación en todas las regiones e identificó los distritos con menor aceptación. Se centraron en las poblaciones vulnerables, incluidos los asentamientos informales de tiendas de campaña y las comunidades con pocos recursos, y colaboraron con socios locales para comprender el sistema más amplio que rodea la inmunización infantil. Mediante el mapeo de los actores clave y ejercicios de identificación de las causas fundamentales, identificaron los vacíos, no solo en el acceso, sino también en el seguimiento por parte de los cuidadores y la preparación de las clínicas.

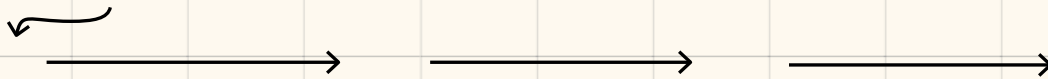
En la fase de *Exploración y Diagnóstico*, el equipo llevó a cabo un trabajo de campo en profundidad utilizando herramientas de las ciencias del comportamiento. A través de entrevistas con cuidadores, proveedores de atención médica y trabajadores sociales, junto con la observación de visitas domiciliarias, trazaron el recorrido de los cuidadores y descubrieron puntos críticos de abandono del comportamiento. Los cuidadores no

se oponían necesariamente a la vacunación, pero las necesidades diarias de supervivencia a menudo dificultaban el regreso a la clínica. Entre las barreras se encontraban el olvido de las citas, la sobrecarga cognitiva y la falta de claridad en las instrucciones. Estas perspectivas ayudaron al equipo a identificar dónde se producía la ruptura del comportamiento.

Una vez identificadas las principales barreras del comportamiento que impedían a los cuidadores acudir a tiempo a la siguiente cita de vacunación de sus hijos, el equipo generó preguntas estructuradas del tipo «¿cómo podríamos?» y realizó una lluvia de ideas para encontrar una serie de soluciones creativas y basadas en el comportamiento. Tras aplicar criterios de priorización y éticos, destacó una idea: una sencilla tarjeta de cita en papel diseñada para recordar a los cuidadores la siguiente visita de sus hijos de una manera clara y tangible.

La intervención se desarrolló como un prototipo de baja fidelidad y se probó mediante ensayos informales con los cuidadores en las clínicas locales. Se recopiló información utilizando una guía estructurada, que reveló qué elementos funcionaban y cuáles debían mejorarse. Basándose en esta información, el equipo perfeccionó el diseño antes de seleccionarlo para su implementación y evaluación.

**\*Nota:** Aunque se trata de un proyecto real que siguió un proceso muy similar al de DEPTHS, hubo algunas herramientas del kit que el equipo del proyecto no aplicó durante la implementación. En esos casos, hemos vuelto atrás y hemos aplicado retrospectivamente las herramientas utilizando datos reales del proyecto para ilustrar cómo habrían sido si se hubieran utilizado en ese momento.



## PASO 1:

# Idear y cocrear intervenciones

### En este paso:

Este paso conecta las perspectivas descubiertas en la fase de Exploración y Diagnóstico con el desarrollo de ideas de intervención concretas, utilizando dos herramientas principales.

La hoja de trabajo [de sugerencias para la ideación](#) ayuda a formular preguntas «¿Cómo podríamos?» basadas en las evidencias previas tanto en el trabajo de campo como en la investigación de escritorio. Estas preguntas sirven de estímulo para traducir los hallazgos clave en oportunidades viables, lo que ayuda a canalizar el pensamiento creativo hacia ideas de intervención prácticas y comprobables, en consonancia con las experiencias vividas por los usuarios.

### Herramientas asociadas:

- [Sugerencias para la ideación](#)
- [Generación de ideas](#)

La hoja de trabajo [para la generación de ideas](#) fomenta el pensamiento creativo y estratégico al ayudar a generar ideas innovadoras y significativas. Esta herramienta presenta ejercicios de lluvia de ideas, junto con orientación para seleccionar los ejercicios más adecuados para el contexto específico.

## Por qué es importante:

Este paso ayuda a evitar precipitarse en la búsqueda de soluciones. En cambio, la combinación de perspectivas del comportamiento con la experiencia vivida y la

exploración creativa aumenta las posibilidades de generar intervenciones innovadoras, viables, aceptables y eficaces para impulsar un cambio en el mundo real.

## Cómo hacerlo:

### 1. Convierta las perspectivas del comportamiento en ideas a través de preguntas «¿Cómo podríamos?»

Utilice la hoja de trabajo «[Sugerecias para la ideación](#)» para traducir las conclusiones clave de las dos primeras fases en preguntas «¿Cómo podríamos?» prácticas y centradas en las oportunidades que puedan dar lugar a soluciones creativas y relevantes a nivel local:

- a. Comience por revisar las perspectivas clave de las fases *Definir* y *Explorar*, y *Diagnosticar*, para recordar mejor los matices del contexto en cuestión. En particular:
  - **Los resultados deseados y los puntos de apalancamiento** ([Lienzo del proyecto](#) y [Mapa del sistema](#)).
  - **Intervenciones anteriores cubiertas por la investigación de escritorio:** cualquier esfuerzo o programa relevante identificado a través de la investigación de escritorio inicial, que pueda ofrecer lecciones o puntos de partida para el diseño de la intervención.

- **Actores, comportamientos y microcomportamientos:** las personas específicas a las que queremos apoyar y los comportamientos que queremos cambiar ([Perfiles de comportamiento](#)<sup>1</sup> o [Mapa y diagnóstico del comportamiento](#)).
- **Oportunidades conocidas:** puntos de abandono, barreras de comportamiento y factores facilitadores identificados durante el [mapa y diagnóstico del comportamiento](#) y priorizados mediante la [matriz de viabilidad-impacto](#).
- **Puntos de datos y citas:** Las citas revelan cómo piensa, siente y habla la gente sobre un tema. Por ejemplo, un cuidador podría decir: «*Me dijeron que siguiera tomando la medicina para la tuberculosis, pero me marea y no puedo trabajar cuando la tomo*». Esto pone de relieve las barreras relacionadas con los efectos secundarios y las presiones económicas que las encuestas pueden pasar por alto. Por su parte, los puntos de datos

<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
<b>Población de interés</b> <i>¿De quién es el comportamiento que queremos cambiar?</i>	<b>Microcomportamientos a modificar</b> <i>¿Qué microcomportamientos del "Mapa de comportamientos" deben modificarse?</i>	<b>Barreras / facilitadores</b> <i>¿Cuáles son las barreras y/o los facilitadores abordados para lograr un cambio de comportamiento?</i>	<b>Información adicional</b> <i>¿Qué citas y datos podrían ser útiles para recapitular?</i>

<sup>1</sup> Si no se ha completado el perfil de comportamiento, se puede extraer del lienzo del proyecto de la fase de *Definición*.

validan y cuantifican estos patrones. Por ejemplo, los registros clínicos que muestran interrupciones frecuentes del tratamiento confirman el reto descrito en las entrevistas.

b. Utilizando la hoja de trabajo «[Generación de ideas](#)», anote los datos clave necesarios para formular las preguntas. Estos incluyen cuatro componentes clave:

- **Población de interés:** Comience por identificar el grupo o individuo cuyo comportamiento pretende influir la intervención, utilizando los resultados de las fases anteriores. Las poblaciones pueden definirse por su función (por ejemplo, cuidadores, trabajadores sanitarios, maestros), etapa de la vida (por ejemplo, nuevos padres, adolescentes) o contexto (por ejemplo, poblaciones desplazadas, residentes rurales). También pueden incluirse factores demográficos relevantes, como la edad, el género o la situación socioeconómica.
- **Microcomportamiento que se desea cambiar:** Identifique el microcomportamiento específico que se espera que la población de interés adopte o modifique (tal y como se identifica en el Mapa y Diagnóstico del Comportamiento). Por ejemplo, si el objetivo general de cambio de comportamiento es que los cuidadores completen los calendarios de vacunación rutinaria de sus hijos, un microcomportamiento objetivo podría ser *volver para recibir la segunda dosis de la vacuna*. Otros ejemplos de microcomportamientos son:

- Si el objetivo general de cambio de comportamiento es la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, el microcomportamiento podría ser *iniciar la lactancia materna en la primera hora después del nacimiento*.
  - Si el objetivo general de cambio de comportamiento es garantizar que todos los niños se matriculen en la escuela a tiempo, el microcomportamiento podría ser *completar los trámites de inscripción escolar*.
- **Barreras y facilitadores:** Enumere los factores clave que ayudan o dificultan el microcomportamiento de interés, basándose en el mapa y diagnóstico del comportamiento y en las barreras priorizadas identificadas en la matriz de viabilidad-impacto. Estas barreras o facilitadores, alineados con el Modelo COM-B, deben estar relacionados con la capacidad (por ejemplo, capacidad: falta de conocimientos o habilidades), la motivación (por ejemplo, creencias y valores) y la oportunidad (por ejemplo, acceso a servicios o falta de apoyo social). Consulte la fase Explorar y Diagnosticar para obtener más información sobre cómo utilizar el COM-B para diagnosticar barreras y facilitadores.
  - **Información adicional:** Utilice citas, datos o detalles contextuales de la investigación de escritorio o del mapa y diagnóstico del comportamiento para basar este paso en experiencias reales. Estos detalles pueden inspirar ideas para la pregunta «¿cómo podríamos?» y mantener el

Cómo podríamos + **C** abordar las barreras/apalancar los facilitadores + para **A** la población de interés + de modo que **B** el microcomportamiento cambie

proceso conectado con lo que las personas han dicho, hecho o sentido realmente, en lugar de basarse en suposiciones.

- c. A continuación, tome estos componentes clave y conviértalos en preguntas «¿Cómo podríamos?» bien estructuradas.

Para generar estas preguntas, se recomienda la siguiente estructura:

**¿Cómo podríamos + (barrera abordada o facilitador aprovechado) + para (población de interés) + de modo que (el microcomportamiento cambie)?**

Esta estructura es solo una guía. La redacción se puede adaptar, siempre y cuando se incluyan los elementos esenciales. Ejemplos de preguntas «¿Cómo podríamos?» en diferentes temas son:

- ¿Cómo podríamos reducir las dificultades de los cuidadores de zonas remotas para llegar a la clínica, de modo que completen el calendario de vacunación de sus hijos?
- ¿Cómo podríamos aumentar el valor percibido de la asistencia a la escuela para las adolescentes de las comunidades pastorales, para que asistan a la escuela con regularidad?
- ¿Cómo podríamos reforzar la confianza en los sistemas de denuncia de las mujeres que viven en asentamientos informales, para que denuncien los incidentes de abuso cuando se produzcan?

- ¿Cómo podríamos simplificar el proceso de registro de nacimientos para los padres primerizos, de modo que registren a sus hijos en el primer mes?
- ¿Cómo podríamos reducir el miedo al juicio de sus compañeros en los adolescentes varones, para que estén más dispuestos a buscar apoyo en materia de salud mental?

También es importante recordar que no existe una única versión «correcta» de una pregunta «¿Cómo podríamos?». De hecho, es útil generar varias opciones (al menos cuatro) para explorar diferentes ángulos. Por ejemplo:

- Una versión podría abordar una barrera (por ejemplo, reducir el miedo).
- Otra podría centrarse en un facilitador (por ejemplo, fortalecer el apoyo de los compañeros).
- Algunas podrían centrarse en el usuario principal (por ejemplo, los cuidadores), mientras que otras se dirigirían a personas influyentes clave (por ejemplo, los trabajadores sanitarios).

## 2. Generar ideas de intervención

Generar ideas sólidas para la intervención no consiste en encontrar una única respuesta «correcta», sino que se trata de un proceso creativo e iterativo sin un enfoque único válido para todos los casos. La hoja de trabajo [para la generación de ideas](#) proporciona un conjunto de actividades estructuradas y manejables para guiar este proceso.

Siempre que sea posible, se recomienda realizar sesiones de lluvia de ideas presenciales con miembros de la comunidad, actores clave internos o miembros del equipo

del proyecto. Estas sesiones pueden fomentar un debate más rico, una relación más sólida y una colaboración más dinámica. Cuando no sea posible la participación presencial, se pueden realizar talleres virtuales utilizando herramientas colaborativas como Miro o Mural para simular un entorno interactivo. Si se planifican y facilitan talleres a distancia, puede ser útil contar con facilitadores expertos especializados en la generación virtual de ideas.

### 2.1. Sesiones presenciales de lluvia de ideas con la comunidad

Comience organizando sesiones de lluvia de ideas para generar ideas de intervención temprana. Este paso garantiza que las soluciones se basen en perspectivas diversas desde el principio, especialmente las de las personas más afectadas por el reto del comportamiento. Se recomienda dividir la lluvia de ideas en dos etapas:

- **Etapas:**
  - **Etapas:**
    - **Etapas:**

### Generación de ideas 1A: Sesión de lluvia de ideas

Utilice esta hoja de trabajo para guiar una sesión de lluvia de ideas con su equipo o una sesión de cocreación con miembros de la comunidad y personas con experiencia vivida. Concéntrese en sacar a la luz pequeños comportamientos, desafíos e ideas prácticas mediante actividades prácticas, visuales y abiertas.

#### Preparación

*Pasos para preparar la sesión de cocreación.*

- Lluvia de ideas: Invita a algunos colegas a participar. La diversidad es buena, queremos perspectivas diferentes.
- Cocreación: Invite a 4-8 personas de la comunidad
- Planifica 60-90 minutos
- Elige un espacio cómodo e inspirador

#### Consejos para la lluvia de ideas

*Ten en cuenta lo siguiente*

- Fija un cronómetro: 15-20 minutos por tema de HMW.
- Trae ejemplos reales, accesorios, estímulos visuales o historias.
- Utiliza notas adhesivas y rotuladores. Escribe una idea por nota adhesiva.
- No fuerces las ideas, deja que la gente reflexione y entre en calor.
- No juzgues las ideas demasiado pronto. Atrévete, perfecciona después.
- Capta las ideas con dibujos o citas directas.
- Basarse en las ideas de los demás: utilizar "sí, y...". Tratar todas las aportaciones como valiosas, aunque sean difíciles o contradictorias.

#### Cómo podríamos...

*Utiliza las HMW desarrolladas en la actividad anterior. Durante la sesión, realiza una actividad diferente para cada HMW.*

#### Actividad de lluvia de ideas

*Utiliza técnicas interactivas de lluvia de ideas para que los participantes piensen en soluciones.*

##### Tarjetas de solución

Reparte tarjetas que digan: "Sería más fácil si..." y deja que los participantes terminen la frase de la idea.

##### Dibuja la idea

Pide a los participantes que dibujen lo que podría hacerlo más fácil, más claro o más acogedor. No se necesitan conocimientos artísticos.

##### Sí, y...

Empieza con una idea y, a continuación, ve añadiendo "Sí, y..." para completarla.

##### Representalo

Pida a los participantes que representen lo que está ocurriendo y, a continuación, "repítalo" con un pequeño cambio.

##### Mezclar y combinar

Muestra folletos, carteles o herramientas utilizados en el pasado y pregunta: "¿Qué cambiarías o combinarías para mejorar esto?".

##### Ladrillo a ladrillo

Empiece con la pregunta: "¿Qué pequeña cosa podría ayudar?". Escribe cada respuesta en una nota adhesiva y apílalas como si fueran bloques de construcción.

como la hoja de trabajo «¿Cómo podríamos?» y vuelva a examinar el mapa y diagnóstico del comportamiento para basar la lluvia de ideas en evidencia.

- **Etapa 2: Cocreación con las comunidades y las partes interesadas.** Después de enmarcar el desafío y explorar las primeras ideas, amplíe el proceso para incluir a los miembros de la comunidad, los trabajadores de primera línea u otros actores clave. Las sesiones pueden realizarse por separado o en grupos mixtos, dependiendo del contexto, y deben diseñarse para que todos los participantes se sientan cómodos contribuyendo. Entre las estrategias prácticas para fomentar la participación se incluyen:
  - **Empezar por lo sencillo.** Utilizar rompehielos de bajo riesgo, como calcomanías en una imagen para mostrar sentimientos o un boceto rápido de una rutina diaria. Estas tareas calientan al grupo y reducen el miedo a «equivocarse».
  - **Utilizar el idioma local y los formatos culturales.** Lleve a cabo los debates en el idioma con el que los participantes se sientan más cómodos y utilice modos de expresión familiares (juegos de rol, narración de historias, canciones) para que la participación sea natural.
  - **Establecer reglas básicas de forma clara y visual.** Crear reglas de forma conjunta (por ejemplo, «solo habla una persona a la vez», «todas las ideas son válidas») y mantenerlas visibles para reforzar la seguridad y el respeto.
  - **Gestionar activamente las dinámicas de poder.** Diseñe actividades que creen un espacio para las voces más tranquilas o menos poderosas. Por ejemplo, comience con debates en grupos pequeños o por parejas antes de pasar al pleno, o rote a las personas que presentan ideas para que los jóvenes o las voces marginadas puedan tomar la iniciativa. Cuando sea apropiado, considere la posibilidad de realizar sesiones separadas para que los participantes puedan hablar más abiertamente sin la presión de los demás.
  - **Ofrecer múltiples formas de contribuir.** Proporcione materiales como tarjetas, notas adhesivas u objetos para que los participantes puedan escribir, dibujar o colocar ideas en lugar de hablar en voz alta, dando opciones a aquellos que se sienten menos cómodos hablando en grupo.

- **Modelar la apertura.** Los facilitadores pueden compartir una historia o admitir que no saben una respuesta para indicar que la vulnerabilidad es bienvenida y que la honestidad es segura.

La cocreación funciona mejor cuando las personas se sienten iguales, respetadas y seguras para compartir sus ideas. El papel del facilitador no es dar respuestas, sino crear las condiciones para que todos los participantes puedan colaborar, aprovechar las perspectivas de los demás e imaginar nuevas posibilidades. Para facilitar la cocreación, siga las siguientes pautas:

- a. Elija tres o cuatro preguntas «¿Cómo podríamos?» concretas de la hoja de trabajo de sugerencias para la ideación para guiar la sesión.
  - Escriba cada pregunta «¿Cómo podríamos?» claramente en un póster o una hoja de rotafolio separada. Colóquelas por la sala, dejando espacio para la generación de ideas.
  - Entregue a los participantes una pila de notas adhesivas y marcadores.
- b. Fomente la curiosidad, la escucha activa y la colaboración para que los participantes se sientan libres de contribuir sin ser juzgados. Introduzca reglas sencillas como el pensamiento «sí, y...», en el que los participantes se basan en las ideas de los demás, en lugar de descartarlas. Recuerde al grupo que ninguna idea es demasiado pequeña o descabellada: muchas de las intervenciones más sólidas surgen de la combinación de lo familiar con lo inesperado.
- c. Aporte perspectivas clave de la investigación y ayudas que puedan ayudar a generar ideas para intervenciones y guiar el debate. Los elementos visuales, como los mapas o perfiles de comportamiento, pueden ser útiles, ya que a menudo revelan dónde se necesita más apoyo, mientras que las citas y las observaciones de campo pueden inspirar soluciones creativas basadas en retos y momentos reales.

- d.** Comience a facilitar la sesión de generación de ideas centrándose en una pregunta «¿Cómo podríamos?» cada vez. Invite a los participantes a compartir sus ideas verbalmente o a escribirlas individualmente, cualquier cosa que pueda ayudar a abordar la pregunta. Anote una idea por cada nota adhesiva, ya sea aportada en voz alta o escrita directamente por los participantes.
- e.** Alterne las preguntas. Después de unos 10-15 minutos de lluvia de ideas para la primera pregunta, pase a la siguiente pregunta «¿cómo podríamos?» y repita el proceso. Continúe hasta que los participantes hayan tenido la oportunidad de aportar ideas de intervención para cada pregunta.
- f.** Para ayudar a los participantes a generar ideas más fácilmente, especialmente a aquellos que no saben por dónde empezar, los facilitadores pueden introducir las siguientes actividades, diseñadas para desbloquear la creatividad y el pensamiento innovador en torno a las preguntas «¿Cómo podríamos?». Estas actividades pueden rotarse entre las preguntas o configurarse como estaciones alrededor de la sala para que los participantes las exploren.
- g.** Cada póster de «¿Cómo podríamos?» tendrá ahora un conjunto de notas adhesivas debajo, creando un conjunto visual y participativo de conceptos de intervención temprana. Documente los resultados en una hoja de cálculo o documento. Para cada idea, anote:
- En qué consiste la idea
  - A qué pregunta «¿Cómo podríamos?» responde la idea
  - Con qué barrera de comportamiento, facilitador o idea está relacionada, o qué barrera aborda la idea
  - El valor que la comunidad percibe en la idea
  - Cualquier cita u observación que ilustre por qué la idea es importante

Por ejemplo, si una idea es «enviar recordatorios por SMS», esto podría respaldarse con una cita de un participante, como «*A menudo olvido las citas a menos que alguien me las recuerde el día anterior*». O, si la idea es «*trasladar el registro al mercado*», esto podría relacionarse con una observación de que las madres mencionaban constantemente que pasaban por el mercado todos los días, mientras que rara vez iban a la clínica. Capturar este contexto preserva el razonamiento detrás de las ideas, lo que facilita detectar patrones o grupos al refinarlas más adelante.

TABLA 2. ACTIVIDADES DE LLUVIA DE IDEAS

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	ÚTIL PARA	INSTRUCCIONES
<b>Tarjetas para solucionar problemas</b>	Los participantes completan la frase «El comportamiento sería más fácil si...» para identificar cambios sencillos y prácticos que podrían eliminar barreras o hacer que un comportamiento sea más factible. Esta actividad ayuda a sacar a la luz ideas de bajo esfuerzo y alto impacto basadas en las experiencias reales de los participantes.	Desglosar las barreras en soluciones viables, especialmente para aquellos menos familiarizados con la lluvia de ideas formal.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Distribuya tarjetas o notas adhesivas.</li> <li>2. Pida a los participantes que completen la frase: «El comportamiento sería más fácil si...».</li> <li>3. Comparta y agrupe las sugerencias similares.</li> </ol>
<b>Dibuje la idea</b>	Los participantes dibujan imágenes sencillas para comunicar sus ideas. No se necesitan habilidades artísticas.	Involucra a los participantes que piensan mejor de forma visual o que tienen un nivel de alfabetización más bajo.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reparta papel o notas adhesivas.</li> <li>2. Pregunte: «¿Qué podría ayudar a que esto fuera más fácil?».</li> <li>3. Invite a hacer bocetos rápidos.</li> <li>4. Pídales que describan su idea con sus propias palabras.</li> </ol>
<b>Sí, y...</b>	Los participantes desarrollan las ideas de forma colaborativa, animando a todos a aportar sus ideas.	Generar energía y sentido de pertenencia al grupo, o ampliar las ideas iniciales para convertirlas en conceptos más ricos.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Empieza con una idea.</li> <li>2. Cada persona añade algo con «Sí, y...».</li> <li>3. Crea una cadena de sugerencias.</li> <li>4. Captura la idea en evolución.</li> </ol>
<b>Representa la situación</b>	Los participantes representan lo que ocurre ahora y lo que podría ocurrir con un pequeño cambio.	Prueba el realismo y la respuesta emocional, o involucra a los alumnos cinestésicos.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elija un escenario de la vida real.</li> <li>2. Representa la experiencia actual.</li> <li>3. Repítelo con una pequeña mejora.</li> <li>4. Reflexione en grupo.</li> </ol>
<b>Remix y Match</b>	Los participantes revisan ejemplos reales de materiales anteriores.	Estimular el pensamiento de rediseño, especialmente para los cuidadores o trabajadores familiarizados con los materiales locales.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Muestre carteles, folletos o herramientas.</li> <li>2. Pregunte: «¿Qué cambiarían o combinarían?».</li> <li>3. Anime a realizar ajustes o combinaciones.</li> <li>4. Haga un boceto o describa la nueva versión.</li> </ol>
<b>Ladrillo a ladrillo</b>	Los participantes aportan pequeñas ideas que se convierten en una solución más grande.	Ayudar a los grupos que tienen dificultades para pensar en grande, además de promover la inclusión.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pregunte: «¿Qué pequeña cosa podría ayudar?».</li> <li>2. Escriba una idea por cada nota adhesiva.</li> <li>3. Apílelas u órdenelas visualmente.</li> <li>4. Revise y elabore un concepto.</li> </ol>

## 2.2. Actividad opcional de lluvia de ideas para refinar las ideas: [Sesión avanzada de lluvia de ideas](#)

Como extensión opcional de la sesión de cocreación, la técnica **de Provocaciones de Diseño** ayuda a reforzar las ideas animando a los equipos a replantearse cómo podría funcionar o experimentarse una intervención. Resulta especialmente útil cuando las ideas iniciales parecen demasiado obvias o incompletas.

Las provocaciones de diseño utilizan preguntas del tipo «¿qué pasaría si...?» para revisar las ideas existentes con una nueva perspectiva. El objetivo no es sustituir los conceptos anteriores, sino profundizar en ellos, adaptarlos o transformarlos en soluciones más sólidas, innovadoras y adecuadas al contexto.

- a. Comience por revisar la tabla creada al final de la sesión de cocreación, que vincula cada idea con su pregunta «¿cómo podríamos?» original.
- b. A continuación, elija las preguntas provocadoras y aplíquelas a cada idea para ver cómo podría evolucionar. La tabla 3 proporciona una lista de preguntas provocadoras, junto con ejemplos concretos que muestran cómo las ideas pueden evolucionar hacia diseños más relevantes.

### (Opcional) **Generación de ideas 1B: Sesión avanzada de lluvia de ideas**

Utilice esta hoja de trabajo si su equipo se siente cómodo con el pensamiento de diseño: incluye indicaciones más avanzadas para llevar más lejos la lluvia de ideas.

#### **Sugerencias avanzadas para lluvias de ideas**

*Utilice estas provocaciones de diseño para llevar sus ideas más lejos. Están pensadas para refinar, replantear o mejorar las ideas existentes desafiando suposiciones, fomentando nuevas perspectivas y ayudando al equipo a explorar posibilidades pasadas por alto.*

##### **Cambiar el tono**

¿Cómo se sentiría la idea si se presentara de una forma más lúdica, festiva, urgente o calmada?

##### **Reconfigura la idea**

¿Qué pasaría si cambiáramos la forma de realizar la intervención? ¿Podríamos simplificarla, eliminar un paso o ajustar la secuencia?

##### **Cambiar las limitaciones**

¿Qué haríamos si no tuviéramos presupuesto, tecnología o tuviéramos que escalar rápidamente?  
¿Cómo podríamos adaptar la idea para que funcionara?

##### **Cambiar la perspectiva**

¿Cómo podría percibirse esta intervención desde el punto de vista de un cuidador, un adolescente o un trabajador sanitario? ¿Qué notarían, necesitarían o cuestionarían?

##### **Cambiar los sentidos**

¿Cómo podríamos utilizar el tacto, el sonido, el color o el movimiento para hacer la idea más atractiva y fácil de recordar?

##### **Cambiar el escenario**

¿Y si la idea tuviera que funcionar en un lugar totalmente distinto, como un espacio compartido abarrotado, una casa o en movimiento? ¿Qué tendría que cambiar?

TABLA 3. PREGUNTAS PROVOCADORAS DE DISEÑO

PROVOCACIÓN	PREGUNTA	ÚTIL PARA	EJEMPLO: IDEA ORIGINAL	EJEMPLO: IDEA REDISEÑADA
<b>Cambiar el tono</b>	¿Y si la idea fuera más divertida, festiva, urgente o tranquilizadora?	Hacer que la idea resulte más emotiva o se ajuste mejor a los valores del público	Una tarjeta sencilla con la fecha de la cita para la vacuna	Una alegre tarjeta «Héroe de la vacuna» con un lenguaje festivo y una calcomanía para el niño
<b>Reconfigurar la idea</b>	¿Y si lleváramos a cabo la intervención de otra manera? ¿Podríamos cambiar el orden, eliminar un paso o simplificarla?	Simplificar la entrega o reducir las barreras logísticas	Recordatorio por mensaje de texto enviado dos días antes de la cita	Un recordatorio físico entregado en la última cita, adjunto al cuaderno de salud del niño para que sea visible en todo momento.
<b>Cambiar las limitaciones</b>	¿Qué pasaría si no tuviéramos dinero, ni tecnología, o tuviéramos que hacer ampliación rápidamente? ¿Cómo nos adaptaríamos?	Adaptar las ideas a entornos con pocos recursos o en rápida ampliación	Un sistema digital de recordatorios de citas	Los trabajadores sanitarios utilizan anuncios en la radio comunitaria para recordar a los cuidadores las próximas jornadas de vacunación.
<b>Cambiar de perspectiva</b>	¿Qué pasaría si un cuidador experimentara esta intervención? ¿Qué tendríamos que tener en cuenta? ¿Y un adolescente? ¿Un trabajador sanitario?	Garantizar que las ideas se centren en el usuario y tengan en cuenta las diferentes necesidades y experiencias	Una sesión educativa grupal sobre los calendarios de vacunación	Las madres comparten sus propias historias sobre sus experiencias con la vacunación en pequeñas conversaciones informales
<b>Cambiar los sentidos</b>	¿Qué pasaría si utilizáramos el tacto, el sonido, el color o el movimiento para que la idea fuera más memorable?	Hacer que las ideas sean más atractivas y accesibles, especialmente para los niños o las poblaciones con bajo nivel de alfabetización.	Folleto impreso sobre inmunización que se entrega en la clínica	Un póster mural colorido e ilustrado con marcadores móviles de dosis de vacunas colocado en las salas de espera.

## (Opcional) Generación de ideas 2: Localización de evidencia pasada

Utilice esta hoja de trabajo para refinar las ideas existentes.

<p><b>Cómo podríamos...</b></p> <p><i>Recurra a las HMW elaboradas anteriormente y utilícelas para orientar la búsqueda de intervenciones pasadas o evidencias existentes que puedan ayudar a responder a estas preguntas.</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>Buscar y adaptar evidencias e intervenciones pasadas</b></p>		
	<p><b>Intervención</b></p> <p><i>Recopilar ejemplos pertinentes de la investigación documental de Explorar y diagnosticar y de fuentes adicionales.</i></p>	<p><b>Detalle de intervenciones anteriores</b></p> <p><i>¿Qué comportamiento intentaba cambiar la intervención y de quién? ¿Cuáles eran las barreras y los mecanismos de la intervención? ¿Cuáles fueron los resultados?</i></p>	<p><b>Adaptación</b></p> <p><i>¿Cómo podría adaptarse esta intervención al proyecto? ¿Qué supuestos o puntos ciegos podría conllevar?</i></p>

### 2.3. Actividad opcional de generación de ideas: [localización de evidencia anteriores](#)

Las ideas sólidas no siempre tienen que partir de cero. En muchos casos, se han abordado retos del comportamiento similares en otros lugares, y estos programas, estudios o intervenciones existentes pueden servir de inspiración. Esta actividad revisa las evidencias para ver si los enfoques probados pueden adaptarse al reto actual. Esto podría incluir:

- Intervenciones documentadas en estudios de investigación o evaluaciones
- Programas implementados en regiones o poblaciones similares
- Estudios de casos de plataformas de evidencia globales o archivos organizativos.
- Perspectivas compartidas por socios ejecutores o asesores técnicos

El objetivo no es copiar, sino identificar las estrategias de comportamiento fundamentales que han funcionado en otros entornos y adaptarlas al contexto local actual. Considere lo siguiente: *¿Qué hizo que la intervención*

*fuera eficaz en otros lugares? ¿Qué habría que cambiar para que funcionara aquí?* Esto resulta especialmente útil cuando se dispone de poco tiempo o recursos, o cuando se parte de éxitos anteriores.

- Comience por revisar las preguntas «¿Cómo podríamos?» y busque intervenciones y evidencias pasadas que puedan ayudar a responderlas.
- Utilice los resultados de la investigación de escritorio inicial realizada en la fase de *Exploración* y *Diagnóstico* para identificar intervenciones anteriores relacionadas con el problema y las barreras de comportamiento. Revise estas evidencias y considere lo siguiente:
  - ¿Qué comportamiento y el de quién intentaba cambiar la intervención?
  - ¿Cuáles eran las barreras y los mecanismos de la intervención?
  - ¿Cuáles fueron los resultados?

c. Reflexione sobre la localización y la adaptación preguntándose:

- ¿Cómo se podría adaptar esta intervención al proyecto?
- ¿Qué suposiciones o puntos ciegos podría conllevar?

Si bien aprovechar y utilizar la evidencia del pasado es un enfoque eficiente y eficaz, también es importante explorar nuevas ideas.

## 2.4. Aplicar un marco de ciencias del comportamiento para perfeccionar las ideas de intervención:

### Marco EAST

Este paso ayuda a garantizar que las ideas de intervención sean creativas y prácticas. La aplicación del Marco EAST es un paso obligatorio en el proceso DEPTHS, ya que permite evaluar y perfeccionar las ideas utilizando principios de las Ciencias del comportamiento. Para equilibrar la creatividad con el rigor, se recomienda realizar al menos dos ejercicios de lluvia de ideas antes de aplicar EAST.

Aunque existen varios marcos de las ciencias del comportamiento, como [MINDSPACE](#) o la [Rueda del Cambio de Comportamiento](#), esta guía de campo utiliza el [Marco EAST](#) por su practicidad y su amplia adopción.

## Generación de ideas 3: Aplicación de las perspectivas del comportamiento a las ideas

Utilice esta hoja de trabajo para añadir perspectivas del comportamiento utilizando el modelo EAST (Fácil, Atractivo, Social, Oportuno) a las ideas generadas en las actividades anteriores para mejorarlas. .

Generación de ideas				
Idea	Hágalo FÁCIL	Hágalo ATRACTIVO	Hágalo SOCIAL	Hágalo OPORTUNO
Describe la idea en una frase	<p>¿Se pueden eliminar o reducir las pequeñas barreras? ¿Se puede hacer que la acción deseada sea la predeterminada? ¿Puede simplificarse el lenguaje o los pasos para reducir el esfuerzo mental? ¿Puede vincularse a una tradición o costumbre local? ¿Pueden dividirse los pasos en acciones más pequeñas?</p>	<p>¿Cómo se puede captar la atención con elementos visuales, colores o urgencia? ¿Se puede despertar un sentimiento de orgullo o identidad? ¿Puede ofrecerse un pequeño regalo intangible? ¿Puede hacerse más interactivo o práctico? ¿Puede utilizarse el arrepentimiento futuro para motivar la acción presente?</p>	<p>¿Podemos demostrar que otros ya lo están haciendo? ¿Puede alguien respetado avalar o demostrar el comportamiento? ¿Puede la gente ver cómo se compara con sus iguales? ¿Puede la gente demostrar respaldar públicamente el comportamiento para que anime a otros a hacer lo mismo?</p>	<p>¿Pueden hacerse más inmediatos o visibles los beneficios? ¿Puede incitarse a la acción cuando la gente está más receptiva? ¿Puede incitarse a la gente a planificar cuándo y cómo actuar? ¿Pueden aprovecharse las nuevas rutinas o transiciones? ¿Se puede hacer hincapié en los plazos o ventanas de tiempo?</p>

## COMPORTAMIENTO DESTACADO: El marco EAST

**E**

Easy

**A**

Attractive

**S**

Social

**T**

Timely

### Acerca del marco

El **marco EAST** fue desarrollado por el Behavioural Insights Team (BIT), también conocido como «Nudge Unit», como una forma práctica y accesible de aplicar las Ciencias del Comportamiento en el diseño de políticas y programas públicos. Sintetiza décadas de investigación en Economía del Comportamiento y Psicología Cognitiva en cuatro principios básicos: fácil, atractivo, social y oportuno. Cada principio se corresponde con una barrera u oportunidad del comportamiento bien documentada, lo que ayuda a los diseñadores a crear intervenciones centradas en las personas y basadas en datos empíricos. EAST es flexible y especialmente útil durante la ideación, la creación de prototipos o la conversión de perspectivas en estrategias.

### Explicación de los cuatro principios

#### FÁCIL

**Barrera abordada:** las personas suelen evitar las tareas que les parecen complicadas, que requieren mucho tiempo o que suponen un esfuerzo mental.

**Comportamiento:** los seres humanos somos ahorradores cognitivos: nuestro cerebro se decanta por defecto por la opción más fácil disponible.

#### Qué hacer:

- Simplificar los pasos, reducir la complejidad y eliminar opciones innecesarias.
- Utilice un lenguaje sencillo e imágenes intuitivas.
- Rellene previamente los formularios o automatice los procesos cuando sea posible.
- Hacer que el comportamiento deseado sea el predeterminado.

**Ejemplo:** En los programas de transferencias de efectivo, el cambio de los vales en papel al dinero móvil facilitó considerablemente el acceso de las familias a las ayudas, eliminando los largos desplazamientos, reduciendo el papeleo y permitiendo recibir y utilizar los fondos con solo unos clics. Un experimento aleatorio realizado en Níger reveló que los hogares que recibían transferencias móviles tenían una mayor diversidad alimentaria y los niños consumían más comidas al día, beneficios que se atribuyen en gran medida al ahorro de tiempo en desplazamientos y esperas, así como a la mayor capacidad de decisión de las mujeres.<sup>2</sup>

#### ATRACTIVO

**Obstáculo abordado:** Los estímulos competitivos y la baja motivación dificultan captar la atención.

**Perspectiva de comportamiento:** Las personas son más propensas a involucrarse en entornos que destacan o que les resultan gratificantes.

#### Qué hacer:

- Utilizar colores, imágenes y señales visuales para que las opciones destaquen.
- Formule los mensajes de manera que resuenen emocionalmente o transmitan un beneficio personal.
- Introduzca pequeños incentivos o compromisos que impulsen la acción.

**Ejemplo:** En las campañas de lavado de manos, pintar huellas brillantes en el suelo que llevaban a los niños desde la letrina hasta la estación de lavado de manos convirtió el comportamiento en una experiencia similar a un juego. Las señales visuales coloridas llamaron la atención de los niños e hicieron que el lavado de manos fuera divertido y gratificante, lo que aumentó su uso constante<sup>3</sup>.

2 Aker, J.C., Boumnijel, R., McClelland, A. and Tierney, N., 2014. *Zap it to me: The short-term impacts of a mobile cash transfer program*. Discussion Paper No. 268. Paris: Agence Française de Développement (AFD). Available at: <https://www.calpnetwork.org/wp-content/uploads/2020/01/zap-26aug2014-1.pdf> [Accessed 2 September 2025].

3 Dreibelbis, R., Kroeger, A., Hossain, K., Venkatesh, M. and Ram, P.K., 2016. *Behavior Change without Behavior Change Communication: Nudging Handwashing among Primary School Students in Bangladesh*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 13(1), p.129

## SOCIAL

**Barrera abordada:** Las personas se ven influenciadas por lo que hacen o creen quienes las rodean.

**Perspectiva de comportamiento:** Las normas sociales, el comportamiento de los compañeros y la identidad grupal influyen considerablemente en las decisiones.

### Qué hacer:

- Hacer que los comportamientos positivos sean visibles y fáciles de identificar.
- Destacar historias de compañeros o miembros de confianza de la comunidad
- Utilizar compromisos grupales, responsabilidad social o recordatorios de los compañeros.

**Ejemplo:** En los programas de educación para niñas en la India, mostrar a los padres historias y carteles de mujeres locales que habían completado con éxito sus estudios cambió la percepción sobre el valor de la educación de las niñas. Los padres se mostraron más dispuestos a apoyar la escolarización de sus hijas, ya que lo consideraban algo habitual y celebrado dentro de su propia comunidad<sup>4</sup>.

## OPORTUNO

**Obstáculo abordado:** incluso con buenas intenciones, las personas suelen retrasar u olvidar actuar.

**Perspectiva de comportamiento:** El momento influye en la disposición y el seguimiento.

### Qué hacer:

- Planificar las intervenciones en torno a momentos clave de decisión o acontecimientos importantes de la vida.
- Enviar recordatorios cerca del momento de la acción.
- Utilizar herramientas de planificación para fomentar el compromiso (por ejemplo, calendarios, recordatorios por SMS).

**Ejemplo:** En Sudán, la integración de los servicios de registro de nacimientos directamente en los centros de salud facilitó a los padres el registro de sus recién nacidos en el momento del parto. Al alinear el servicio con el momento en que los padres ya estaban completando los trámites sanitarios, el registro se hizo inmediato y conveniente. Como resultado, se registraron más de 170,500 recién nacidos en localidades remotas en un solo año.<sup>5</sup>

### Por qué funciona EAST

EAST funciona porque se ajusta a la forma en que las personas toman realmente las decisiones, que a menudo es emocional, habitual y dependiente del contexto, en lugar de racional o lineal. Muchas intervenciones comportamentales fracasan porque dan por sentado que el conocimiento o la concientización conducen automáticamente a la acción. EAST ayuda a contrarrestar esto diseñando para las realidades del comportamiento humano, utilizando pequeños empujones para orientar las elecciones sin coacción.

No es una lista de verificación, sino un enfoque. No todas las intervenciones necesitarán los cuatro principios, pero aplicar al menos uno suele reforzar la idea.

4 Beaman, L., Duflo, E., Pande, R. and Topalova, P., 2012. *Female leadership raises aspirations and educational attainment for girls: A policy experiment in India*. *Science*, 335(6068), pp.582–586.

5 UNICEF, 2016. *Annual Results Report 2016: Health*. New York: UNICEF. Available at: [https://www.unicef.org/media/49126/file/2016arr\\_health.pdf](https://www.unicef.org/media/49126/file/2016arr_health.pdf) [Accessed 2 September 2025].

- a. Revise la hoja de cálculo o la tabla donde se documentaron las ideas de la sesión de lluvia de ideas.
- b. Transfiere las ideas seleccionadas. Si hay muchas, selecciona las más prometedoras y enuméralas (una por fila) en la hoja de trabajo [de EAST](#).
- c. Utilice las indicaciones de EAST como desencadenantes creativos para explorar cómo cada principio de comportamiento podría mejorar la idea. Por ejemplo:
  - **Fácil:** ¿Se pueden simplificar los pasos o vincularlos a rutinas familiares?
  - **Atractivo:** ¿Podrían ayudar los elementos visuales, las recompensas o los llamamientos emocionales?
  - **Social:** ¿Hay alguna forma de mostrar que otras personas también lo están haciendo?
  - **Oportuno:** ¿Estamos captando a las personas en el momento adecuado?
- d. En cada columna EAST de la hoja de trabajo (Hazlo fácil, Hazlo atractivo, Hazlo social y Hazlo oportuno), anote las mejoras, los perfeccionamientos o los giros creativos basados en las indicaciones.
- e. Siempre que sea posible, combine principios y palancas: las ideas sólidas suelen abarcar más de uno. La tabla 5 presenta más orientación sobre cómo aplicar el Marco EAST para mejorar las ideas.

### Generación de ideas 3: Aplicación de las perspectivas del comportamiento a las ideas

Utilice esta hoja de trabajo para añadir perspectivas del comportamiento utilizando el modelo EAST (Fácil, Atractivo, Social, Oportuno) a las ideas generadas en las actividades anteriores para mejorarlas.

Generación de ideas				
Idea	Hágalo FÁCIL	Hágalo ATRACTIVO	Hágalo SOCIAL	Hágalo OPORTUNO
Describe la idea en una frase	¿Se pueden eliminar o reducir las pequeñas barreras? ¿Se puede hacer que la acción deseada sea la predeterminada? ¿Puede simplificarse el lenguaje o los pasos para reducir el esfuerzo mental? ¿Puede vincularse a una tradición o costumbre local? ¿Pueden dividirse los pasos en acciones más pequeñas?	¿Cómo se puede captar la atención con elementos visuales, colores o urgencia? ¿Se puede despertar un sentimiento de orgullo o identidad? ¿Puede ofrecerse un pequeño regalo intangible? ¿Puede hacerse más interactivo o práctico? ¿Puede utilizarse el arrepentimiento futuro para motivar la acción presente?	¿Podemos demostrar que otros ya lo están haciendo? ¿Puede alguien respetado avalar o demostrar el comportamiento? ¿Puede la gente ver cómo se compara con sus iguales? ¿Puede la gente demostrar o respaldar públicamente el comportamiento para que anime a otros a hacer lo mismo?	¿Pueden hacerse más inmediatos o visibles los beneficios? ¿Puede incitarse a la acción cuando la gente está más receptiva? ¿Puede incitarse a la gente a planificar cuándo y cómo actuar? ¿Pueden aprovecharse las nuevas rutinas o transiciones? ¿Se puede hacer hincapié en los plazos o ventanas de tiempo?

**TABLA 4. INDICACIONES PARA LA GENERACIÓN DE IDEAS SIGUIENDO EL MARCO EAST**

CATEGORÍA	MECANISMO DE COMPORTAMIENTO	PREGUNTA	IDEA ORIGINAL	EJEMPLO DE IDEA NUEVA
<b>FÁCIL</b>	Costes de fricción	¿Se pueden eliminar o reducir las pequeñas barreras (por ejemplo, tiempo de desplazamiento, formularios, esperas)?	Organizar jornadas semanales de vacunación en los centros de salud.	Ofrecer clínicas de vacunación móviles cerca de los mercados para reducir el tiempo de desplazamiento y aumentar la comodidad de los cuidadores.
	Valores predeterminados	¿Se puede establecer la acción deseada como predeterminada?	Preguntar a los padres durante las visitas médicas si desean recibir recordatorios sobre las vacunas.	Inscribir automáticamente a los niños en los recordatorios de vacunación rutinaria al registrar su nacimiento, a menos que los padres opten por no participar.
	Reducción de la carga cognitiva	¿Se puede simplificar el lenguaje o los pasos para reducir el esfuerzo mental?	Proporcione una lista impresa con las próximas fechas de vacunación.	Utilice tarjetas de vacunación ilustradas con iconos en lugar de texto para los cuidadores con bajo nivel de alfabetización.
	Alineación cultural	¿Se puede vincular esto a una tradición o costumbre local?	Planifique eventos de vacunación durante las vacaciones escolares.	Programe campañas de vacunación durante los festivales locales en los que ya se reúnen las familias, alineándose con los ritmos de la comunidad.
	Fragmentar la información	¿Se pueden dividir los pasos en acciones más pequeñas?	Distribuir un folleto con toda la información sobre la vacuna.	Entregue a los cuidadores una tarjeta con instrucciones sencillas sobre «qué hacer antes» y «qué esperar después» de la visita para vacunarse.

La tabla continúa en la página siguiente.

**TABLA 4 [CONTINUACIÓN]. INDICACIONES PARA LA GENERACIÓN DE IDEAS SIGUIENDO EL MARCO EAST**

CATEGORÍA	MECANISMO DE COMPORTAMIENTO	PREGUNTA	IDEA ORIGINAL	EJEMPLO DE IDEA NUEVA
<b>ATRACTIVO</b>	Relevancia	¿Cómo se puede captar la atención con elementos visuales, colores o urgencia?	Envíe recordatorios de citas mediante mensajes de texto estándar.	Diseñe tarjetas de citas llamativas y vistosas para las madres, con una cuenta regresiva visual hasta la próxima fecha de vacunación.
	Recompensas emocionales	¿Se puede despertar un sentimiento de orgullo o identidad?	Agradezca verbalmente a los cuidadores después de la vacunación.	Ofrecer a los cuidadores una insignia de «Héroe de la salud» por completar todas las vacunas infantiles, reforzando el orgullo de los padres.
	Reciprocidad	¿Se puede ofrecer un pequeño obsequio intangible?	Dé las gracias después de cada cita de vacunación.	Después de cada visita de vacunación, entregue una calcomanía o una tarjeta de agradecimiento en reconocimiento al compromiso de los cuidadores con la salud infantil.
	Participación experiencial	¿Se puede hacer más interactivo o práctico?	Coloque carteles sobre las vacunas en la sala de espera.	Instale un rincón de juegos sobre vacunas para que los niños reduzcan su miedo y la experiencia les resulte atractiva.
	Arrepentimiento anticipado	¿Se puede utilizar el arrepentimiento futuro para motivar la acción presente?	Informe a los cuidadores sobre la importancia de la vacuna.	Utilice mensajes como «Puede que se arrepienta de no haber vacunado a su hijo hoy: protéjalo ahora» para evocar la emoción anticipada.

La tabla continúa en la página siguiente.

**TABLA 4 [CONTINUACIÓN]. INDICACIONES PARA LA GENERACIÓN DE IDEAS SIGUIENDO EL MARCO EAST**

CATEGORÍA	MECANISMO DE COMPORTAMIENTO	PREGUNTA	IDEA ORIGINAL	EJEMPLO DE IDEA NUEVA
<b>SOCIAL</b>	Normas sociales	¿Podemos mostrar que otras personas ya lo están haciendo?	Anime a los padres a vacunar a sus hijos mediante anuncios.	Comparta datos como «El 85 % de las madres de su comunidad han vacunado a sus hijos este año».
	Efecto mensajero	¿Puede alguien respetado respaldar o demostrar el comportamiento?	Pida a los padres que se animen mutuamente a vacunar a sus hijos.	Haga que líderes religiosos o comunitarios respetados vacunen a sus hijos públicamente y compartan el momento.
	Comparación entre pares	¿Puede la gente compararse con sus pares?	Recuerde a los padres los calendarios de vacunación sistemática.	Envíe a los cuidadores una tarjeta en la que se indique cuántas otras familias de su vecindario han completado las vacunas.
	Prueba social	¿Puede la gente demostrar o respaldar públicamente el comportamiento para animar a otros a hacer lo mismo?	Felicite discretamente a los padres después de la vacunación.	Entregue pulseras de colores cada vez que un cuidador vacune a su hijo para que pueda mostrar su participación a los demás.

La tabla continúa en la página siguiente.

**TABLA 4 [CONTINUACIÓN]. INDICACIONES PARA LA GENERACIÓN DE IDEAS SIGUIENDO EL MARCO EAST**

CATEGORÍA	MECANISMO DE COMPORTAMIENTO	PREGUNTA	IDEA ORIGINAL	EJEMPLO DE IDEA NUEVA
<b>OPORTO</b>	Sesgo actual	¿Se pueden hacer más inmediatos o visibles los beneficios?	Explique que las vacunas previenen enfermedades futuras.	Destaque el alivio inmediato de la protección tras la vacuna (por ejemplo, «Su hijo está protegido hoy, no solo más adelante»).
	Alineación temporal	¿Se puede incitar a la acción cuando las personas son más receptivas?	Envíe recordatorios una semana antes de las citas.	Envíe recordatorios por SMS a primera hora de la mañana, cuando los cuidadores suelen planificar su día.
	Indicaciones de planificación	¿Se puede animar a las personas a planificar cuándo y cómo actuar?	Entregue un documento con los calendarios de vacunación.	Incluya un espacio en blanco en las tarjetas de vacunación para que los cuidadores escriban su propia fecha y hora de recordatorio.
	Momentos de cambio	¿Se pueden aprovechar las nuevas rutinas o transiciones?	Invite a las familias a vacunar a sus hijos en cualquier momento.	Combine el registro de vacunas con la inscripción escolar, cuando las familias ya están pensando en la salud de sus hijos.
	Escasez de tiempo	¿Se pueden enfatizar los plazos o las ventanas de tiempo?	Comparta las fechas de disponibilidad de las vacunas.	Utilice mensajes urgentes como «¡Solo quedan tres días para la campaña de vacunación gratuita contra el sarampión en su zona!».

### 3. Consolidar las ideas de intervención

- a. Después de la lluvia de ideas y el perfeccionamiento, compile las ideas de la hoja de trabajo **EAST** en una sola lista. Elimine los duplicados y aparte aquellos que:
- No se centren en el comportamiento prioritario
  - Queden fuera del alcance o los objetivos del proyecto
  - Requieran sistemas completamente nuevos o actores no incluidos en el proceso de diseño

Por ejemplo: una idea como «Involucrar a los trabajadores de extensión agrícola para promover la vacunación durante las visitas domiciliarias» puede tener mérito, pero podría quedar fuera del alcance si la intervención actual se centra en entornos clínicos urbanos, sin relación alguna con el sector agrícola.

- b. A continuación, combine las ideas que sean similares o complementarias. Algunas pueden compartir el mismo mecanismo de comportamiento, canal de distribución o grupo destinatario y pueden reforzarse cuando se unen. Por ejemplo:
- **Idea 1:** Enviar mensajes recordatorios firmados por un trabajador sanitario.
  - **Idea 2:** Informar a los cuidadores de que ya se ha reservado una vacuna para ellos.
  - **Idea fusionada:** Enviar mensajes recordatorios firmados por un trabajador sanitario, informando a los cuidadores de que se ha reservado una vacuna a su nombre.
- c. El resultado final de este paso debe ser una lista seleccionada de ideas distintas, basadas en las ciencias del comportamiento, que:

- Aborden el comportamiento priorizado
- Se adapten al contexto local
- Apliquen perspectivas del comportamiento
- Sean viables dentro del alcance del proyecto

Esta lista consolidada se convertirá en la base para la priorización y la creación de prototipos en el siguiente paso.

Tenga en cuenta los siguientes consejos a la hora de generar ideas:

- **Conserve las versiones «suficientemente buenas» de las ideas.** Aunque pueden ser fáciles de ignorar, algunas de las mejores soluciones surgen de bocetos preliminares. En lugar de descartar estas ideas demasiado pronto, guárdelas en una pila de «posibles» (una columna u hoja separada) para revisarlas más adelante. Una vez perfeccionadas, a menudo resuelven vacíos que otros pasaron por alto.
- **Asigna las ideas a la línea de tiempo del microcomportamiento.** Después de la lluvia de ideas, toma las 10-15 ideas principales y asigna cada una de ellas a la línea de tiempo del comportamiento (por ejemplo, antes, durante o después de la acción objetivo). Esto ayuda a comprobar si tus soluciones se agrupan demasiado en torno a un momento concreto (por ejemplo, recordatorios antes de la cita) e identifica las etapas descuidadas en las que aún se necesitan ideas.
- **Realice una prueba rápida del tipo «¿me resultaría útil?».** Para cada idea de intervención, pregunte a alguien de la población objetivo, o haga un juego de roles en su lugar, y responda: «¿Me ayudaría realmente a llevar a cabo el comportamiento?». Esta prueba intuitiva ayuda a detectar ideas que parecen buenas sobre el papel, pero que no resultan útiles en la práctica. Si la respuesta es «no realmente», perfeccione o reconsidere la idea.

## ESTUDIO DE CASO:

# Aumento de la cobertura de vacunación infantil en el Líbano

Estas hojas de trabajo de estímulos para la ideación y la hoja de trabajo para la generación de ideas no fueron desarrolladas por el equipo original del proyecto. Son ejemplos recreados basados en datos y contextos reales del proyecto.

En el Líbano, el equipo del proyecto se propuso aumentar la cobertura de vacunación infantil entre los cuidadores de refugiados atendidos por el programa AIA del Ministerio de Salud Pública. A partir de las perspectivas de la fase de exploración y diagnóstico, el equipo sintetizó primero los resultados clave en una hoja de trabajo estructurada titulada «¿Cómo podríamos?». Esto ayudó a sintetizar una investigación compleja en preguntas específicas, especificando el microcomportamiento objetivo e identificando las barreras. Una de las preguntas más importantes que surgió fue: «¿Cómo podríamos reducir el olvido y la falta de planificación de los cuidadores de refugiados para que regresen al centro de salud a tiempo para la próxima vacuna programada de sus hijos?».

Esta pregunta sirvió de base para una serie de ideas de intervención generadas a través de la cocreación y la ideación en equipo. Algunos de los conceptos iniciales fueron:

- Una sencilla tarjeta de cita en papel que los trabajadores sanitarios entregarían a los cuidadores después de la primera vacuna del niño.
- Una versión de esa tarjeta rediseñada para incluir un espacio en el que los cuidadores pudieran anotar la fecha de regreso, con el fin de reforzar el compromiso y la memoria.
- Un mensaje recordatorio firmado por un trabajador sanitario conocido, enviado unos días antes de la siguiente cita.
- Una calcomanía con un calendario visual que los cuidadores podrían utilizar en casa para llevar un registro de la fecha.
- Un momento de compromiso verbal, en el que los cuidadores declararían en voz alta cuándo tenían previsto volver.

### Sugerencias para la ideación

Complete la parte 1 de esta ficha utilizando los resultados de las fases Definir, Explorar y Diagnosticar. A continuación, en la parte inferior, formule preguntas "¿cómo podríamos?".

A	B	C	D
<b>Población de interés</b> Cuidadores de niños pequeños que viven en comunidades de bajos ingresos y de refugiados en el Líbano, especialmente en zonas atendidas por el programa AIA.	<b>Microcomportamientos a modificar</b> Volver al centro de salud a tiempo para la siguiente vacunación sistemática programada de su hijo, una vez administrada la primera dosis.	<b>Barreras / facilitadores</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Olvido</li><li>2. Pocos hábitos de planificación</li><li>3. Urgencia limitada</li><li>4. Prioridades contrapuestas</li></ol>	<b>Información adicional</b> <b>Cuidador:</b> "Tengo que ocuparme de muchas cosas. Me resulta difícil recordar cuándo es la próxima vacuna" <b>Datos administrativos:</b> Aumento drástico de los casos de paperas en 2015 validado por una encuesta de conglomerados por distritos realizada en 2016.

**Cómo podríamos + C abordar las barreras/apalancar los facilitadores + para A la población de interés + de modo que B el microcomportamiento cambie**

1. ¿Cómo podemos mejorar los hábitos de planificación de los cuidadores en el Líbano para que tengan más probabilidades de recordar y acudir a tiempo a las citas de seguimiento de vacunación de sus hijos?
2. ¿Cómo podríamos crear un mayor sentido de urgencia e importancia para los cuidadores de las comunidades desatendidas, de modo que den prioridad a volver a la clínica para la siguiente dosis de la vacuna sistemática de su hijo?
3. ¿Cómo podríamos ayudar a los cuidadores del Líbano a superar las prioridades diarias contrapuestas para que puedan cumplir con éxito la visita de vacunación programada de su hijo después de la primera dosis?
4. ¿Cómo podríamos reducir los olvidos de los cuidadores en las comunidades de refugiados y de bajos ingresos para que vuelvan al centro de salud a tiempo para la siguiente vacunación sistemática programada de su hijo después de la primera dosis?

### Cómo podríamos...

Utiliza las HMW desarrolladas en la actividad anterior. Durante la sesión, realiza una actividad diferente para cada HMW.

Cómo podríamos reducir los olvidos de los cuidadores en comunidades de bajos ingresos y refugiados para que vuelvan al centro de salud a tiempo para la siguiente vacunación sistemática programada de su hijo después de la primera dosis?

### Actividad de lluvia de ideas

Utiliza técnicas interactivas de lluvia de ideas para que los participantes piensen en soluciones.

#### Tarjetas de solución

Sería más fácil si los cuidadores tuvieran una tarjeta para recordar la fecha de la próxima visita para vacunarse

Idea: Entregue a los cuidadores una pequeña tarjeta de citas con la fecha de su próxima visita para vacunarse.

#### Si, y...

Empieza por: "La enfermera podría recordárnoslo". → "Sí, y podría llamarnos el día anterior". → "Sí, y también podríamos recibir un SMS".

Idea: Establece un SMS en la clínica por el que los cuidadores reciban un mensaje un día antes de la próxima cita de su hijo.

#### Mezclar y combinar

Un participante revisa un folleto escolar y sugiere: "Esto está claro. ¿Y si tuviéramos uno para la vacunación, con espacio para escribir la próxima fecha?".

Idea: Un volante con información sobre el calendario de vacunas y un espacio para que los PS escriban a mano la próxima cita del niño.

#### Dibuje la idea

El participante dibuja un megáfono cerca de una mezzquita con una hora y una fecha escritas al lado.

Idea: Coordinarse con las mezzquitas de la comunidad para anunciar los próximos días de vacunación durante las oraciones del viernes.

#### Represéntelo

Los participantes representan el papel de una mamá que se olvida de la cita y luego repiten la escena con ella hablando con otra mamá en una tienda que se lo recuerda.

Idea: Madres locales formadas para recordar y animar a sus compañeros sobre la próxima dosis de su hijo.

#### Ladrillo a ladrillo

Los cuidadores dicen: "Pierdo los papellitos". → "Siempre tengo el teléfono". → "Mi vecino me lo recuerda". → "Comprobaría un mensaje".

Idea: Desarrollar un grupo de WhatsApp de recordatorios dirigido por la enfermera de la clínica.

Estas ideas iniciales se generaron utilizando herramientas como Fix-it Cards, Act It Out y Brick-by-Brick, lo que permitió al equipo explorar de forma colaborativa pequeños pero impactantes cambios de diseño. La tarjeta de cita, posteriormente perfeccionada y probada, se perfiló como la solución más prometedora.

Para reforzar estas ideas, el equipo también revisó evidencias anteriores que demostraban la eficacia de los recordatorios por SMS y las tarjetas físicas para impulsar la aceptación de las vacunas. Esto animó a centrarse en soluciones de baja tecnología que fueran asequibles, viables y acordes con las preferencias y el contexto de los cuidadores.

A continuación, el equipo aplicó provocaciones de diseño y el marco EAST para mejorar la idea: se facilitó su uso simplificando el lenguaje e incluyendo iconos visuales; se hizo más atractiva mediante el color y el diseño; se reforzó socialmente animando a los cuidadores a mostrarla a otras personas; y se sincronizó para que coincidiera con momentos críticos de decisión (por ejemplo, poco después de la vacuna inicial).

### Sugerencias avanzadas para lluvias de ideas

Utilice estas provocaciones de diseño para llevar sus ideas más lejos. Están pensadas para refinar, replantear o mejorar las ideas existentes desafiando suposiciones, fomentando nuevas perspectivas y ayudando al equipo a explorar posibilidades pasadas por alto.

#### Cambiar el tono

Idea original: Entregar a los cuidadores una pequeña tarjeta con la fecha de su próxima visita para vacunarse.

Idea rediseñada: Crear una tarjeta de compromiso lúdica y festiva diseñada como el certificado de "héroe de la salud" de un niño, con un espacio para pegatinas de colores y un lenguaje alegre ("¡Hey! has dado un gran paso! Próxima parada: ¿un mañana más sano?") para reforzar las emociones positivas y el orgullo de los padres.

#### Cambiar las limitaciones

Idea original: Crear un grupo de WhatsApp de recordatorio dirigido por la enfermera de la clínica.

Idea rediseñada: Si no se dispone de Internet o tecnología, asignar un sistema de "compañeros de vacunas", en el que los cuidadores se emparejen y se pidan mutuamente que se lo recuerden. Este método de bajo costo sin tecnología aprovecha la conexión social en lugar de las herramientas digitales.

#### Cambiar los sentidos

Idea original: Coordinarse con las mesquitas de la comunidad para anunciar los días de vacunación.

Idea rediseñada: Añadir sonido y movimiento al recordatorio: un grupo local de jóvenes podría utilizar altavoces móviles para tocar una melodía pegadiza o un cántico que recuerde a las familias el día de la vacuna. Esto utiliza el ritmo, la familiaridad y la repetición para aumentar la notoriedad.

#### Reconfigura la idea

Idea original: Establecer un sistema de recordatorio telefónico o por SMS basado en la clínica para las próximas citas de vacunación.

Idea rediseñada: En lugar de esperar hasta la semana de la cita, enviar dos mensajes: uno inmediatamente después de la visita ("¡Gracias por venir! La próxima dosis es en...") y un segundo recordatorio un día antes de la fecha prevista. De este modo, se trata de un apoyo continuo, no sólo de un empujón de última hora.

#### Cambiar la perspectiva

Idea original: Crear un folleto para llevar a casa con información sobre el calendario de vacunas y espacio para anotar la próxima cita.

Idea rediseñada: Desde el punto de vista del personal sanitario, los folletos aumentan su carga de papeleo y pueden olvidarse. En su lugar, simplifíquelo en una paginita del tamaño de un sello que pueda pegarse a la cartilla sanitaria del niño, algo que los trabajadores sanitarios ya utilizan y los cuidadores llevan consigo.

#### Cambiar el escenario

Idea original: Crear una red comunitaria de madres embajadoras de la vacunación.

Idea rediseñada: ¿Y si el escenario es un mercado abarrotado de gente donde los cuidadores hacen recados? Los embajadores de vacunas podrían llevar delante los o fajos de marca y ofrecer recordatorios rápidos o tarjetas informativas al pasar, sin sesiones formales ni visitas domiciliarias.

### Cómo podríamos...

Recorra a las HMW elaboradas anteriormente y utilícelas para orientar la búsqueda de intervenciones pasadas o evidencias existentes que puedan ayudar a responder a estas preguntas.

¿Cómo podríamos reducir los olvidos de los cuidadores en comunidades de bajos ingresos y de refugiados para que vuelvan al centro de salud a tiempo para la siguiente vacunación sistemática programada de su hijo después de la primera dosis?

### Buscar y adaptar evidencias e intervenciones pasadas

#### Intervención

Recopilar ejemplos pertinentes de la investigación documental de Explorar y diagnosticar y de fuentes adicionales.

Postal recordatoria para aumentar la vacunación contra la influenza entre los adultos mayores en los EE. UU. (Chen et al., 2020)

Tarjeta postal recordatoria modificada para mejorar la aceptación de la vacuna contra el sarampión (Have et al., 1991, Australia)

Recordatorios por SMS (Domek et al., 2019, Guatemala)

Sistemas de recordatorio para mejorar las tasas de inmunización infantil: Una revisión sistemática (Williams et al., 2015, BMJ Open)

#### Detalle de intervenciones anteriores

¿Qué comportamiento intentaba cambiar la intervención y de quién? ¿Cuáles eran las barreras y los mecanismos de la intervención? ¿Cuáles fueron los resultados?

Dirigido a adultos mayores (65+) para mejorar la aceptación de las vacunas contra la influenza estacional. Entre las barreras abordadas se incluyeron el olvido, la poca importancia de la vacunación y la falta de recordatorios. Mecanismo: recordatorios por correo con texto sencillo y un mensaje motivador. Resultado: aumento modesto pero estadísticamente significativo de las tasas de vacunación (-2.9 pp de aumento).

Dirigido a padres de niños que debían vacunarse contra la triple vírica. Barrera: baja aceptación por olvido o falta de orientación clara. Mecanismo: tarjeta personalizada impresa en color enviada por correo a los hogares con el nombre del niño y la fecha prevista de vacunación. Resultado: aumento significativamente la aceptación de la vacuna (75% frente a 63% en el grupo de control).

Se enviaron recordatorios de texto unidireccionales antes de las citas de vacunación infantil. Se centraron en los olvidos y mejoraron significativamente la asistencia puntual en una población rural.

Barreras: Olvido, prioridades contrapuestas, falta de pistas de planificación. Mecanismo: Mensajes recordatorios. Resultados: La mayoría de los sistemas de recordatorio aumentaron las tasas de inmunización, independientemente del modo de entrega; el mayor efecto se observó cuando los recordatorios eran personalizados o multimodales.

#### Adaptación

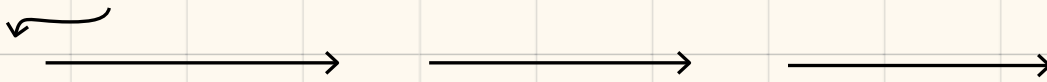
¿Cómo podría adaptarse esta intervención al proyecto? ¿Qué supuestos o puntos ciegos podría conllevar?

Podría inspirar el uso de un recordatorio físico y visual como una tarjeta de cita en papel en el Líbano. Además, la motivación y el nivel de alfabetización de los ancianos estadounidenses pueden diferir de los de los cuidadores libaneses. La adaptación debe tener en cuenta la alfabetización y la confianza en los materiales de aspecto oficial.

Refuerza la idea de utilizar una tarjeta personalizada y tangible para reforzar la acción. La adaptación en el Líbano debe tener en cuenta a los cuidadores que puedan tener un menor nivel de alfabetización o movilidad. En su lugar, las tarjetas podrían entregarse en persona en la clínica.

Los recordatorios por SMS pueden ser eficaces, pero depende de la capacidad y las limitaciones de recursos del MaS.

Valida la importancia de los recordatorios en todos los formatos, incluidos las tarjetas de papel de bajo costo. En el caso del Líbano, puede ser útil saber que todos los recordatorios podrían funcionar, pero es importante localizar y comprender las limitaciones de recursos y capacidades.



## PASO 2:

# Priorizar las intervenciones

### En este paso:

Este paso presenta un conjunto de criterios para identificar las ideas de intervención más prometedoras. Aunque es habitual reconocer la importancia de factores como la rentabilidad, la escalabilidad y la equidad, estos pueden ser difíciles de abordar durante las sesiones de lluvia de ideas. Este paso proporciona un momento estructurado para reflexionar y tomar decisiones informadas. Al final, los equipos deben tener una lista de 1 a 3 ideas de intervención listas para la creación de prototipos y las pruebas de usuario.

### Herramientas asociadas:

- [Priorización de ideas](#)
- [Lista de verificación ética](#)

## Por qué es importante:

Los equipos suelen inclinarse por ideas que les parecen emocionantes o familiares, incluso cuando no son viables o no se ajustan a las barreras reales. Los criterios de priorización transparentes fomentan una evaluación equilibrada y evitan invertir en ideas costosas, difíciles de ampliar o desalineadas.

La ética debe ser una parte fundamental de la priorización. En esta etapa, la atención se centra en la equidad y la inclusión en las opciones de diseño para evaluar si las ideas de intervención corren el riesgo de reforzar el estigma, limitar las opciones o excluir a los grupos vulnerables. Este tipo de control de la «ética del diseño» garantiza que las soluciones no causen daño y promuevan activamente la equidad, la dignidad y la inclusión.

Cuando el proceso pasa de la priorización a la prueba de ideas en la vida real, se introduce la ética de la investigación para añadir una capa adicional. Esto incluye la aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEI), el consentimiento informado, la protección y la privacidad, que se abordan con más detalle en el siguiente capítulo, «Prueba de hipótesis».

En esta fase, la atención se centra en priorizar las ideas que son éticamente sólidas en su intención y sus efectos potenciales; en el siguiente capítulo del proceso DEPTHS, nos aseguramos de que la prueba de esas ideas se lleve a cabo de forma ética y responsable.

## Cómo hacerlo:

### 1. Priorizar las ideas utilizando criterios clave

La hoja de trabajo [para priorizar ideas](#) guía a los equipos a través de la evaluación de cada idea en función de un conjunto básico de criterios prácticos. Esto incluye:

**Priorización de ideas** Nombre de la idea: \_\_\_\_\_ Total de puntos: / 30 \_\_\_\_\_

Para cada intervención, evalúe en una escala de 1 (muy difícil) a 5 (muy fácil). Las puntuaciones más altas dan paso a la creación de prototipos.

<b>Deseabilidad</b>		<p>¿Por qué?</p>
<b>Facilidad de cambio de comportamiento</b>		<p>¿Por qué?</p>
<b>Impacto del cambio de comportamiento</b>		<p>¿Por qué?</p>
<b>Posibilidad de medir</b>		<p>¿Por qué?</p>
<b>Costo</b>		<p>¿Por qué?</p>
<b>Escalabilidad</b>		<p>¿Por qué?</p>

- **Deseabilidad:** ¿Será la idea aceptada y valorada por la comunidad?
  - **Facilidad para cambiar el comportamiento:** ¿Es probable que la idea influya de manera efectiva en el comportamiento objetivo?
  - **Impacto del cambio de comportamiento:** ¿Un cambio en este comportamiento afectará significativamente al resultado deseado?
  - **Medibilidad:** ¿Se puede medir de manera confiable el impacto de la idea? ¿Existen formas confiables de medir su eficacia?
    - **Costo:** ¿Qué recursos se necesitan para poner en práctica la idea?
    - **Escalabilidad:** si tiene éxito, ¿se puede ampliar o adaptar la idea a otros entornos?
- a. Cree una copia de la Hoja de trabajo para **priorizar ideas** para cada idea de intervención de la lista final. Anote el nombre de la idea en la parte superior de la hoja de trabajo y evalúela según cada uno de los seis criterios de priorización que figuran en la parte izquierda.
  - b. Cada criterio debe calificarse en una escala del 1 (muy bajo) al 5 (muy alto). Cuanto mayor sea la calificación total de la idea, más adecuada será para su desarrollo posterior. La tabla 5 resume las indicaciones, consideraciones y orientaciones para calificar cada criterio, utilizando la tarjeta de recordatorio de citas como ejemplo de intervención.
  - c. Asigne una calificación a cada idea y anote brevemente el razonamiento en la columna «¿Por qué?» para documentar las decisiones y apoyar la alineación del equipo.
  - d. Calcule la calificación total sobre 30 sumando los puntos de cada fila. Estos totales proporcionan una visión general rápida para la comparación y el debate internos, lo que ayuda al equipo a identificar las ideas más prometedoras. Sin embargo, las calificaciones no son decisiones definitivas ni respaldos. Antes de compartir externamente (por ejemplo, con el Ministerio de Salud), asegúrese de que las ideas priorizadas estén completamente desarrolladas y sean adecuadas al contexto.
  - e. Después del debate, seleccione entre una y tres ideas para pasar al siguiente subpaso: la evaluación ética.

## 2. Asegúrese de que la idea sea ética e inclusiva

Utilice la hoja [de lista de verificación ética de la intervención](#) para evaluar cada idea priorizada en función de consideraciones éticas clave:

- f. Comience con una de las ideas de intervención priorizadas del paso anterior.
- g. Revise cada idea priorizada y evalúe si cumple con el estándar ético. Para cada criterio, indique una de las siguientes opciones:
  - **Sí:** la idea cumple claramente con el estándar ético.
  - **Sí,** con riesgos potenciales a tener en cuenta: la idea cumple en general con el estándar, pero conlleva algunas consideraciones éticas que deben supervisarse o abordarse.
  - **No:** la idea no cumple con el estándar ético y es posible que sea necesario revisarla o reconsiderarla.

La siguiente tabla proporciona preguntas orientativas y sugerencias para ayudar a evaluar cada criterio de forma reflexiva y coherente.

TABLA 5: CONSIDERACIONES PARA LA CALIFICACIÓN DE LOS CRITERIOS

CRITERIOS	INDICACIONES	ORIENTACIÓN	EJEMPLO
<b>Deseabilidad</b>	¿Esta idea se ajusta a los valores de la comunidad? ¿Les gustaría esta intervención?	Otorga una calificación más alta si la idea parece relevante, respetuosa y aceptable para las personas afectadas.	Es probable que la calcomanía se perciba como un apoyo y algo relevante. No es intrusiva, es fácil de entender y se puede personalizar según las preferencias locales.
<b>Facilidad para cambiar el comportamiento</b>	¿Qué tan fácil será para la población objetivo adoptar el comportamiento deseado?	Otorga una calificación más alta si la idea reduce la fricción, resulta fácil de poner en práctica o se adapta a las rutinas existentes.	Reduce la posibilidad de olvido al reforzar un comportamiento ya previsto. Se adapta fácilmente a la rutina y al entorno del cuidador.
<b>Impacto del cambio de comportamiento</b>	Si el comportamiento cambia, ¿influirá de manera significativa en el resultado deseado?	Otorgue una calificación más alta a las ideas que afecten directamente a resultados clave en materia de salud, sociales o de comportamiento.	La asistencia puntual a las citas programadas favorece directamente la inmunización completa, lo que mejora los resultados de salud.
<b>Medibilidad</b>	¿Podemos medir de forma fiable si esta idea está funcionando?	Otorgue una calificación más alta si la idea incluye resultados claros, comportamientos observables o métricas sencillas.	El impacto se puede rastrear comparando los registros de asistencia a la clínica de los cuidadores que reciben la calcomanía con los de los que no la reciben.
<b>Costo</b>	¿Es relativamente asequible implementar la idea?	Otorgue una calificación más alta si utiliza los sistemas existentes, requiere recursos mínimos o se puede adaptar de manera rentable.	La intervención es relativamente económica y fácil de implementar utilizando el personal y los sistemas existentes.
<b>Escalabilidad</b>	¿Podría ampliarse esta idea a otras personas, entornos o regiones si tiene éxito?	Se otorgará una calificación más alta si es modular, adaptable o se basa en sistemas ya existentes.	El diseño es adaptable y puede someterse a una ampliación en diferentes lugares con pequeños ajustes contextuales, como el idioma o las imágenes locales.

TABLA 6. CRITERIOS ÉTICOS, PREGUNTAS SUGERIDAS Y ORIENTACIÓN ADICIONAL

CRITERIOS	PREGUNTA	ORIENTACIÓN
<b>Equidad e inclusión</b>	¿Podría esta idea agravar las desigualdades existentes o excluir a determinados grupos?	Analice si la idea es igualmente accesible para personas de diferentes niveles de ingresos, etnias, niveles educativos y capacidades. Por ejemplo, una intervención basada en teléfonos inteligentes podría excluir a los cuidadores que no tienen acceso a la tecnología digital.
<b>Género y dinámicas de poder</b>	¿Esta idea refuerza los estereotipos de género o los desequilibrios en la toma de decisiones?	Considere si la idea da por sentado quién toma las decisiones sobre salud en el hogar. Por ejemplo, centrarse únicamente en las madres para la salud infantil puede reforzar las normas que excluyen a los padres u otros cuidadores.
<b>Interseccionalidad</b>	¿Ha considerado la idea, cómo las identidades superpuestas pueden crear barreras o experiencias?	Reflexione sobre cómo las personas pueden enfrentarse a desventajas agravadas (por ejemplo, madres jóvenes, rurales y con bajos ingresos). Si una idea pasa por alto estas realidades interseccionales, puede ignorar o marginar involuntariamente a poblaciones clave.
<b>Respeto por la autonomía y el consentimiento</b>	¿La idea permite a las personas tomar decisiones informadas y voluntarias?	Asegúrese de que la intervención no sea excesivamente coercitiva o manipuladora. Por ejemplo, los mensajes de presión social no deben avergonzar ni presionar a las personas para que actúen. La información debe ser precisa y se debe respetar el consentimiento.
<b>Protección de los más vulnerables</b>	¿Podría esta idea causar daño involuntariamente o aumentar la vulnerabilidad?	Pregúntese si la idea puede poner en riesgo a determinadas personas. Por ejemplo, sobrecargar a los trabajadores comunitarios, que ya están desbordados, o exponer a los cuidadores al estigma. Las ideas no deben causar daño y, en el mejor de los casos, deben reducir la vulnerabilidad.
<b>Transparencia y fiabilidad</b>	¿Está claro quién está detrás de la intervención y cuál es su propósito?	Las personas deben comprender por qué reciben un mensaje o se les pide que actúen. Por ejemplo, un mensaje recordatorio debe indicar claramente que procede del Ministerio de Salud u otra fuente fiable, y no de un remitente anónimo.

**Nota:** Esta lista de verificación ética no se ha elaborado a partir de una sola fuente. Se ha desarrollado para este kit de herramientas sintetizando los principios clave de las normas de equidad y protección de UNICEF, la guía «No hacer daño» de la OMS y la práctica global de HCD. El objetivo es proporcionar una perspectiva ética práctica y centrada en el diseño para ayudar a los equipos a evaluar las ideas de intervención de manera justa e inclusiva.

**h. Discuta y documente sus reflexiones.** Anote los aspectos en los que la intervención parece sólida y aquellos en los que podría ser necesario realizar ajustes. Anote las medidas necesarias para mejorar la integridad ética de la idea en la columna «Riesgos y ajustes necesarios» de la hoja de trabajo.

**i.** Si la intervención plantea riesgos éticos o señales de alerta, es el momento de replantearse su diseño. Las revisiones pueden implicar cambiar el lenguaje, el método de entrega, el encuadre o el formato para garantizar que la idea siga siendo inclusiva, segura y respetuosa. Si surgen múltiples preocupaciones y no se pueden abordar mediante la adaptación, considere una de las siguientes opciones:

- Revisar la lista completa de ideas para elegir otra alternativa, o
- Solicitar asesoramiento a un comité de ética antes de continuar.<sup>6</sup>

**j.** Repita este proceso para cada idea de intervención priorizada.

Tenga en cuenta el siguiente consejo al priorizar las ideas:

- **Considere si esta idea puede ponerse a prueba de forma sencilla y rápida.** Priorice las ideas que sean lo suficientemente pequeñas como para crear un prototipo, pero lo suficientemente significativas como para aprender de ellas. Si es demasiado compleja para ponerla a prueba rápidamente, considere si puede dividirse en partes más pequeñas.

<sup>6</sup> Para obtener más información, consulte la política interna de revisión ética de UNICEF.

## ESTUDIO DE CASO:

# Aumento de la cobertura de vacunación infantil en el Líbano

Esta hoja de trabajo para priorizar ideas y la lista de verificación ética no fueron desarrolladas por el equipo original del proyecto. Son ejemplos recreados basados en datos y contextos de proyectos reales.

Después de generar y perfeccionar un conjunto diverso de ideas de intervención, el equipo utilizó seis criterios: conveniencia, facilidad de cambio de comportamiento, impacto, mensurabilidad, costo y escalabilidad. Estos criterios ayudaron al equipo a evaluar no solo en qué medida una idea se ajustaba a las necesidades y preferencias de la comunidad, sino también si podía impulsar un cambio significativo de manera viable y sostenible.

Entre las ideas preseleccionadas, una destacó: proporcionar a los cuidadores una sencilla tarjeta de cita en la clínica con un mensaje recordatorio de la próxima vacuna de su hijo. El equipo valoró muy positivamente esta intervención por **su facilidad** (las evidencias anteriores sobre intervenciones similares mostraban un cambio de comportamiento eficaz), su **costo** (podía integrarse en los sistemas de salud existentes) y su **escalabilidad** (tenía potencial para expandirse por todas las regiones de la idea con una adaptación mínima). También se consideró relevante y respetuosa, ya que los cuidadores ya estaban acostumbrados a recibir información de esta manera, y las investigaciones cualitativas sugerían que valoraban las señales visuales sencillas para recordar las citas importantes.

Antes de tomar la decisión definitiva, el equipo aplicó un enfoque ético, teniendo en cuenta la equidad, la inclusión, la dinámica de género y la protección de los grupos vulnerables. Aunque la intervención cumplía en general con las normas éticas, el equipo señaló algunos riesgos potenciales: algunos cuidadores podrían no saber leer, lo que daría lugar a la exclusión, y las cuidadoras podrían carecer de autoridad para tomar decisiones. Como resultado, se realizaron pequeños pero importantes ajustes, como el diseño de tarjetas de cita con señales visuales para ayudar a los cuidadores con bajo nivel de alfabetización y la consideración de mensajes que pudieran ser discretos pero alentadores.

Una vez completada la revisión ética y confirmada la promesa de comportamiento, el equipo seleccionó la tarjeta de cita para pasar a la siguiente fase: la creación de prototipos y las pruebas con los cuidadores.

**Priorización de ideas**  
Para cada intervención, evalúa en una escala del 1 (muy difícil) al 5 (muy fácil). Las puntuaciones más altas permiten avanzar al prototipo.

Nombre de la idea: Tarjeta de recordatorio de citas      Total de puntos: 28 / 30

<b>Deseabilidad</b>	1	2	3	4	5	Las familias encuentran las tarjetas útiles y requieren durante la investigación de campo.
<b>Facilidad de cambio de comportamiento</b>	1	2	3	4	5	La intervención reduce las fricciones y favorece la participación.
<b>Impacto del cambio de comportamiento</b>	1	2	3	4	5	La evidencia muestra que las recordatorias tienen un efecto positivo, pero no un gran impacto.
<b>Posibilidad de medir</b>	1	2	3	4	5	La evidencia puede seguirse fácilmente en los registros clínicos.
<b>Costo</b>	1	2	3	4	5	Herramientas de bajo costo que utilizan el papel existente.
<b>Escalabilidad</b>	1	2	3	4	5	Sencillos y adaptables para su uso en entornos similares sin recursos que requieran grandes inversiones.

Criterios	¿La intervención cumple los criterios?	Riesgos y ajustes necesarios
<b>Equidad e inclusión:</b> ¿Podría esta idea agravar las desigualdades existentes o excluir a determinados grupos?	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> <b>Sí, con riesgos potenciales</b> <input type="checkbox"/> No	Puede no llegar a los cuidadores con bajo nivel de alfabetización; considerar formatos inclusivos (p. ej., visuales, recordatorios orales).
<b>Género y dinámica de poder:</b> ¿Refuerza esta idea los estereotipos de género o los desequilibrios en la toma de decisiones?	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> <b>Sí, con riesgos potenciales</b> <input type="checkbox"/> No	Las madres pueden carecer de poder de decisión; implicar a los cuidadores masculinos y hacer hincapié en la responsabilidad compartida.
<b>Interseccionalidad:</b> ¿Ha tenido en cuenta cómo la superposición de identidades puede dar forma a barreras o experiencias?	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> <b>Sí con riesgos potenciales</b> <input type="checkbox"/> No	La condición de refugiado, la pobreza y la alfabetización podrían cruzarse; adaptar los métodos de entrega a los diferentes subgrupos.
<b>Respeto de la autonomía y el consentimiento:</b> ¿Permite la idea que las personas tomen decisiones informadas y voluntarias?	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> Sí con riesgos potenciales <input type="checkbox"/> No	La participación es voluntaria; garantizar la claridad sobre el uso y las opciones de exclusión.
<b>Protección de los más vulnerables:</b> ¿Podría esta idea causar daño o aumentar la vulnerabilidad involuntariamente?	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> <b>Sí con riesgos potenciales</b> <input type="checkbox"/> No	Riesgo de estigma si se malinterpreta o comparte el texto de las tarjetas; utilizar una redacción discreta y neutra.
<b>Transparencia y fiabilidad:</b> ¿Está claro quién está detrás de la intervención y cuáles sus propósitos?	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> Sí con riesgos potenciales <input type="checkbox"/> No	La intervención procede claramente del sistema sanitario; seguir reforzando su finalidad y quién está detrás de ella.



## PASO 3:

# Crear prototipos, probar e iterar las intervenciones

### En este paso:

Las ideas seleccionadas cobran vida mediante el desarrollo de prototipos y su prueba con los usuarios para recabar opiniones y aportar información para su perfeccionamiento.

### Por qué es importante:

Las intervenciones comportamentales no siempre funcionan igual en diferentes contextos. Incluso las ideas bien investigadas pueden resultar ineficaces o inadecuadas cuando se aplican en un nuevo contexto. La creación de prototipos ofrece la oportunidad de explorar el funcionamiento de una intervención antes de dedicar una cantidad significativa de tiempo y recursos a su implementación a mayor escala. También implica escuchar las opiniones de los responsables de la toma de decisiones y de las personas involucradas en la implementación y la ejecución de la intervención.

Es importante destacar que la creación de prototipos y las pruebas ofrecen una oportunidad temprana

### Herramientas asociadas:

- [Esquema del prototipo](#)
- [Guía para debatir el prototipo](#)
- [Síntesis del prototipo](#)

para identificar retos y consecuencias no deseadas, como confusión, resistencia o posibles daños. Por ejemplo, un sistema de recordatorios bien intencionado podría exponer involuntariamente información sanitaria privada si los mensajes son visibles para otras personas. Recabar opiniones en esta fase ayuda a perfeccionar las características fundamentales y a garantizar que la intervención sea eficaz y respetuosa antes de pasar a la implementación.

## Cómo hacerlo:

Utilice la hoja de trabajo para [esquema el prototipo](#) para desarrollar aún más la intervención seleccionada y definir la forma que adoptará el prototipo.

### 1. Describa la idea con claridad

- a. Empiece por escribir un breve titular y una descripción de una sola frase que explique en qué consiste la intervención y qué pretende lograr, sin utilizar jerga. Esto ayuda a garantizar que todas las partes interesadas comprendan fácilmente la idea.
- b. A continuación, defina el alcance previsto. Especifique el ámbito geográfico (por ejemplo,

local, regional, nacional), incluyendo las ubicaciones o áreas administrativas pertinentes. Aclare si se dirige a entornos urbanos, periurbanos o rurales, y señale cualquier limitación u oportunidad específica. Calcule el número de personas a las que llegará la intervención, tanto directa como indirectamente.

### 2. Formule la hipótesis de intervención

La hipótesis de intervención garantiza que el prototipo se base en las ciencias del comportamiento y se centre en resolver el problema adecuado.

- a. Comience por revisar los resultados clave de la fase de Exploración y Diagnóstico, especialmente el Mapa y Diagnóstico del Comportamiento, así como las ideas de intervención del paso 1 de esta fase. La primera tarea consiste en definir claramente el microcomportamiento objetivo sobre el que la intervención pretende influir. Especifique el comportamiento deseado y cómo se define el éxito.

Por ejemplo: «Aumentar la finalización oportuna de las vacunas infantiles rutinarias entre los niños con vacunación insuficiente en las zonas objeto del programa de Actividades de Inmunización Acelerada (AIA) del Líbano».

Revise las barreras priorizadas para asegurarse de que las ideas perfeccionadas sigan estando ancladas en las más críticas. Reformúlelas brevemente a través del modelo COM-B para confirmar su alineación con los ámbitos de comportamiento (capacidad, oportunidad, motivación). Esta reformulación refuerza la hipótesis de intervención al vincular las ideas con la evidencia del comportamiento.

- b. Reflexione sobre cómo se espera que el prototipo cambie el comportamiento, identificando los mecanismos del comportamiento específicos que se activan. ¿Qué es exactamente lo que se espera que funcione del prototipo y por qué? Considere las siguientes preguntas:

- ¿Qué palancas de comportamiento acciona esta idea?
- ¿Esta idea simplifica una decisión compleja, haciéndola más **fácil**?
- ¿Esta idea crea visibilidad social o apoyo, haciéndola **social**?
- ¿Esta idea capta la atención o motiva la acción, haciéndola **atractiva**?
- ¿Esta idea llega en el momento adecuado, lo que la hace **oportuna**?

Este paso es la preparación para la Teoría de Cambio. Ayuda a ir más allá de la descripción del prototipo para articular por qué se espera que funcione.

- c. Tómese un momento para considerar por qué esta idea podría funcionar bien en este contexto. ¿Esta

idea se basa en rutinas familiares, relaciones de confianza o hábitos existentes en la comunidad? Esta rápida verificación ayuda a garantizar que

la idea no solo sea inteligente sobre el papel, sino que también tenga sentido en la vida real de las personas.

### 3. Materializar la idea

Una vez que la idea está claramente definida, el siguiente paso es hacerla tangible:

- a. Un prototipo es una versión preliminar y de bajo costo de una intervención que los usuarios y las partes interesadas pueden ver, sostener, representar o experimentar. Un prototipo puede adoptar muchas formas, dependiendo de la naturaleza de la intervención. La tabla 7 describe un conjunto no exhaustivo de tipos de prototipos, cada uno de los cuales es útil para explorar diferentes dimensiones de la intervención. Elija un formato que permita a las personas experimentar la idea y generar comentarios útiles.

Por ejemplo, la tarjeta de cita se probó como una maqueta en papel: una versión sencilla y no funcional que se utilizó para comprobar el diseño, la redacción y las reacciones de los usuarios antes de la producción completa.

- b. Los prototipos pueden variar en cuanto a su nivel de fidelidad (es decir, en qué medida se asemejan a la versión final). La siguiente tabla resume los niveles de fidelidad de diferentes intervenciones.

TABLA 7. TIPOS DE PROTOTIPOS

TIPO DE PROTOTIPO	DESCRIPCIÓN	EJEMPLO	ÚTIL PARA
<b>Guiones gráficos</b>	Una serie de viñetas ilustradas o bocetos que muestran a un usuario moviéndose por un escenario o utilizando un producto o servicio.	Ilustración del trayecto de un cuidador hasta un centro de salud tras recibir un recordatorio de vacunación.	Visualizar los recorridos de los usuarios e identificar los vacíos en la experiencia del servicio.
<b>Juego de roles</b>	Representación de un escenario para comprender cómo podría interactuar un usuario con un producto o servicio.	Simulación de cómo un trabajador sanitario podría transmitir un nuevo mensaje durante una visita domiciliaria.	Prueba de reacciones emocionales, tono y fluidez de las experiencias interpersonales.
<b>Maquetas en papel</b>	Versiones en papel dibujadas a mano o impresas de interfaces, formularios o diseños.	Diseñar un prototipo de un nuevo formulario de registro para los cuidadores en las clínicas.	Prueba de las preferencias de diseño, la claridad de la redacción y la facilidad de uso.
<b>Modelos físicos</b>	Modelos tangibles fabricados con materiales sencillos, como cartón o arcilla, para simular un producto físico.	Creación de un modelo del diseño de una nueva sala de espera para probar la navegación y la comodidad.	Prueba de la navegación, el comportamiento de los usuarios en espacios físicos y la credibilidad.
<b>Prototipos de experiencia</b>	Simulación de cómo una persona podría experimentar la intervención en un entorno real o semi real.	Creación de una experiencia clínica simulada para probar la señalización y el flujo de servicios.	Prueba del compromiso emocional, el diseño del entorno y los detalles de implementación.
<b>Videos conceptuales</b>	Un breve video que explica cómo funciona una idea y qué problema aborda.	Demostrar cómo una red de derivación comunitaria respaldaría el seguimiento de las vacunas.	Comunicación clara de ideas complejas y recopilación de opiniones de las partes interesadas.
<b>Planes de servicio</b>	Un mapa del proceso de prestación de servicios, en el que se destacan los puntos de contacto clave, las funciones y los sistemas de apoyo.	Visualizar la coordinación entre los equipos de divulgación y el personal de atención primaria de salud en la prestación de servicios.	Comprender las interacciones a nivel del sistema e identificar los vacíos operativos.
<b>SMS o guiones de mensajes</b>	Borradores de mensajes recordatorios, invitaciones o seguimientos enviados por SMS, WhatsApp o en papel.	Prueba del tono y la claridad de los mensajes de recordatorio de vacunas con diferentes grupos de cuidadores.	Perfeccionar el contenido y el momento de envío de los mensajes; probar la comprensión y la respuesta.

TABLA 8. NIVELES DE FIDELIDAD DE UN PROTOTIPO

FIDELIDAD (DE UN PROTOTIPO)	DESCRIPCIÓN	EJEMPLOS
<b>Baja fidelidad</b>	Una representación conceptual aproximada de la idea. Los borradores se dibujan a mano, se maquetan con herramientas básicas o se representan mediante juegos de rol. Útil para comprobar el atractivo general, la claridad o la usabilidad básica antes de invertir esfuerzos.	<p><b>Programación:</b> un diagrama de flujo dibujado en papel de rotafolio con notas adhesivas para mostrar cómo podría funcionar una nueva vía de derivación, probado con un pequeño grupo de trabajadores comunitarios de salud.</p> <p><b>Digital:</b> una serie de capturas de pantalla de teléfonos móviles maquetadas en PowerPoint o Figma que muestran borradores de mensajes recordatorios por SMS o WhatsApp (aún no funcionales).</p> <p><b>Capacitación:</b> un borrador del guión de una sesión de asesoramiento respetuoso leído en voz alta por los facilitadores, con compañeros que representan el papel de cuidadores para dar su opinión sobre el tono.</p> <p><b>Herramienta presencial:</b> ilustraciones dibujadas a mano para un rotafolio o una ayuda para el asesoramiento, con marcadores de posición («imagen del cuidador aquí») para probar la resonancia antes de encargar los gráficos reales.</p>
<b>Fidelidad media</b>	Una versión más pulida que incluye contenido real, elementos visuales o funcionalidad parcial. Los borradores siguen conteniendo elementos «en proceso», pero son lo suficientemente realistas como para que los usuarios interactúen con ellos.	<p><b>Programación:</b> una pequeña prueba de la vía de derivación en una clínica, utilizando borradores de registros fotocopiados para comprobar cómo se realiza el seguimiento de los casos en los distintos servicios.</p> <p><b>Digital:</b> Una demostración interactiva de un chatbot de WhatsApp con un árbol de decisión sencillo, probado con 10 cuidadores para ver si el flujo de la conversación tiene sentido.</p> <p><b>Formación:</b> una prueba piloto de medio día de duración de un borrador de módulo de formación con trabajadores de primera línea, utilizando plantillas de diapositivas y borradores de ayudas de trabajo para comprobar la relevancia y el ritmo del contenido.</p> <p><b>Herramienta presencial:</b> borrador laminado de rotafolio o actividad de clasificación de tarjetas probada con un pequeño grupo de cuidadores, incluyendo borradores de imágenes y lenguaje, pero sin el diseño final.</p>
<b>Alta fidelidad</b>	Una versión casi definitiva que refleja fielmente la intervención tal y como se llevaría a cabo. Los borradores están completos en cuanto a forma y función, aunque todavía se prueban a pequeña escala antes de su ampliación.	<p><b>Programación:</b> un sistema de derivación totalmente integrado que se prueba en varios distritos, con registros finalizados, protocolos oficiales y herramientas de supervisión.</p> <p><b>Digital:</b> Un sistema de recordatorios por SMS en funcionamiento vinculado a la programación en tiempo real de la clínica, probado con cuidadores reales que reciben y responden a los mensajes.</p> <p><b>Capacitación:</b> paquete de capacitación completo y finalizado que se entrega a los trabajadores de salud con materiales impresos, diapositivas digitales y facilitadores capacitados, evaluado en múltiples sesiones.</p> <p><b>Herramienta presencial:</b> rotafolio de asesoramiento o kit de facilitación finalizado con gráficos profesionales, probado en reuniones comunitarias por personal capacitado, con observación estructurada de su uso.</p>

## 4. Planificar el proceso de creación de prototipos

- a. En la hoja de trabajo **para esbozar el prototipo**, comience por identificar y decidir con quién se debe probar la idea y rellene la sección correspondiente.

Un prototipo sólido recopila las opiniones de las personas más importantes para el uso, la ejecución y el éxito a largo plazo de la intervención. Por lo general, estas personas se dividen en tres grupos clave:

- **Usuarios finales** (por ejemplo, cuidadores, miembros de la comunidad): ¿Puede funcionar en su vida cotidiana?
- **Ejecutores** (por ejemplo, personal sanitario, maestros): ¿Es práctico y aceptable de implementar?
- **Los responsables de la toma de decisiones y ejecutores a largo plazo** (por ejemplo, directores de programas, responsables de políticas): ¿Se ajusta a los sistemas y prioridades para su ampliación?

No es necesario involucrar a todos los grupos a la vez. Las primeras pruebas deben dar prioridad a los usuarios finales, que pueden ayudar a evaluar si la idea es clara, útil y deseable en la vida cotidiana. A partir de lo aprendido, la idea puede evolucionar, mediante pequeños cambios en el diseño, el formato o la implementación, para satisfacer mejor las necesidades de las personas. A medida que se perfecciona el concepto, los ejecutores pueden probar su viabilidad en entornos de servicio, mientras que los responsables de la toma de decisiones pueden evaluar la alineación del sistema y el potencial de ampliación. Por ejemplo, al probar una tarjeta de compromiso para citas de vacunación:

- Pregunte a los usuarios finales, como los cuidadores, si les ayuda a recordar y a sentirse más seguros sobre las próximas visitas.
- Pregunte a los ejecutores, como las enfermeras, si es fácil de explicar y distribuir durante las citas.

### Planificación de prototipos

#### ¿Con quién tenemos que hablar para probar la idea?

*Incluya a las personas más importantes para el uso, la ejecución y el éxito a largo plazo de la intervención.*

- **Usuarios finales:** Personas que experimentan esta idea en su vida cotidiana
- **Ejecutores:** Personas que ponen en práctica la idea
- **Ejecutores/tomadores de decisiones:** Personas que apoyan, gestionan o mantienen la idea a lo largo del tiempo.

#### ¿Dónde debemos crear prototipos? ¿Dónde pondremos a prueba la idea?

*Piensa en los diferentes espacios donde se administrará y/o utilizará la idea.*

#### ¿Cómo sabremos si funciona?

*Empiece por identificar 2-3 indicadores observables que reflejen el efecto previsto del prototipo sobre el microcomportamiento objetivo.*

*¿Cómo mediremos el éxito basándonos en las interacciones verbales, no verbales, sociales y con objetos?*

- Compartir los primeros resultados con los responsables de la implementación, como los gestores de inmunización, para debatir cómo podría integrarse en los sistemas rutinarios.

Pruebe los prototipos con personas de diferentes géneros, edades, entornos socioeconómicos e idiomas para reflejar la diversidad de la población y captar cómo estos factores configuran la experiencia y el uso.

- b. A continuación, defina la geografía y el alcance de la intervención propuesta. Utilice la sección «¿Dónde debemos crear el prototipo?» de la hoja de trabajo para **esbozar el prototipo**, para identificar un lugar adecuado para las pruebas.

Elija un lugar para la creación de prototipos que refleje las condiciones del mundo real y que, al mismo tiempo, permita realizar pruebas e iteraciones manejables. Busque un lugar que:

- **Sea relevante para el reto del comportamiento:** un lugar donde el comportamiento objetivo se produzca con frecuencia y se hayan observado barreras clave.

- **Similar al contexto de implementación final:** esto garantiza que las perspectivas adquiridas durante las pruebas se apliquen de forma más amplia a la implementación de la intervención.
- **Logísticamente viable:** accesible para el equipo del proyecto, con el apoyo de socios locales y la infraestructura existente.

Por ejemplo, si la intervención consiste en probar una tarjeta de compromiso para que los cuidadores confirmen y recuerden la próxima cita de vacunación de sus hijos, un lugar adecuado para la creación de prototipos podría ser una clínica periurbana en la zona prioritaria. Estas clínicas ya atienden un gran volumen de visitas de vacunación y se enfrentan a retos relacionados con el seguimiento por parte de los cuidadores, lo que las hace adecuadas para observar el comportamiento objetivo. La participación tanto de los cuidadores como de los trabajadores sanitarios en este entorno genera perspectivas relevantes, comentarios periódicos y oportunidades prácticas para la iteración.

## 5. Determinar cómo se medirá el éxito

Antes de comenzar las pruebas, defina un plan de aprendizaje claro y sencillo para evaluar si el prototipo funciona según lo previsto. Utilice la sección «¿Cómo sabremos si funciona?» de la hoja de trabajo **para esbozar el prototipo**, para documentar tanto los indicadores como la evidencia: cómo se ve el éxito y cómo se observará ese éxito.

- Comience por identificar dos o tres indicadores observables que reflejen el efecto previsto del prototipo sobre el microcomportamiento objetivo. Evite el lenguaje ambiguo, como «a los usuarios les gustó» o «los participantes se sintieron confundidos por el mensaje». En su lugar, defina señales específicas y medibles que muestren si el prototipo está provocando la acción deseada.

*Ejemplo: si se prueba una tarjeta de compromiso para citas de vacunación, evite criterios de éxito vagos como «los cuidadores entendieron la tarjeta de recordatorio». En su lugar, considere lo siguiente:*

### Planificación de prototipos

#### ¿Con quién tenemos que hablar para probar la idea?

*Incluya a las personas más importantes para el uso, la ejecución y el éxito a largo plazo de la intervención.*

- **Usuarios finales:** Personas que experimentan esta idea en su vida cotidiana
- **Ejecutores:** Personas que ponen en práctica la idea
- **Ejecutores/tomadores de decisiones:** Personas que apoyan, gestionan o mantienen la idea a lo largo del tiempo.

**¿Dónde debemos crear prototipos?** *¿Dónde pondremos a prueba la idea? Piensa en los diferentes espacios donde se administrará y/o utilizará la idea.*

#### ¿Cómo sabremos si funciona?

*Empiece por identificar 2-3 indicadores observables que reflejen el efecto previsto del prototipo sobre el microcomportamiento objetivo.*

*¿Cómo mediremos el éxito basándonos en las interacciones verbales, no verbales, sociales y con objetos?*

### Planificación de prototipos

#### ¿Con quién tenemos que hablar para probar la idea?

*Incluya a las personas más importantes para el uso, la ejecución y el éxito a largo plazo de la intervención.*

- **Usuarios finales:** Personas que experimentan esta idea en su vida cotidiana
- **Ejecutores:** Personas que ponen en práctica la idea
- **Ejecutores/tomadores de decisiones:** Personas que apoyan, gestionan o mantienen la idea a lo largo del tiempo.

**¿Dónde debemos crear prototipos?** *¿Dónde pondremos a prueba la idea? Piensa en los diferentes espacios donde se administrará y/o utilizará la idea.*

#### ¿Cómo sabremos si funciona?

*Empiece por identificar 2-3 indicadores observables que reflejen el efecto previsto del prototipo sobre el microcomportamiento objetivo.*

*¿Cómo mediremos el éxito basándonos en las interacciones verbales, no verbales, sociales y con objetos?*

- «El 80 % de los cuidadores indicaron correctamente la fecha de la cita sin que se les pidiera».
- 3 de cada 4 cuidadores firmaron la tarjeta y la guardaron en su bolso personal o en su cuaderno de salud antes de irse
- El 75 % de los cuidadores afirma ser capaz de explicar el propósito de la tarjeta en menos de un minuto, sin confusión.

Siempre que sea posible, compare el rendimiento del prototipo con la práctica de referencia para aclarar qué está cambiando y si esos cambios son significativos.

- b. El siguiente paso es recopilar comentarios sobre si se están cumpliendo los indicadores de éxito. Utilice una combinación de señales verbales, no verbales, sociales y de comportamiento para evaluar el rendimiento del prototipo en condiciones reales. Siempre que sea posible, dé prioridad a la observación directa sobre los autoinformes. Las pruebas iniciales no tienen como objetivo demostrar el impacto, sino detectar patrones y realizar ajustes rápidos antes de la ampliación. Utilice la tabla 9 que figura a continuación como guía para saber qué buscar, cuándo recopilarlo y cómo documentarlo:

TABLA 9. FORMAS DE RECOPIRAR COMENTARIOS DURANTE LAS PRUEBAS

TIPO DE EVIDENCIA	QUÉ BUSCAR	CUÁNDO RECOPIRARLA	CÓMO CAPTURARLO
<b>Comentarios verbales</b>	Lo que dicen los participantes sobre el prototipo: qué tiene sentido, qué resulta confuso, qué es útil y qué no.	Inmediatamente después de su uso (por ejemplo, entrevistas posteriores a la interacción o al salir)	Utilice formularios de comentarios breves, entrevistas informales o grabaciones de audio. Plantee preguntas abiertas como «¿Qué le ha parecido?» o «¿Hay algo que no le haya quedado claro?».
<b>Reacciones no verbales</b>	Lenguaje corporal, vacilación, entusiasmo, frustración: señales que pueden no expresarse verbalmente	Durante la interacción con el prototipo	Utilice listas de verificación de observación o notas de campo para registrar expresiones faciales, pausas, tono de voz o inquietud. Estas señales suelen revelar las respuestas emocionales con mayor claridad que las palabras.
<b>Señales sociales</b>	Cómo afecta la dinámica de grupo al uso: imitar a los demás, buscar validación, deferir a la autoridad	Durante situaciones de prueba en grupo o en público	Asigne a un observador para que anote si los participantes miran a sus compañeros antes de actuar, imitan a los demás o preguntan «¿Qué están haciendo los demás?». Utilice reflexiones en equipo u hojas de informe para registrar los patrones de influencia social.
<b>Interacciones con objetos</b>	Cómo interactúan físicamente las personas con el prototipo: ¿lo utilizan, lo descartan, piden ayuda?	Durante e inmediatamente después del uso del prototipo	Utilice hojas de registro o registros fotográficos para realizar un seguimiento de los patrones de uso: ¿Se maneja el objeto con confianza? ¿Se devuelve, se reutiliza o se tira? ¿Se siguen las instrucciones?

Utilizando la tarjeta de compromiso del cuidador como ejemplo, el equipo puede evaluar los indicadores en los cuatro tipos de evidencia:

- **Comentarios verbales:** pregunte a los cuidadores: «¿Qué le recuerda hacer la tarjeta?», «¿Hay algo en la tarjeta que no esté claro?». Si muchos no pueden explicar su propósito o lo malinterpretan, esto indica una falta de claridad o utilidad.
- **Reacciones no verbales:** esté atento a los signos de confusión (por ejemplo, ceño fruncido, vacilación para aceptar o firmar) y de confianza (por ejemplo, asentir con la cabeza, sonreír, comprender rápidamente). Si los cuidadores parecen inseguros, requieren explicaciones repetidas o muestran un malestar visible, es posible que sea necesario ajustar el diseño.
- **Señales sociales:** en entornos con varios cuidadores, observe si estos observan a los demás antes de firmar o si preguntan a sus

compañeros «¿Qué has hecho con la tuya?». Esto puede sugerir que el uso de la tarjeta no es intuitivo o que el comportamiento de los compañeros influye en su aceptación.

- **Interacciones con objetos:** observe si los cuidadores firman la tarjeta, la guardan o la desechan después de recibirla; preguntan dónde guardarla o la devuelven al personal; o la consultan durante la visita o en citas posteriores. Estas señales ayudan a revelar si la tarjeta se percibe como algo valioso o como un simple folleto más.

Documente todas las observaciones (comentarios, expresiones, comportamientos de los compañeros, uso de objetos) en la sección «¿Cómo sabremos si funciona?» de la hoja de trabajo para esbozar el prototipo. Esto aclara lo que el equipo deberá seguir para evaluar si el prototipo es eficaz o necesita mejoras antes de su lanzamiento.

## 6. Realice pruebas con los usuarios y repita el prototipo

El siguiente paso es realizar pruebas con usuarios reales en entornos reales.

- a. Comience por definir los métodos de prueba de usuarios. Las pruebas de campo pueden adoptar muchas formas, dependiendo de la intervención, la fidelidad (de un prototipo) de los objetivos de aprendizaje y los recursos disponibles. Pueden ir desde conversaciones informales con unos pocos usuarios hasta sesiones estructuradas con socios. Existen una serie de recursos útiles para apoyar esta fase, como el IDEO Org Design Kit, que ofrece orientación sobre la creación rápida de prototipos y las pruebas de campo.

Tomando como ejemplo la tarjeta de compromiso del cuidador, las pruebas podrían comenzar con recorridos informales, en los que se muestra la tarjeta a los cuidadores inmediatamente después de reservar su cita. El facilitador

podría hacer preguntas sencillas y abiertas, como: «¿Le resultaría útil?» o «¿Qué haría con esta tarjeta después de salir de la clínica?». El objetivo es comprender las primeras impresiones y las reacciones emocionales.

A continuación, el equipo podría recurrir a la observación (es decir, observar discretamente si los cuidadores conservan la tarjeta, la consultan o preguntan al personal de la clínica sobre ella). Si existen diferentes versiones de la tarjeta (por ejemplo, una con una foto del niño y otra con el logotipo de la clínica), se podrían realizar pruebas paralelas (pruebas A/B) para comparar las preferencias y el grado de compromiso.

TABLA 10. MÉTODOS DE PRUEBA DE USUARIOS

MÉTODO DE PRUEBA DE USUARIO	QUÉ ES	CUÁNDO UTILIZARLO	QUÉ AYUDA A APRENDER
<b>Recorridos informales</b>	Conversaciones individuales con los usuarios, mostrando o explicando el prototipo y haciendo preguntas de seguimiento.	Etapas iniciales, cuando se prueban prototipos de baja fidelidad y se obtienen reacciones instintivas rápidas.	Primeras impresiones, claridad y respuesta emocional.
<b>Juegos de roles o simulaciones</b>	Representación de cómo se utilizaría la intervención en contexto, a menudo con los implementadores o los usuarios finales.	Cuando se prueban intervenciones interpersonales o basadas en servicios (por ejemplo, asesoramiento, actividades grupales).	Viabilidad, fluidez, experiencia del usuario y retos de ejecución.
<b>Pruebas paralelas (pruebas A/B)</b>	Presentación de varias versiones de un prototipo para comparar las reacciones entre sí.	Al elegir entre diferentes formatos o enmarcaciones de mensajes.	Preferencias, usabilidad y atractivo comparativo.
<b>Debates en grupos reducidos</b>	Comentarios guiados de unos pocos usuarios después de probar o revisar el prototipo.	Cuando se necesita una perspectiva más profunda de las percepciones o las normas sociales.	Aceptabilidad, adecuación al contexto, ideas de mejora.
<b>Pruebas de solo observación</b>	Observar a los usuarios interactuar con el prototipo sin darles indicaciones ni guiarlos.	Cuando el prototipo puede ser utilizado, leído o navegado físicamente por el usuario, o para probar la usabilidad en contexto y observar reacciones imparciales.	Interacción natural, confusión, vacilación o errores.
<b>Pruebas piloto ligeras</b>	Prueba de una versión simplificada de la intervención en un entorno real durante unos días o semanas.	Cuando un prototipo de alta fidelidad necesita retroalimentación in-situ.	Patrones de uso reales, interacción sostenida y efectos no deseados.
<b>Simulacros de los implementadores</b>	Los implementadores o los trabajadores de primera línea ensayan la intervención en un entorno simulado o de bajo riesgo (por ejemplo, una sesión de asesoramiento de práctica o una charla comunitaria).	Cuando se prueba la facilidad de aplicación de la intervención y si las instrucciones o herramientas son claras.	Problemas prácticos de ejecución, carga de tiempo y claridad de las instrucciones.

- b. Desarrollar herramientas para guiar las sesiones de prueba (por ejemplo, guías de debate, planes de observación o listas de verificación de ensayos) adaptadas al método, la profundidad del compromiso y la fidelidad (de un prototipo).

Para las demostraciones, los debates en grupo o las pruebas piloto, una guía de debate estructurada ayuda a los facilitadores a mantenerse centrados y fomenta la

retroalimentación abierta. La hoja de trabajo [«Guía para debatir del prototipo»](#) proporciona un punto de partida útil, con indicaciones como:

- **Presentar el propósito de la prueba y establecer expectativas:** dar la bienvenida a los participantes, explicar la sesión, enfatizar que los comentarios son valiosos y confidenciales, y solicitar su consentimiento.

- **Identificar puntos de confusión, resistencia o fricción:** revisar las barreras de comportamiento identificadas anteriormente y confirmar si siguen siendo relevantes. Sacar a la luz cualquier nuevo reto que pueda haber surgido.
- **Guiar a los usuarios a través del prototipo y recabar reacciones (por ejemplo, utilidad, claridad, adecuación):** Repase cada prototipo, recabe las reacciones iniciales y explore la claridad, la utilidad, las preocupaciones y las sugerencias de mejora.
- **Sacar a la luz ideas para mejorar o perfeccionar:** Pida a los participantes que reflexionen sobre qué ideas son más y menos útiles, y qué se podría cambiar para mejorarlas.

No es necesario utilizar esta hoja de trabajo en su totalidad ni tal y como está. En su lugar, adapte la seleccionando las preguntas más relevantes para el método del prototipo y los objetivos de aprendizaje.

Para los métodos observacionales, como observar a los usuarios interactuar con un prototipo o realizar simulacros de implementación, las mismas preguntas básicas pueden traducirse en sencillas plantillas para tomar notas o listas de verificación de observación. Estas ayudan a captar de forma sistemática los comportamientos y reacciones clave, incluso cuando los participantes no hablan directamente.

- c. Para garantizar que las pruebas sean éticas y eficaces, tenga en cuenta lo siguiente al poner en marcha las pruebas de usuario:
  - Obtenga el consentimiento informado de todos los participantes mediante un sencillo formulario de consentimiento informado o un guión verbal (dependiendo del contexto y los niveles de alfabetización) para formalizar este proceso.

## Introducción

Presente al equipo y agradezca a los participantes su participación. Pida a cada uno que comparta brevemente su nombre y un poco sobre sí mismo, opcionalmente una pregunta de calentamiento. Presente los antecedentes del trabajo que estamos realizando. Haga hincapié en que no se trata de obtener la aprobación, sino de una opinión sincera. No hay respuestas correctas o incorrectas, y todo lo que se comparta será confidencial. Pida permiso para hacer fotos (sólo para uso interno) y recuerde a los participantes que pueden excluirse. A continuación, compruebe si hay alguna pregunta antes de empezar.

## Barreras

Utilice este tiempo con los miembros de la comunidad para revisar las barreras identificadas anteriormente en la investigación. Confirme si estos desafíos se ajustan a su experiencia o si hay algo que hayan malinterpretado o pasado por alto.

## Probar ideas

Comparta el concepto de cada idea, guíeles por él y utilice el prototipo para demostrarlo cuando sea posible. Recuerde que no estamos vendiendo las ideas para que las aprueben. Las presentamos para recabar opiniones críticas y aportaciones de la comunidad.

- Califique esta idea:
  - Rojo = no funcionará
  - Amarillo = podría funcionar
  - Verde = funcionará
- ¿Por qué ha votado así? (posibles preguntas de seguimiento)
- ¿Cuáles son las ventajas de esta idea? ¿Qué te parece interesante? ¿Por qué quieres apoyar esta idea?
- ¿Cuáles son los inconvenientes o dificultades de esta idea? ¿Qué parece confuso? ¿Qué hace que no quieras participar o apoyar esta idea?
- ¿A quién va dirigida esta idea? ¿Queda alguien excluido?
- ¿Te consideras parte de la idea propuesta y, en caso afirmativo, cómo?
- ¿Cómo utilizaría/interactuaría con la idea propuesta si estuviera disponible/se aplicará en su comunidad el mes que viene?
- ¿Cómo podríamos mejorarla para usted: haciéndola más atractiva, más adecuada o más impactante? ¿Qué podría cambiar (añadir, eliminar o simplificar) de esta idea?
- ¿Hay algo más que podríamos hacer para lograr este objetivo?
- ¿Hay algo que la comunidad ya esté haciendo para lograr este objetivo?
- ¿Qué debemos saber sobre tu comunidad para lograr este objetivo?
- ¿Qué elementos de la idea podría ayudar a diseñar la comunidad? Considera: el lugar, el momento, la participación, quién está invitado o involucrado, los preparativos, etc.
- Si pudiéramos en práctica esta idea en su comunidad, ¿qué cambios esperaríamos ver como resultado?

## Priorizar funciones

Una vez que hayamos terminado de presentar y probar la idea, pídeles que prioricen las características.

- Si tuvieras que quedarte con una de las características, ¿cuál sería? ¿Por qué has elegido esta característica?
- Si tuvieras que eliminar una característica, ¿cuál sería? ¿Por qué la has elegido?
- Si tuvieras que convertir la idea en algo que usarías o compartirías con un amigo cercano, ¿qué cambiarías?

## Conclusión

Agradece a los participantes su tiempo y explícales cómo vamos a avanzar con las ideas. Pregúntales si tienen alguna duda.

- Evite poner a las personas en situaciones en las que puedan sentirse juzgadas, avergonzadas o coaccionadas. Para reducir este riesgo, tenga en cuenta estas sugerencias:
    - Evite realizar pruebas en grupo si el prototipo incluye temas delicados o experiencias personales.
    - Mantenga una actitud neutral en la facilitación, evitando elogiar o corregir el comportamiento de los participantes.
    - Diseñe guiones y herramientas neutrales que no impliquen una respuesta «correcta» o «incorrecta».
    - Deje que los participantes interactúen libremente, sin presionarlos para que actúen de una determinada manera.
    - Evite registrar nombres o información identificable, a menos que sea absolutamente necesario.
  - Asegúrese de que el prototipo sea seguro y adecuado para el contexto.
  - Realice una reunión informativa con el equipo inmediatamente después de la prueba para recopilar nuevas perspectivas.
- d.** Después de cada ronda de pruebas con usuarios, sintetice lo que se ha aprendido. Utilice la hoja de trabajo [de síntesis](#) de prototipos para documentar las principales conclusiones.
- Comience con notas sin procesar o registros de observación de las sesiones de prueba. Revise lo que las personas hicieron, dijeron o mostraron a través del lenguaje corporal. A continuación, reflexione sobre la dirección general de la intervención y responda a las siguientes preguntas:
- ¿Qué demuestra que la idea se ajusta a su propósito original? Reflexione sobre si los usuarios entendieron la idea tal y como se pretendía. Esto ayuda a evaluar si el prototipo está cumpliendo con la hipótesis de comportamiento.

## Síntesis de prototipos

Después de la creación de prototipos, utilice esta hoja de trabajo para sintetizar las opiniones recibidas. Utilice una hoja por idea.

Nombre de la idea: \_\_\_\_\_

<p><b>¿Qué demuestra si la idea se ajusta a su propósito original?</b>  <i>Reflexione sobre si los usuarios han entendido la idea de la manera prevista. Esto ayuda a evaluar si el prototipo cumple la hipótesis de comportamiento.</i></p>	<p><b>Cambios clave que surgieron de la creación de prototipos</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;"> <p><b>Conservar</b>  <i>Elementos que han funcionado bien y que deben permanecer sin cambios.</i></p> </td> <td style="padding: 5px;"> <p><b>Mejorar</b>  <i>Elementos que causaban confusión, dudas o fricción.</i></p> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <p><b>Eliminar</b>  <i>Elementos que se malinterpretaron o introdujeron riesgos.</i></p> </td> <td style="padding: 5px;"> <p><b>Añadir</b>  <i>Elementos o ideas que faltan y que podrían reforzar la intervención.</i></p> </td> </tr> </table>	<p><b>Conservar</b>  <i>Elementos que han funcionado bien y que deben permanecer sin cambios.</i></p>	<p><b>Mejorar</b>  <i>Elementos que causaban confusión, dudas o fricción.</i></p>	<p><b>Eliminar</b>  <i>Elementos que se malinterpretaron o introdujeron riesgos.</i></p>	<p><b>Añadir</b>  <i>Elementos o ideas que faltan y que podrían reforzar la intervención.</i></p>
<p><b>Conservar</b>  <i>Elementos que han funcionado bien y que deben permanecer sin cambios.</i></p>		<p><b>Mejorar</b>  <i>Elementos que causaban confusión, dudas o fricción.</i></p>			
<p><b>Eliminar</b>  <i>Elementos que se malinterpretaron o introdujeron riesgos.</i></p>		<p><b>Añadir</b>  <i>Elementos o ideas que faltan y que podrían reforzar la intervención.</i></p>			
<p><b>¿Qué sugiere que la idea podría conducir al cambio de comportamiento que pretendemos?</b>  <i>Busca señales en lo que dicen los usuarios sobre la facilidad, la utilidad o la probabilidad de seguimiento.</i></p>					
<p><b>¿Qué demuestra que la idea aborda una barrera específica?</b>  <i>Capta cualquier evidencia de que la idea está ayudando a superar la barrera COM-B para la que hemos diseñado; haciendo algo más claro, más fácil, más motivador o más accesible.</i></p>					

- ¿Qué sugiere que la idea podría conducir al cambio de comportamiento previsto? Busque señales en lo que dicen los usuarios sobre la facilidad, la utilidad o la probabilidad de seguimiento.
- ¿Qué indica que la idea está abordando una barrera específica? Recopile cualquier evidencia de que la idea está ayudando a superar la barrera COM-B identificada: haciendo algo más claro, más fácil, más motivador o más accesible.

En esta etapa, las respuestas son provisionales. Las pruebas rápidas pueden mostrar si una idea es prometedora o problemática, pero solo una evaluación rigurosa puede confirmar su impacto.

- e. A continuación, complete los cambios clave que surgieron de la creación de prototipos:
- **Mantener:** elementos que funcionaron bien y deben permanecer sin cambios.
  - **Mejorar:** elementos que causaron confusión, dudas o fricciones.
  - **Eliminar:** Elementos que no funcionaron, se malinterpretaron o introdujeron riesgos.
  - **Añadir:** elementos o ideas que faltaban y que podrían reforzar la intervención.
- f. A continuación, repita el prototipo para perfeccionarlo. La iteración es el paso en el que se mejora el prototipo basándose en lo aprendido durante las pruebas. Esto podría significar reformular los mensajes, cambiar los elementos visuales, ajustar la forma en que se presenta o modificar los materiales o guiones de entrega. En algunos casos, también puede significar descartar por completo una idea si no funciona bien o si crea confusión, incomodidad o preocupaciones éticas.
- g. Una vez que la versión revisada esté lista, vuelva al campo para realizar otra ronda de pruebas. No existe un número universal de rondas de pruebas que se aplique a todos los prototipos. Sin embargo, normalmente se recomiendan al menos dos rondas de pruebas con usuarios, como se describe a continuación:

- Prueba inicial del prototipo para evaluar la usabilidad, la relevancia y las reacciones iniciales.
- Pruebas de seguimiento después de las revisiones para confirmar si los cambios han mejorado el rendimiento y resuelto los problemas anteriores.

Es posible que se necesiten rondas adicionales en función de tres criterios:

- **Confianza en el rendimiento:** si los usuarios siguen teniendo dificultades para comprender, aceptar o utilizar el prototipo según lo previsto, continúe con las pruebas hasta que los comentarios sean consistentemente positivos.
- **Complejidad del prototipo:** cuanto más complejo sea el prototipo, más ciclos de pruebas serán necesarios.
- **Gama de casos de uso:** si el prototipo se va a utilizar en múltiples contextos o segmentos de público, realice pruebas con representantes de cada grupo.

- h. Documente cada versión, los cambios realizados y su impacto. Esto servirá de base para futuras adaptaciones o ampliaciones. Cada ronda puede ser pequeña (5-10 usuarios por segmento), siempre y cuando las sesiones estén bien enfocadas y facilitadas. Continúe con las pruebas hasta que las sesiones repetidas dejen de generar

Tenga en cuenta los siguientes consejos a la hora de crear prototipos y probar ideas con los usuarios:

- **«Compañero de equipo del prototipo» para observar lo que se puede pasar por alto.** Incluso los mejores facilitadores pasan cosas por alto en el momento. Asigne a un miembro del equipo como observador silencioso durante las sesiones de prueba. Su única tarea es tomar notas sobre las señales no verbales (por ejemplo, vacilación, confusión, sorpresa) y los momentos en los que los usuarios se desvían de las expectativas. Esto añade una perspectiva valiosa durante la síntesis, especialmente en lo que se refiere a la usabilidad y los puntos de fricción.

- **Etiqueta cada versión del prototipo con un código único.** Evita la confusión al iterar. Utiliza un sistema de control de versiones (por ejemplo, «ayuda de trabajo para agentes comunitarios de salud (ACS) v2.1 – diseño con íconos fotográficos») en cada prototipo. Incluye la versión y el cambio clave que contiene. Esto facilita el seguimiento de lo que se ha probado, cómo ha funcionado y qué ha cambiado en la siguiente ronda.
- **Pruebe siempre cómo se presenta, no solo la herramienta en sí.** El éxito de un prototipo suele depender de cómo lo expliquen, entreguen o enmarquen los implementadores. Durante las pruebas, observe no solo cómo reaccionan los usuarios ante la

herramienta, sino también cómo se presenta. Si los trabajadores de primera línea no están seguros de cómo explicarla, es posible que la herramienta nunca llegue a implantarse. Trate el momento de la entrega como parte del prototipo y Pruébalo con el mismo rigor.

- **Valide las opiniones más discretas.** Los participantes más extrovertidos suelen dominar las pruebas en grupo. Para garantizar que se escuche a todo el mundo, incluya un momento de «comentarios silenciosos»; por ejemplo, pida a los participantes que marquen las partes del prototipo en papel que les gustan o no les gustan con calcomanías o símbolos, antes de que comience el debate.

## ESTUDIO DE CASO:

# Aumento de la cobertura de vacunación infantil en el Líbano

El esquema del prototipo, la guía de discusión del prototipo y la síntesis del prototipo no fueron desarrollados por el equipo original del proyecto. Son ejemplos recreados basados en datos y contextos reales del proyecto.

Tras preseleccionar las ideas de intervención utilizando criterios de priorización y éticos, el equipo de investigación del Líbano pasó a la fase de prototipo. La idea seleccionada para su desarrollo fue una tarjeta de cita en papel, una herramienta sencilla diseñada para ayudar a los cuidadores a recordar la fecha de la próxima vacunación de sus hijos y acudir a tiempo.

## Desarrollo del prototipo

Para empezar, el equipo creó un esquema del prototipo. La intervención tenía como objetivo abordar las barreras específicas identificadas entre los cuidadores del programa AIA, en particular el olvido, la sobrecarga cognitiva y la falta de orientación clara sobre cuándo volver para la siguiente dosis.

El prototipo esbozado aclaraba el comportamiento deseado (que los cuidadores regresaran a tiempo para la siguiente vacuna), los mecanismos esperados (mejorar la memoria y la planificación, crear una señal física) y la motivación para su probable éxito (era sencillo,

tangible y podía encajar de forma natural en las rutinas existentes de los cuidadores). El alcance del prototipo se definió como los centros de salud que atienden a familias sirias y libanesas en entornos de bajos recursos.

A continuación, el equipo desarrolló una versión de baja fidelidad de la tarjeta de cita (véase más abajo). Este diseño

Logo del Ministerio de Salud Pública/UNICEF

Tus vecinos están protegiendo a sus hijos vacunándolos, ¿cuándo lo harás tú?

¡Más de 90,000 niños han sido vacunados GRATIS en centros de atención primaria a través de esta actividad!

...  
Escribe los nombres de los niños no vacunados o con dosis insuficientes

Prometo vacunar a mis hijos en el centro de atención primaria

Indique la dirección y el horario de atención del centro de atención primaria preferido

No pondremos en contacto con usted para obtener más información sobre su experiencia

El Ministerio de Salud Pública garantiza la calidad y eficacia de las vacunas gratuitas que ofrecen los centros de atención primaria. Para obtener más información o presentar quejas, llame al Ministerio de Salud Pública al 1214.

### Nombre y descripción de la idea:

**Ayuda visual para la planificación:** Se entrega a los cuidadores una sencilla tarjeta de cita después de la vacunación de su hijo, seguida de recordatorios personalizados por SMS antes de la siguiente visita programada para que vuelvan a tiempo.

### Alcance de la idea.

Esta intervención está dirigida a los cuidadores que viven en asentamientos de refugiados sirios y comunidades circundantes en el Líbano atendidos por el Ministerio de Salud Pública (MoPH) a través del programa AIA. Las pruebas iniciales se llevarán a cabo en centros de atención primaria de salud (APS) seleccionados dentro de esas zonas.

### Hazlo realidad.

Una versión de baja fidelidad de la tarjeta física de citas. Una tarjeta pequeña, colorida y del tamaño de una cartera que muestra la fecha de la próxima visita, el nombre del niño e información sobre la clínica. También se prepararán mensajes SMS de muestra para ser leídos en voz alta o mostrados, imitando el recordatorio que los cuidadores recibirán a través del teléfono móvil unos días antes de la cita.

## Hipótesis de intervención

### ¿Qué barreras clave creemos que resuelve esta idea?

- **Capacidad:** Los cuidadores pueden olvidar la fecha o perderla de vista debido a otras exigencias.
- **Oportunidad:** Es posible que no exista un sistema coherente que incite a volver a visitar al paciente o a planificar con antelación.
- **Motivación:** Sin recordatorios, la percepción de urgencia o importancia de una segunda o tercera dosis puede desvanecerse, especialmente cuando no hay síntomas inmediatos.

### ¿Qué mecanismos utilizará la idea para abordar las barreras?

- **Ayuda a la memoria y a la planificación:** La tarjeta ofrece un recordatorio tangible, el mensaje SMS actúa como un empujoncito oportuno.
- **Facilidad cognitiva:** Las fechas y los pasos están más claros y marcados visualmente.
- **Indicación de compromiso:** Recibir una tarjeta y un SMS anima a seguir adelante.
- **Refuerzo social:** Los mensajes hacen referencia al centro de salud y se enmarcan en los mensajes cariñosos de los trabajadores sanitarios.

### ¿Cuál es el comportamiento específico que queremos que cambie?

#### ¿Qué aspecto tiene el éxito?

• **Cuál es el comportamiento específico que queremos que cambie?** Los cuidadores vuelven al centro de salud a tiempo para la siguiente vacunación sistemática programada de su hijo, una vez administrada la primera dosis.

• **¿Cómo es el éxito?** Un aumento de la proporción de cuidadores que regresan para la siguiente dosis de vacuna dentro del plazo recomendado (por ejemplo, dentro de los 28 días para los esquemas de dosis múltiples).

### ¿Por qué podría funcionar para la comunidad?

Esta idea se basa en las rutinas existentes en los APS y aprovecha el deseo de los cuidadores de hacer lo correcto por la salud de sus hijos. Aprovecha herramientas conocidas y de bajo costo (tarjetas de papel y SMS) que gozan de confianza y se utilizan habitualmente. Además, se ajusta a las preferencias locales de orientación clara y seguimiento amistoso por parte del personal sanitario.

## Planificación de prototipos

### ¿Con quién tenemos que hablar para probar la idea?

- **Utilicélos:** Cuidadores (principalmente madres) que llevan a los niños a los centros de salud para recibir su primera dosis de vacuna.
- **Adminístralos:** Trabajadores sanitarios (enfermeras o personal de registro) que explican y distribuyen la tarjeta, y personal del Ministerio de Salud Pública que coordina los recordatorios por SMS.
- **Manténelos:** Los gestores del programa de inmunización del MSP y las ONG asociadas que apoyan el programa AIA, que pueden mantener los sistemas de mensajes recordatorios e impresión de tarjetas.

### ¿Dónde debemos crear prototipos?

- Entornos clínicos, especialmente durante los días de inmunización rutinaria.
- Zonas de espera, donde se puede introducir la tarjeta antes de salir.
- Entornos domésticos (indirectamente), donde se recibirán los SMS y potencialmente se suscitarán discusiones con los miembros de la familia o la planificación.

### ¿Cómo sabremos si funciona?

- **Reacciones verbales:** ¿Expresan los cuidadores comprensión y agradecimiento por la tarjeta/recordatorio?
- **Señales no verbales:** ¿Conservan los cuidadores la tarjeta, sonríen o asienten con la cabeza mientras la reciben?
- **Señales sociales:** ¿Lo comentan los cuidadores con otras personas en la clínica o con la familia en casa (autoinforme)?
- **Seguimiento del comportamiento:** ¿Vuelven los cuidadores en la fecha prevista o cerca de ella? ¿Mencionan haber recibido el recordatorio?

### Introducción

Hola y muchas gracias por tomarse el tiempo de hablar hoy con nosotros. Somos un equipo de investigación que trabaja con el Ministerio de Salud Pública y UNICEF para mejorar los servicios de vacunación infantil en su comunidad. Hoy compartimos algunas ideas para conocer su opinión. Queremos aprender de usted: qué funciona, qué no funciona y cómo podría mejorarse. No hay respuestas correctas o incorrectas. Tu opinión es muy importante y todo lo que compartas será confidencial. Es posible que tomemos notas o hagamos fotos de los materiales (no de usted) para ayudar a nuestro equipo a recordar los comentarios. Por favor, siéntase libre de decir que no a cualquier cosa con la que se sienta incómodo. Para empezar, ¿podría decimos su nombre y algo sobre su hijo o su última visita al centro de salud?

### Barreras

Antes hemos oído que la gente a veces olvida la fecha de vacunación o no recibe recordatorios. ¿Le parece que esto es cierto? ¿Existen otras razones por las que sea difícil volver a vacunarse?

### Probar ideas

(Muestre el prototipo físico de la tarjeta de citas y guíe al cuidador a través de él).

Veamos esta tarjeta. Imagínese que acaba de recibirla después de la cita para vacunar a su hijo. En ella se le indica cuándo debe volver la próxima vez.

#### Califique esta idea:

- Rojo = no funcionará
- Amarillo = podría funcionar
- Verde = funcionará

#### Preguntas para explorar:

- ¿Por qué has votado así?
- ¿Qué te gusta de esta idea?
- ¿Qué podría resultar difícil o confuso?
- ¿A quién crees que beneficiaría más? ¿Quién podría quedar excluido?
- ¿Cómo utilizarías esta tarjeta en casa? ¿La recordarías?
- ¿Qué podría hacer que esta tarjeta fuera más útil? (por ejemplo, color, recordatorios, pegatinas, fotos, etc.)
- ¿Hay algo más que haga tu comunidad para recordar las fechas de vacunación?
- ¿Qué deberíamos tener en cuenta si probamos esta idea en su comunidad?
- Si esta tarjeta se utilizará en su comunidad el mes que viene, ¿qué cambios esperarías ver?

### Priorizar funciones

- Si tuviera que quedarse con una característica clave de la intervención, ¿cuál sería? ¿Por qué seleccionó esta característica?
- Si tuviera que eliminar una característica, ¿cuál sería? ¿Por qué?

### Conclusión

Gracias de nuevo por compartir tus ideas. Tus comentarios nos ayudan a mejorar esta idea antes de finalizarla o eslarla. Utilizaremos lo que hemos aprendido hoy para mejorarla y probarla con más gente. ¿Alguna pregunta o reflexión final?

minimalista fue intencionado, ya que era fácil de reproducir, económico y permitía al equipo probar los elementos básicos antes de invertir en una versión más pulida.

## Prueba del prototipo por parte de los usuarios

Para garantizar que la tarjeta fuera útil y aceptable, el equipo realizó simulacros informales con cuidadores en entornos clínicos simulados. Utilizando una guía estructurada, recopilaron las primeras impresiones, las respuestas emocionales y las preocupaciones.

Los cuidadores calificaron el prototipo (verde = funciona, amarillo = podría funcionar, rojo = no funciona) y explicaron por qué. Las conversaciones exploraron lo que les gustaba, lo que les confundía, a quién ayudaría la tarjeta y cómo se podría mejorar.

## Comentarios clave e iteraciones

Los comentarios fueron en gran medida positivos. Los cuidadores valoraron que se anotara la fecha y dijeron que creaba una sensación de «obligación de acudir a la cita», lo que hacía que la visita pareciera más oficial.

Al mismo tiempo, las pruebas revelaron oportunidades específicas de mejora:

- **Mantener:** fecha escrita a mano, sello/ logotipo del centro de salud, diseño sencillo, explicación verbal del personal.
- **Mejorar:** la durabilidad de la tarjeta (laminación/ fundas), estandarizar los iconos para los usuarios con bajo nivel de alfabetización.
- **Eliminar:** diseños demasiado clínicos o genéricos que resultaban impersonales y fáciles de ignorar.
- **Añadir:** calcomanías o símbolos infantiles para diferenciar las tarjetas de los hermanos y atraer a los niños.

Estos comentarios se documentaron utilizando la hoja de trabajo **de síntesis de prototipos** y se utilizaron directamente para mejorar la tarjeta.

Estos cambios contribuyeron a aumentar la relevancia, la facilidad de uso y la aceptación de la tarjeta tanto por parte de los cuidadores como de los trabajadores sanitarios, lo que sentó unas bases más sólidas para realizar pruebas a gran escala.

### ¿Qué demuestra si la idea se ajusta a su propósito original?

Los cuidadores entendieron que la tarjeta indicaba cuándo volver a la clínica y la consideraron una herramienta de recordatorio. Muchas se refirieron a ella como "el papel que me dice cuándo tengo que volver", lo que demuestra que se ajusta a su uso previsto como compromiso y señal para el seguimiento.

### ¿Qué sugiere que la idea podría conducir al cambio de comportamiento que pretendemos?

Varios cuidadores dijeron que "lo guardarían en un lugar seguro" o "lo pegarían en la nevera" y mencionaron que les gustaba tener algo oficial que se lo recordara. Algunos dijeron explícitamente que les ayudaría a recordar la fecha sin necesidad de volver a preguntar, lo que sugiere una mejora del seguimiento.

### ¿Qué demuestra que la idea aborda una barrera específica?

La tarjeta abordaba directamente las barreras de memoria (capacidad psicológica) al ofrecer una señal visible, y las barreras de motivación al formalizar la próxima visita como una cita. El sello del trabajador sanitario y la fecha escrita a mano le daban un aspecto más legítimo y difícil de ignorar.

### Cambios clave que surgieron de la creación de prototipos

#### Conservar

- Fecha escrita a mano: Parecía personal y autoritaria.
- Sello o logotipo del centro de salud: Mayor legitimidad y confianza.
- Formato sencillo: Fácil de leer y llevar.
- Explicación verbal del trabajador sanitario: Mayor claridad e importancia percibida.

#### Mejorar

- Durabilidad de la tarjeta: El papel fino corría el riesgo de dañarse; algunos sugirieron versiones plastificadas o fundas de plástico.
- Iconos visuales: En los casos en que se utilizaron, los elementos visuales resultaron útiles pero poco coherentes; estandarizarlos podría aumentar la claridad para los usuarios con un nivel bajo de alfabetización.

#### Eliminar

- Diseño demasiado clínico: Algunas versiones parecían demasiado genéricas o formales y no llamaban la atención, sobre todo cuando faltaban elementos visuales.

#### Añadir

- Pegatina o símbolo del niño: Algunos cuidadores sugirieron añadir una pegatina con el nombre del niño o un símbolo para ayudar a los hermanos a distinguir las tarjetas.

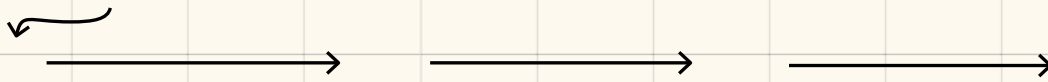
**1** Declaraciones que revelan el respaldo social al programa AIA

**2** Compromiso vinculante de vacunación en un centro de salud de primera línea

**3** Calendario para recordar a los padres la fecha de vacunación

**4** Información de APS proporcionada para simplificar la planificación de la visita

**5** Garantía del Ministerio de Salud Pública de la calidad y eficacia de las vacunas



## PASO 4:

# Teoría de cambio

### En este paso:

A medida que el proceso avanza desde el prototipo hasta la evaluación de una prueba piloto, es esencial aclarar la lógica que subyace a la intervención. ¿Cómo se espera que la intervención cambie el comportamiento y contribuya al resultado más amplio articulado durante la fase de *definición*? Para ello se requiere una teoría de cambio (ToC) práctica y con base empírica, que incluya lo siguiente:

- actores involucrados
- necesidades y barreras identificadas
- actividades propuestas
- cómo se espera que estos factores produzcan cambios en el comportamiento y los resultados

### Herramientas asociadas:

- [Teoría de cambio](#)

La Teoría de Cambio cumple dos funciones fundamentales:

- **Claridad interna:** garantizar la alineación dentro del equipo sobre cómo funciona la intervención y cómo se define el éxito.
- **Alineación externa:** ayudar a los financiadores, socios y responsables de la toma de decisiones a comprender rápidamente los fundamentos y el camino hacia el impacto.

## Por qué es importante:

Una Teoría de Cambio es una herramienta práctica que ayuda a los equipos a trazar claramente cómo se espera que una intervención genere cambios, vinculando las actividades con los comportamientos deseados y los resultados previstos. Si se hace bien, la Teoría de Cambio nos revela los mecanismos que hay detrás del cambio. Una Teoría de Cambio sólida comunica:

- El comportamiento específico que se está modificando.
- Por qué esta intervención funcionará en este contexto: los mecanismos que activa, como la confianza, la autoeficacia o la influencia social.
- Qué supuestos se están haciendo y dónde están los riesgos

Una Teoría de Cambio ayuda a ir más allá de una simple lista de actividades, ya que tiene un propósito que va más allá de la presentación de informes a los donantes. En lugar de limitarse a vincular los insumos con los resultados, establece la lógica del cambio: qué hay que cambiar, en qué orden, en qué condiciones y a través de qué mecanismos psicológicos o del comportamiento subyacentes. Esto ayuda a evitar un diseño «mecánico» que pasa por alto los verdaderos factores impulsores del comportamiento.

### **Ejemplo de una Teoría de Cambio débil o «mecánica»:**

si capacitamos a los trabajadores de salud comunitarios, aumentarán las tasas de inmunización. Esto omite el «cómo». No especifica qué comportamientos deben cambiar (por ejemplo, que los cuidadores superen sus dudas, que los trabajadores comunitarios de salud realicen un seguimiento constante), ni identifica los mecanismos que la capacitación pretende activar

## Cómo hacerlo:

Cada una de las siguientes subsecciones corresponde a un componente de la hoja de trabajo de [Teoría de Cambio](#), que ayuda a formalizar la lógica central de la intervención y la prepara para su puesta a prueba o evaluación.

(por ejemplo, generar confianza, cambiar las normas, mejorar la autoeficacia). Sin estos detalles, la vía causal está incompleta y se corre el riesgo de pasar por alto los verdaderos obstáculos para el cambio de comportamiento.

### **Ejemplo de una Teoría de Cambio de comportamiento más sólida:**

Si dotamos a los trabajadores comunitarios de salud de técnicas y herramientas de escucha empática para abordar los temores de los cuidadores sobre los efectos secundarios (actividad), los cuidadores se sentirán más comprendidos y seguros de su decisión (mecanismo: generar confianza y autoeficacia). Con un seguimiento regular y de confianza a través de visitas a la comunidad (actividad), los cuidadores también percibirán la vacunación como una norma comunitaria (mecanismo: influencia social). En conjunto, estos cambios aumentan la probabilidad de que los cuidadores regresen para recibir todas las dosis (comportamiento), lo que conduce a un mayor cumplimiento de los calendarios de vacunación (resultado).

Muchas intervenciones solo tienen éxito si se dan las condiciones previas (por ejemplo, confianza previamente establecida, recursos confiables, aprobación social). Una buena Teoría de Cambio (ToC) hace explícitas estas dependencias, de modo que la lógica refleje cómo es probable que se produzca el cambio en la práctica.

La ToC es un documento vivo que puede revisarse y adaptarse con el tiempo. Proporciona la base para el seguimiento y la evaluación en fases posteriores, y ayuda a detectar vacíos, riesgos o cuestiones éticas antes de que surjan. Crea un mapa compartido de cómo se espera que se produzca el cambio, haciendo explícitas las hipótesis y aclarando las vías de actuación para el equipo y los socios.

## 1. Identificar a los actores

- a. Comience por la primera columna de la hoja de trabajo de **Teoría de Cambio** identificando a los actores clave, es decir, las personas, grupos o instituciones cuya participación determinará el éxito de la intervención. Esto incluye:

## Teoría de cambio

Intervención: \_\_\_\_\_

Rellene esta hoja de trabajo para cada intervención que continuará con el diseño de pilotaje / experimento.

<b>Actores</b> Actores clave para el éxito de la intervención	<b>Necesidades</b> Principales barreras a la acción que deben abordarse	<b>Recursos</b> Cultura, contexto, capacidad, financiación necesaria	<b>Actividades</b> ¿Qué se hace o se proporciona para hacer frente a las barreras y propiciar el cambio?	<b>Mecanismos psicológicos/ Mecanismos de comportamiento.</b> ¿Qué palancas psicológicas o de comportamiento subyacentes desencadena esta actividad?	<b>Resultados</b> Mecanismos de cambio como resultado directo de las actividades, incluida(s) la(s) acción(es) prevista(s).	<b>Resultados intermedios</b> Efecto de la intervención en los mecanismos intermedios que podrían conducir al cambio de comportamiento	<b>Resultado del comportamiento primario</b> Efecto de la intervención en el cambio del comportamiento objetivo	<b>Impacto</b> Cómo influye la intervención en la declaración de resultados formulada en la fase de definición.

- **Usuarios finales:** aquellos que experimentarán directamente la intervención (por ejemplo, cuidadores, adolescentes, miembros de la comunidad).
- **Los ejecutores:** los responsables de llevar a cabo la intervención sobre el terreno (por ejemplo, trabajadores sanitarios, personal de divulgación, educadores).
- **Los implementadores o responsables de la toma de decisiones:** aquellos que influyen, aprueban o sostienen la intervención a lo largo del tiempo (por ejemplo, directores de programas, líderes locales, funcionarios gubernamentales).

**b.** Para cada actor, no se limite a enumerar nombres o funciones, sino que pregunte: «¿Qué debe hacer este actor de manera diferente para que la intervención tenga éxito?». Por ejemplo:

- Los usuarios finales, como los cuidadores, pueden necesitar actuar según los recordatorios de seguimiento y asistir a las visitas programadas.

- Los ejecutores, como los trabajadores sanitarios, pueden necesitar introducir nuevas herramientas o adoptar un enfoque de asesoramiento diferente.
- Los implementadores, como los administradores de programas, pueden necesitar asignar tiempo, personal o voluntad política para apoyar la intervención a gran escala.

**c.** Tome nota de cualquier actor que pueda bloquear o ralentizar el progreso. Considere lo siguiente:

- ¿Hay personas con poder de veto que aún no apoyan la iniciativa?
- ¿Hay algún actor con prioridades o incentivos contradictorios?

## 2. Defina las necesidades y las barreras clave

A continuación, utilice la segunda columna de la hoja de trabajo para registrar las barreras del comportamiento que la intervención pretende abordar. Esta sección debe basarse en el mapeo y el diagnóstico del comportamiento realizados durante la fase de *exploración y diagnóstico*.

El [esquema del prototipo](#) también contiene un resumen de esas barreras, actualizado antes de la prueba, y puede servir como punto de partida principal. Revise las necesidades y barreras documentadas, perfeccionando las barreras en función de lo aprendido durante el prototipo y las pruebas. ¿Alguna ha cobrado más o menos importancia en función de los comentarios de los usuarios? ¿Ha surgido alguna nueva barrera durante las pruebas?

Anote estas barreras clave en la segunda columna de la hoja de trabajo. Céntrese únicamente en las barreras que esta intervención trata de abordar directamente, en lugar de en el conjunto completo identificado durante la investigación anterior.

## 3. Aclare los recursos y las condiciones de implementación

Numere los recursos y las condiciones necesarios para que la intervención tenga éxito en la tercera columna de la hoja de trabajo. Estos pueden incluir:

- **Recursos humanos:** por ejemplo, trabajadores sanitarios capacitados, movilizadores entre pares, supervisores.
- **Materiales y herramientas:** por ejemplo, tarjetas de compromiso, teléfonos móviles, ayudas impresas para el trabajo.
- **Requisitos de entrega:** por ejemplo, subsidios para tiempo aire o datos, transporte para el personal de divulgación.
- **Facilitadores:** por ejemplo, apoyo político, integración con programas existentes, confianza de la comunidad en los trabajadores de primera línea o mayor urgencia pública debido a un brote reciente.

Para estructurar las barreras en esta sección, aplique el Marco COM-B:

- **Capacidad:** por ejemplo, vacíos de conocimiento, confianza limitada o información poco clara.
- **Oportunidad:** por ejemplo, limitaciones de tiempo, acceso geográfico, influencia social o disponibilidad de servicios.
- **Motivación:** por ejemplo, creencias subyacentes, emociones, prioridades o hábitos

Asegúrese de señalar cualquier dependencia o riesgo crítico. Por ejemplo:

- «Este enfoque solo funciona si se subvencionan los datos móviles».
- «Para utilizar el tiempo de los trabajadores comunitarios de salud, se requiere la aprobación del ministerio».
- «Los guardianes de la comunidad deben aprobar la intervención».

Aunque algunos de estos elementos pueden haberse señalado y debatido anteriormente, este es el momento de consolidarlos en un solo lugar. Captarlos con claridad garantiza que todos comprendan las condiciones necesarias para el éxito, además de destacar lo que puede ser necesario asegurar antes de pasar a la ampliación o la evaluación.

## 4. Esboce las actividades de la intervención

En la cuarta columna de la hoja de trabajo, describa las acciones específicas que su equipo llevará a cabo para abordar las barreras prioritarias identificadas. Estas acciones constituyen el núcleo operativo de su intervención y sientan las bases tanto para la implementación como para la evaluación. Cada actividad debe:

- Estar directamente relacionada con una barrera de comportamiento
- Estar explícitamente vinculada a un mecanismo de cambio (por ejemplo, recordatorios, indicaciones de planificación, mensajes de confianza, simplificación, incentivos). Por ejemplo:
  - Si los cuidadores olvidan las citas (barrera de capacidad), la actividad podría consistir en enviar recordatorios por SMS vinculados a las fechas de la clínica (mecanismo: relevancia + ayuda para la memoria).
  - Si los trabajadores comunitarios de salud no están seguros de cómo abordar las dudas (barreras de motivación + capacidad), la actividad podría consistir en una capacitación interactiva con juegos de rol y ayudas de trabajo personalizadas (mecanismo: autoeficacia + mensajero de confianza).

- Si el flujo de la clínica es abrumador (barrera de oportunidad), la actividad podría consistir en reestructurar la sala de espera para permitir conversaciones individuales más tranquilas (mecanismo: reducir la fricción + crear un entorno propicio).

En esta sección se debe explicar no solo qué se va a hacer, sino también por qué se espera que influya en el comportamiento, basando cada actividad tanto en la lógica práctica como en el conocimiento del comportamiento. Utilice esta lista de verificación para poner a prueba sus actividades:

- ¿Está cada actividad claramente vinculada a una barrera específica?
- ¿Entendemos el mecanismo de comportamiento que activa?
- ¿Es factible con los recursos y sistemas actuales?
- ¿Existe evidencia alguna (local o global) de que podría funcionar?
- ¿Es aceptable para quienes la llevan a cabo y quienes la reciben?

## 5. Mecanismos psicológicos/de comportamiento

La quinta columna es el núcleo de la Teoría del Cambio en un proyecto de ciencias del comportamiento. Explica por qué se espera que la intervención funcione, identificando los mecanismos psicológicos o del comportamiento subyacentes que actúan como palancas de cambio. Estos mecanismos conectan las actividades diseñadas con los cambios esperados en el comportamiento, haciendo que la vía causal sea clara y comprobable. Sin este paso, la Teoría de Cambio corre el riesgo de convertirse en una cadena estándar de entradas y salidas, en lugar de una herramienta de ciencias del comportamiento.

Cada actividad debe estar vinculada a uno o más mecanismos de cambio, tales como:

- **Autoeficacia:** aumentar la confianza de las personas en que pueden llevar a cabo el comportamiento.
- **Normas sociales:** señalar que otras personas de su comunidad valoran o practican el comportamiento.
- **Formación de hábitos:** reforzar acciones pequeñas y repetibles hasta que se conviertan en automáticas.
- **Confianza:** fortalecer la creencia en la credibilidad y las intenciones del mensajero o del sistema.
- **Reducción de la carga cognitiva:** facilitar el comportamiento deseado simplificando las opciones o reduciendo el esfuerzo mental.

- **Relevancia:** llamar la atención sobre el comportamiento en el momento adecuado, haciendo que sea difícil ignorarlo.

Por ejemplo:

- Los recordatorios por SMS funcionan porque reducen la carga cognitiva (las personas no tienen que recordar la fecha por sí mismas) y aumentan la relevancia (el mensaje llega cerca de la fecha de la cita).
- La capacitación interactiva de los trabajadores comunitarios de salud refuerza la confianza (los cuidadores perciben a los trabajadores de salud

como personas creíbles) y fomenta la autoeficacia (los trabajadores comunitarios de salud se sienten seguros a la hora de responder a las dudas).

- La reestructuración del flujo de la clínica reduce la fricción (barrera de oportunidad) y crea interacciones individuales de apoyo, lo que fomenta la confianza y el apoyo social.

Estos mecanismos también proporcionan una base clara para las pruebas durante la fase piloto y la evaluación posterior, lo que permite evaluar si se han activado según lo previsto; en caso contrario, se puede perfeccionar el diseño.

## 6. Definir los resultados

En la sexta columna de la hoja de trabajo, enumere los resultados inmediatos y observables de las actividades de intervención. No se trata de cambios de comportamiento, sino de señales a corto plazo que muestran si la intervención se está llevando a cabo y utilizando según lo previsto, lo que proporciona indicios tempranos de que puede estar en el buen camino. Los resultados muestran que los elementos fundamentales de la intervención (por ejemplo, herramientas, mensajes y capacitación) están llegando a las personas adecuadas de la manera correcta.

Mientras que en la columna anterior (Mecanismos psicológicos/de comportamiento) se explicaba por qué se espera que una actividad funcione, en esta columna se recoge lo que se puede observar o contabilizar directamente para confirmar que la actividad se está llevando a cabo según lo previsto. Los buenos resultados cumplen los siguientes criterios:

- **Observables:** se pueden ver o rastrear directamente.
- **Cuantificables:** pueden contarse o registrarse de manera confiable con métricas básicas.
- **Lógicamente vinculados:** son el resultado directo de una actividad de intervención

Algunos ejemplos son los cuidadores que reciben y conservan tarjetas recordatorias, los trabajadores sanitarios que utilizan nuevos guiones durante las sesiones de asesoramiento o los voluntarios que distribuyen herramientas de planificación durante las visitas domiciliarias. Estos resultados se basan en

los indicadores tempranos de éxito documentados en el [esquema del prototipo](#), pero ahora se sitúan como parte de la trayectoria general del cambio.

Los resultados se miden generalmente mediante herramientas como listas de verificación de observación, registros de distribución, hojas de asistencia a la capacitación o autoinformes de los implementadores para documentar quién recibió qué, cuándo y con qué regularidad. Por ejemplo, la observación puede confirmar si un cuidador conserva una tarjeta recordatoria; las listas de verificación pueden rastrear cuántas visitas domiciliarias incluyeron la nueva herramienta.

Es importante evitar inventar mecanismos o dar por sentado que se ha producido un cambio. Los resultados deben reflejar lo que se observó realmente durante las pruebas de los usuarios o lo que se documentó en investigaciones anteriores, no lo que se espera que ocurra. Céntrese en las señales inmediatas y concretas de que la intervención está llegando a las personas según lo previsto.

Tenga en cuenta la diferencia entre los resultados y los efectos sobre el comportamiento, tal y como se detalla a continuación:

- **Los resultados** son los efectos directos e inmediatos de las actividades de intervención. Indican qué se ha entregado, a quién y cómo. Los resultados son observables y medibles de inmediato, no requieren interpretación ni suponen un cambio en el comportamiento, las creencias o la actitud.

- **Los resultados** intermedios reflejan los primeros cambios de comportamiento o cognitivos que se producen tras la exposición a la intervención. A menudo indican que la intervención está empezando a influir en la motivación, la capacidad o la oportunidad, pero no están garantizados solo por el hecho de que se haya llevado a cabo una actividad.

Para aclarar la distinción entre ambos, en la tabla 11 se comparan actividades de intervención comunes con ejemplos de resultados correctos y afirmaciones incorrectas que a menudo se confunden con resultados.

*Recuerde: los resultados responden a la pregunta: «¿Ocurrió esto como resultado directo de la actividad y podemos verlo o contarlo de inmediato?». Por el contrario, los resultados intermedios reflejan cambios tempranos en el comportamiento o cognitivos que pueden producirse tras la exposición a la intervención.*

TABLA 11. AFIRMACIONES SÓLIDAS FRENTE A AFIRMACIONES DÉBILES SOBRE LOS PRODUCTOS

INTERVENCIÓN	RESULTADOS DÉBILES	POR QUÉ ES DÉBIL	RESULTADOS SÓLIDOS
<b>Tarjeta de recordatorio visual</b>	Los cuidadores comprendieron la importancia del seguimiento.	Este es un resultado intermedio, no un producto inmediato de la intervención.	Los cuidadores salen de la clínica con un recordatorio tangible y visible de la próxima fecha de vacunación de su hijo.
<b>Recordatorio por SMS</b>	Los mensajes SMS fueron bien recibidos por los cuidadores.	Se trata de una reacción subjetiva que no confirma que el mensaje se haya enviado o se haya interactuado con él.	Los cuidadores reciben recordatorios por SMS 24 horas antes de la visita programada.
<b>Sesión de diálogo comunitario</b>	Los participantes se sintieron más seguros al hablar sobre las vacunas.	Esto describe un cambio psicológico, un resultado intermedio, no un resultado observable.	Los miembros de la comunidad asisten a una sesión de diálogo facilitada por educadores pares capacitados.
<b>Ayuda para el trabajo de los trabajadores sanitarios</b>	Los trabajadores sanitarios proporcionaron un mejor asesoramiento.	Esto supone una mejora en el desempeño sin observación ni medición directas.	Los trabajadores sanitarios utilizan la nueva herramienta de trabajo durante las sesiones de asesoramiento.

## 7. Identificar los resultados intermedios

Los resultados intermedios son los cambios a corto plazo, a menudo cognitivos o emocionales, que se producen después de la intervención, pero antes de que cambie el comportamiento objetivo. Indican si la intervención está funcionando e influyendo en los factores necesarios para el cambio, como la atención, la intención, la motivación, la planificación o las normas sociales. Para que estos resultados sean prácticos y medibles, utilice indicadores observables en lugar de términos genéricos. En lugar de decir «mejoró la motivación», describa cómo se manifiesta. Por ejemplo:

- Los cuidadores traen su tarjeta de compromiso a la siguiente visita (indicador de planificación y seguimiento).
- Los participantes inician conversaciones sobre el tema con sus compañeros (indicador sustitutivo del aumento de la comodidad o la importancia percibida).
- Los adolescentes recuerdan correctamente el calendario de vacunación después de una sesión interactiva en grupo (indicador de mejora de la atención y la memoria).

La tabla 12 compara actividades de intervención comunes con ejemplos de resultados intermedios correctos y afirmaciones incorrectas que a menudo se confunden

con ellos. Utilice esta tabla para asegurarse de que los resultados intermedios sean realistas, medibles y basados en lo que realmente se puede observar o evaluar.

TABLA 12 AFIRMACIONES ÚTILES FRENTE A MENOS ÚTILES SOBRE LOS RESULTADOS INTERMEDIOS

INTERVENCIÓN	RESULTADOS INTERMEDIOS DÉBILES	POR QUÉ SON DÉBILES	RESULTADOS INTERMEDIOS ÚTILES
<b>Tarjeta de compromiso</b>	Los cuidadores reciben la tarjeta.	Se trata de un resultado, no de un cambio en la percepción o el comportamiento.	Los cuidadores traen la tarjeta a la siguiente cita (proxy para la planificación).
<b>Sesión de grupo de pares</b>	Los participantes se sienten más empoderados.	Vago, subjetivo y difícil de medir.	Los participantes inician el debate sobre el tema con sus compañeros (como sustituto de la confianza).
<b>Formación de los trabajadores sanitarios</b>	Se capacita a los proveedores en nuevos guiones.	Se trata de un resultado, no de un cambio en la percepción o en el comportamiento.	Los proveedores comienzan a utilizar nuevas frases durante el asesoramiento (indicador sustitutivo de la adopción de nuevos comportamientos).
<b>SMS de recordatorio</b>	Se motiva a los cuidadores para que asistan.	«Motivados» es un término abstracto e imposible de medir.	Los cuidadores informan que planifican el transporte u organizan el cuidado de los niños (indicador sustitutivo de la intención y la planificación).

## 8. Anote el Resultado del comportamiento primario

En la séptima columna de la hoja de trabajo del ToC, registre el comportamiento específico que la intervención pretende cambiar en última instancia. Se trata del comportamiento específico y medible identificado durante las fases de *Definición* y *Exploración* y Diagnóstico. Por ejemplo, esto podría implicar:

- Acudir a una cita programada para la vacunación
- Completar el calendario de vacunación
- Llevar al niño al centro de salud a tiempo

El resultado del comportamiento primario debe ser una consecuencia lógica de los resultados intermedios y reflejar la acción más importante sobre la que se pretende influir con la intervención.

## 9. Trazar el impacto previsto

La última columna describe el impacto más amplio que la intervención pretende lograr. Este debe estar en consonancia con la declaración de resultados de alto nivel de la etapa de definición.

El impacto debe basarse directamente en el subpaso anterior: el resultado del comportamiento primario. Por ejemplo, si más cuidadores llevan a sus hijos a las vacunas programadas, la cobertura de inmunización mejora, especialmente en los distritos de alto riesgo. Esto conduce a un menor número de vacunas perdidas o retrasadas y reduce la probabilidad de brotes como el sarampión o las paperas, protegiendo tanto a los niños individuales como a la población en general.

En este caso, el resultado del comportamiento es un mayor cumplimiento por parte de los cuidadores de las vacunas infantiles programadas. Esto respalda el objetivo más amplio de aumentar la finalización oportuna de las vacunas infantiles de rutina entre los niños no vacunados o insuficientemente vacunados en las zonas objeto del programa de Actividades de Inmunización Acelerada (AIA) del Líbano. Al trazar claramente el camino desde la intervención hasta la acción y el impacto a largo plazo, este paso confirma la lógica, la pertinencia y el impacto potencial de las intervenciones comportamentales.

Tenga en cuenta los siguientes consejos al desarrollar una **teoría de cambio**:

- **Utilice cadenas «para que...» para articular los vínculos y reforzar la lógica.** Por ejemplo: *Estamos proporcionando a los trabajadores comunitarios de salud (CHW) materiales de apoyo para el asesoramiento, **para que** se sientan más seguros a la hora de responder a las dudas sobre las vacunas, **para que** aborden las preocupaciones de los cuidadores de forma más coherente y **para que** más cuidadores completen el calendario.* Esto pone de manifiesto los pasos que faltan o los saltos en la lógica.
- **Asigne una «calificación de riesgo» a cada supuesto de la Teoría de Cambio.** Después de redactar la Teoría de Cambio, cree una matriz rápida en la que se asigne un nivel de confianza a cada vínculo causal o dependencia:
  - Verde → Alto = Basado en evidencia local sólida o evidencia de usuario consistentes.
  - Amarillo → Medio = Basado en precedentes globales, pero sin probar a nivel local.
  - Rojo → Bajo = Basado en la intuición del equipo o en una suposición optimista.Esto resalta los riesgos y orienta sobre qué elementos deben probarse primero en los programas piloto o supervisarse más de cerca durante la implementación.

## ESTUDIO DE CASO:

# Aumento de la cobertura de vacunación infantil en el Líbano

Esta teoría de cambio no fue desarrollada por el equipo original del proyecto. Se trata de un ejemplo recreado basado en datos y contexto reales del proyecto.

El equipo elaboró una teoría de cambio clara para garantizar la alineación interna y la claridad sobre qué se pretendía lograr con la intervención y cómo.

Entre los actores se encontraban los cuidadores (en su mayoría madres sirias y libanesas), los trabajadores sanitarios de primera línea que entregaban las tarjetas y los equipos del Ministerio de Salud Pública y del programa AIA que apoyaban la implementación.

Las barreras identificadas en pasos anteriores se reflejaron en la teoría de cambio: muchos cuidadores olvidaban las fechas de regreso, se sentían abrumados por las exigencias diarias o carecían de recordatorios. Las limitaciones de recursos (es decir, la baja penetración de los teléfonos inteligentes, la infraestructura digital limitada y las clínicas sobrecargadas) hacían necesaria una solución de baja tecnología y bajo costo.

La actividad en sí era sencilla: después de la primera dosis de la vacuna, los trabajadores sanitarios entregaban una tarjeta de cita con la fecha de la siguiente visita. La tarjeta incluía símbolos visuales y sellos del centro de salud para reforzar su importancia. El objetivo no era solo informar, sino animar a los cuidadores incorporando recordatorios en su vida cotidiana.

- **Reducción de la carga cognitiva:** la tarjeta externalizaba la memoria, por lo que los cuidadores no tenían que depender únicamente de su propia memoria.
- **Relevancia:** un recordatorio visible y tangible mantenía la fecha en primer plano.
- **Señal de compromiso:** el nombre del niño y el sello oficial del trabajador sanitario indicaban obligación y formalidad.

- **Señal de norma social:** tener una tarjeta sellada reforzaba la sensación de que los «padres responsables» siguen el calendario.

Los resultados de esta actividad fueron pequeños pero poderosos: los cuidadores salieron de la clínica con un dispositivo de compromiso visible que simplificaba el recuerdo de la próxima visita. Con el tiempo, esta intervención tuvo resultados intermedios claros: mayor intención de volver, mayor recuerdo mental de la fecha y, en algunos casos, incluso una exhibición visible de la tarjeta en el hogar, que servía como señal continua.

En última instancia, esto condujo al resultado del comportamiento primario que se proponía el estudio: los cuidadores regresaron a tiempo para la siguiente visita de vacunación de sus hijos. A gran escala, la intervención contribuyó a un impacto más amplio de mejora de la cobertura de inmunización infantil y prevención de enfermedades prevenibles mediante vacunas en comunidades de alto riesgo.

### Teoría de cambio

Rellene esta hoja de trabajo para cada intervención que continuará con el diseño de pilotaje / experimento.

Intervención: **Tarjeta de recordatorio de cita**

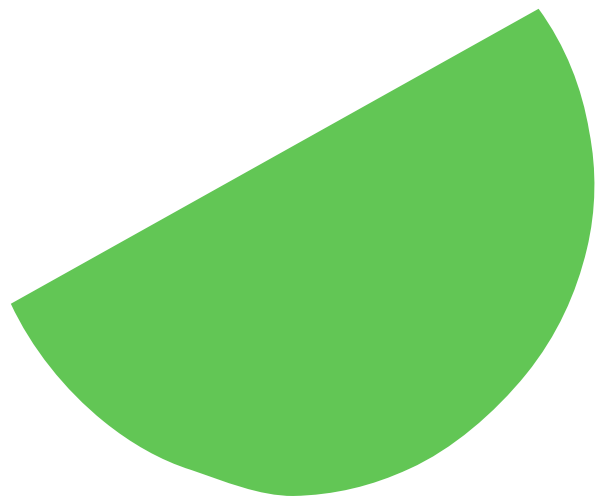
Actores	Necesidades	Recursos	Actividades	Mecanismos psicológicos/ Mecanismos de comportamiento.	Resultados	Resultados intermedios	Resultado del comportamiento primario	Impacto
Actores clave para el éxito de la intervención	Principales barreras a la acción que deben abordarse	Cultura, contexto, capacidad, financiación necesaria	¿Qué se hace o se proporciona para hacer frente a las barreras y propiciar el cambio?	¿Qué planes psicológicos o de comportamiento subyacentes desencadenan esta actividad?	Mecanismos de cambio como resultado directo de las actividades, incluido(s) la(s) acción(es) prevista(s).	Efecto de la intervención en los mecanismos intermedios que podrían conducir a cambio de comportamiento	Efecto de la intervención en el cambio del comportamiento objetivo	Cómo influye la intervención en la declaración de resultados formulada en la fase de definición.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidadores (principalmente madres sirias y libanesas en entornos de bajos recursos)</li> <li>• Trabajadores sanitarios y personal de inmunización (distribuyendo y explicando la tarjeta de citas)</li> <li>• Centros de atención primaria (integración de la herramienta en los flujos de trabajo de AIA existentes)</li> <li>• Ministerio de Sanidad y socios ejecutores (supervisión, potencial para escalar).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Olvido del calendario de vacunación después de la primera dosis</li> <li>• Poca capacidad de planificación o acceso limitado a recordatorios móviles</li> <li>• Sobrecarga cognitiva y competencia de prioridades diarias</li> <li>• Percepción de que las vacunas de seguimiento son menos urgentes</li> <li>• Falta de recordatorios tangibles o autorizados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas existentes de los cuidadores para la vacunación de primera dosis</li> <li>• Trabajadores sanitarios y personal de los centros formados</li> <li>• Papel y suministros de impresión</li> <li>• Aceptabilidad cultural de las herramientas en papel</li> <li>• Escaso acceso a teléfonos inteligentes entre la población destinataria</li> <li>• La infraestructura del programa AIA ya suministra vacunas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El trabajador sanitario entrega una tarjeta de cita en papel después de que el niño reciba la primera dosis de vacuna</li> <li>• La tarjeta incluye el nombre del niño, la fecha de la próxima visita para vacunarse, el nombre/sello del centro de salud y una señal visual</li> <li>• Explicación verbal de su importancia por parte del trabajador sanitario</li> <li>• En algunas ramas del estudio, mejoras visuales y pegatinas para aumentar el interés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carga cognitiva reducida: La tarjeta simplifica el recuerdo al externalizar la fecha de la próxima vacuna.</li> <li>• Saliencia: Una tarjeta visible y tangible mantiene la cita en la mente.</li> <li>• Señal de compromiso: Anotar el nombre del niño y la fecha crea una sensación de obligación.</li> <li>• Efecto de autoridad: El sello o la firma del trabajador sanitario indica la importancia oficial, lo que aumenta el cumplimiento.</li> <li>• Indicio de norma social: Los cuidadores pueden considerar la posesión de la tarjeta sellada como algo que hacen los «padres responsables», lo que refuerza una norma.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los cuidadores salen de la clínica con un recordatorio tangible y visible de la próxima fecha de vacunación de su hijo.</li> <li>• Mayor disponibilidad mental y relevancia de la fecha de regreso.</li> <li>• Mejora de la planificación gracias a una señal de compromiso específica</li> <li>• Mayor percepción de obligación formal (debido al sello del trabajador sanitario y al encuadre de la cita)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor intención del cuidador de volver para la siguiente vacuna</li> <li>• Mayor memoria y responsabilidad personal</li> <li>• Colocación de la tarjeta en un lugar visible de la casa como señal</li> <li>• Mayor expectativa o responsabilidad social percibida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los cuidadores regresan a tiempo para la siguiente vacunación sistemática programada de su hijo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejora de la finalización de los calendarios completos de vacunación infantil, reduciendo las tasas de abandono tras las dosis iniciales.</li> <li>• Apoya el objetivo del Ministerio de Sanidad libanes de aumentar la cobertura vacunal sistemática y prevenir brotes.</li> </ul>

## Lista de verificación final antes de pasar a la siguiente fase

- Preguntas «¿Cómo podríamos?»
- Ideas de intervención, aplicando el Marco EAST
- Ideas priorizadas utilizando criterios y consideraciones éticas
- Hoja de trabajo para esbozar el prototipo
- Hoja de trabajo de síntesis de prototipos tras completar las pruebas de usuario
- Teoría de cambio

### Opcional:

- Provocaciones de diseño
- Hallazgos de evidencia localizada sobre intervenciones anteriores



## Más información:

Esta guía práctica está diseñada para proporcionar a los equipos herramientas, marcos y metodologías prácticas para aplicar las Ciencias del comportamiento a una serie de retos del mundo real. Dado que las Ciencias del comportamiento se nutren de múltiples disciplinas, entre ellas el diseño centrado en el ser humano, la economía experimental y el pensamiento sistémico, hemos seleccionado una serie de enfoques que reflejan esta diversidad. La siguiente sección ofrece recursos adicionales para explorar temas específicos introducidos en la guía, junto con la opción de continuar un proceso de aprendizaje a su propio ritmo.

### «Quiero explorar diferentes métodos de diseño para la ideación y la creación de prototipos».

101 Design Methods, del profesor Vijay Kumar del Instituto de Diseño del Instituto Tecnológico de Illinois, ofrece un kit de herramientas estructuradas para la innovación, que ayuda a los equipos a pasar de las perspectivas de la investigación a ideas viables a través de pasos claramente definidos. Es especialmente útil si se facilita la ideación en grupo y se necesita una estructura clara. Para obtener consejos prácticos sobre la creación de prototipos, el Design Kit de IDEO ofrece herramientas como «Determinar qué prototipar», que ayuda a aclarar qué probar, con qué nivel de fidelidad y con quién.

### «Quiero explorar más actividades de creatividad y lluvia de ideas».

El kit de herramientas para la lluvia de ideas de IDEOU ofrece ejercicios prácticos para generar ideas, fomentar la participación y ampliar el pensamiento grupal. Para un enfoque más estructurado de la disrupción creativa, los métodos de pensamiento lateral de Edward de Bono proporcionan herramientas para cuestionar las suposiciones y generar soluciones poco convencionales. Para agudizar la generación de ideas, la guía de la Interaction Design Foundation sobre las preguntas «¿Cómo podríamos?» explica cómo formular preguntas que sean específicas, abiertas y generativas.

### «Quiero aprender más sobre el diseño participativo y la voz de la comunidad».

Equity-Centered Community Design, de Creative Reaction Lab, ofrece una perspectiva práctica y orientada a la justicia para trabajar con grupos marginados. Su guía de campo incluye métodos para reflexionar sobre las dinámicas de poder y cocrear de forma responsable. El sitio web HCD for Health es otro gran recurso para quienes trabajan en el ámbito de la salud global, ya que ofrece herramientas y estudios de casos que muestran cómo se puede integrar el diseño centrado en el ser humano en proyectos de campo.

### «Quiero fortalecer las bases del comportamiento que sustentan las intervenciones».

El Modelo de impulsores del comportamiento (BDM) y MINDSPACE ofrecen formas prácticas de aplicar marcos del comportamiento más allá de EAST. Mientras que el primer marco (BDM) es útil para idear intervenciones destinadas específicamente a mejorar la inmunización, el segundo es un marco general que podría ser útil para generar cualquier tipo de idea.

### «Quiero comprender mejor el papel de la ética en la creación de prototipos y las pruebas con los usuarios».

El Informe Belmont sigue siendo un recurso fundamental para los principios éticos en la investigación con sujetos humanos, centrándose en el respeto, la beneficencia y la justicia. Para los equipos que trabajan dentro de instituciones, el Programa CITI ofrece módulos de formación accesibles sobre ética de la investigación, consentimiento informado y trabajo con poblaciones vulnerables. Para obtener una visión general más breve y aplicada de los principios de Ética de la investigación en la práctica, la Universidad de St. George ofrece un resumen fácil de entender de los temas clave. Por último, el Hub de Ciencias del comportamiento para el bien es un marco útil para reflexionar sobre si las intervenciones comportamentales que se van a implementar son éticas.

## «Quiero profundizar mi comprensión de la teoría de cambio y las vías de impacto».

El sitio web SBC Guidance ofrece una orientación clara sobre cómo articular una teoría de cambio que vincule el comportamiento, la evidencia y los resultados. Incluye indicaciones útiles para conectar su intervención con objetivos de salud o desarrollo más amplios.

# Recursos:

1. And Academy. Guide to Ideation in Design Thinking (With Techniques). Accessed July 2025. <<https://www.andacademy.com/blog/guide-to-ideation-in-design-thinking>>.
2. Arouanda. The Essential Ideation Techniques for Design Thinking. Accessed July 2025. <<https://arouanda.medium.com/the-essential-ideation-techniques-for-design-thinking>>.
3. behavioural Insights Team. EAST: Four Simple Ways to Apply Behavioural Insights. London: BIT, 2014. <<https://www.bi.team/publications/east-four-simple-ways-to-apply-behavioural-insights/>>.
4. behavioural Insights Team. MINDSPACE: Influencing Behaviour through Public Policy. London: BIT, 2010. <<https://www.bi.team/publications/mindspace/>>.
5. Bioethics Center. "CITI Training." Accessed July 2025. <<https://bioethicscenter.net/citi-training/>>.
6. Cambridge University Press. "Nudge FORGOOD." Behavioural Public Policy. Accessed July 2025. <<https://www.cambridge.org/core/journals/behavioural-public-policy/article/abs/nudge-forgood/O6BC9E9032521954E8325798390A998A>>.
7. CITI Program. "About Us." Accessed July 2025. <<https://about.citiprogram.org/>>.
8. CRx Lab. Field Guide to Equity-Centered Community Design. Accessed July 2025. <<https://crxlab.org/shop/p/field-guide-equity-centered-community-design>>.
9. de Bono Group. "Lateral Thinking – Core Programs." Accessed July 2025. <<https://www.debonogroup.com/services/core-programs/lateral-thinking/>>.
10. Demand Hub. behavioural Integration for Impact (BII) Evaluation Guide. Accessed July 2025. <<https://demandhub.org/bii-evaluation-guide/>>.
11. Design Kit. "Determine What to Prototype." IDEO.org. Accessed July 2025. <<https://www.designkit.org/methods/determine-what-to-prototype.html>>.
12. Design Kit. The Human-Centered Design Toolkit. IDEO.org. Accessed July 2025. <<https://www.designkit.org/resources/1.html>>.
13. HCDEXchange. HCD4Health. Accessed July 2025. <<https://www.hcd4health.org/>>.
14. Human Behaviour-Change Project. Theory and Technique Tool. Accessed July 2025. <<https://theoryandtechniquetool.humanbehaviourchange.org/>>.
15. IDEO. Design Kit: Methods. Accessed July 2025. <<https://www.designkit.org/methods>>.
16. IDEO U. "10 Idea Generation Activities for Better Ideas." Accessed July 2025. <<https://www.ideo.com/blogs/inspiration/10-idea-generation-activities-for-better-ideas>>.
17. IDEO U. "Brainstorming Resources." Accessed July 2025. <<https://www.ideo.com/pages/brainstorming-resources>>.
18. Innovation for Poverty Action. Guiding Your Program to Build a Theory of Change. Accessed July 2025. <<https://www.poverty-action.org/sites/default/files/Guiding-Your-Program-to-Build-a-Theory-of-Change.pdf>>.
19. Interaction Design Foundation. "How Might We." Accessed July 2025. <<https://www.interaction-design.org/literature/topics/how-might-we>>.
20. Interaction Design Foundation. "Prioritisation Frameworks." Accessed July 2025. <<https://www.interaction-design.org/literature/topics/prioritization>>.
21. International Design Foundation. "What Is Ideation?" Accessed July 2025. <<https://www.interaction-design.org/literature/topics/ideation>>.
22. Makelt.Tools. "Makelt." Accessed July 2025. <<https://www.makeit.tools/>>.
23. SBCC Implementation Kit. "Selecting Results." Accessed July 2025. <<https://www.sbcguidance.org/create/selecting-results>>.

24. St. George's University of London. "Principles of Research Ethics." Accessed July 2025. <<https://www.citystgeorges.ac.uk/research/support/integrity-and-ethics/ethics/principles>>.
25. Sullivan, Claire M., and Donna Spiegelman. "Implementation Science: A Cross-Disciplinary Perspective." *Implementation Science* 6, no. 42 (2011). <<https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-6-42>>.
26. Tudor, Grant, and Benjamin Hickler. Demand for Health Services Field Guide: A Human-Centred Approach. Google Drive. Accessed July 2025. <<https://drive.google.com/file/d/1y57wVFRfzp2CiyTxT5zZXcnobh8WkfOK/view>>.
27. UNICEF. Co-Creation Playbook for Community Solutions to Child Marriage and FGM. Accessed July 2025. <<https://www.unicef.org/documents/co-creation-playbook-for-community-solutions>>.
28. UNICEF. HCD for Health Guide. Accessed July 2025. <<https://www.unicef.org/documents/hcd-for-health-guide>>.
29. UNICEF. The Behavioural Drivers Model. Amman: UNICEF MENA, 2020. <[https://www.unicef.org/mena/media/5586/file/The\\_Behavioural\\_Drivers\\_Model\\_0.pdf](https://www.unicef.org/mena/media/5586/file/The_Behavioural_Drivers_Model_0.pdf)>.
30. UNICEF. UNICEF Publications – Latin America and the Caribbean. Accessed July 2025. <<https://www.unicef.org/lac/en/publications>>.
31. UNICEF ROSA. Social and Behaviour Change (SBC) Programme Guidance. Kathmandu: UNICEF ROSA, 2021. <<https://www.unicef.org/rosa/media/10356/file>>.
32. UNICEF. Results Framework and Theory of Change. Accessed July 2025. <<https://www.unicef.org/rosa/documents/results-framework-and-theory-change>>.
33. U.S. Department of Health & Human Services. The Belmont Report. Washington, DC: Office for Human Research Protections, 1979. <<https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>>.
34. Vijay Kumar. 101 Design Methods: A Structured Approach for Driving Innovation in Your Organization. Hoboken, NJ: Wiley, 2013. <<http://www.101designmethods.com/>>.



# Probar hipótesis

## ¡Bienvenido a Probar *Hipótesis!*

A diferencia de los capítulos anteriores, que se centran en pasos y herramientas específicas para aplicar las ciencias del comportamiento, este capítulo está organizado de forma ligeramente diferente. Realizar evaluaciones rigurosas para medir la eficacia de las intervenciones de comportamiento es complejo y va más allá del alcance de esta guía de campo. No obstante, este capítulo ofrece una orientación esencial para ayudar a comprender el valor de la evaluación de impacto, los retos que plantea demostrar la causalidad y los elementos y decisiones clave que intervienen en el diseño y la coordinación de los experimentos. El objetivo de este capítulo es proporcionar una comprensión básica de la comprobación de hipótesis de intervención para permitir una colaboración más eficiente con los especialistas en evaluación.

En esta fase se examina si la intervención seleccionada contribuye a cambios medibles en el comportamiento objetivo al abordar las barreras claves del comportamiento (identificadas durante las fases de *Definición y Exploración y Diagnóstico*). Las perspectivas que se obtienen aquí sirven de guía para decidir si una intervención debe adaptarse, escalarse o interrumpirse, y sientan las bases para la fase de *Escalamiento*, en la que la evidencia se traduce en medidas más amplias.

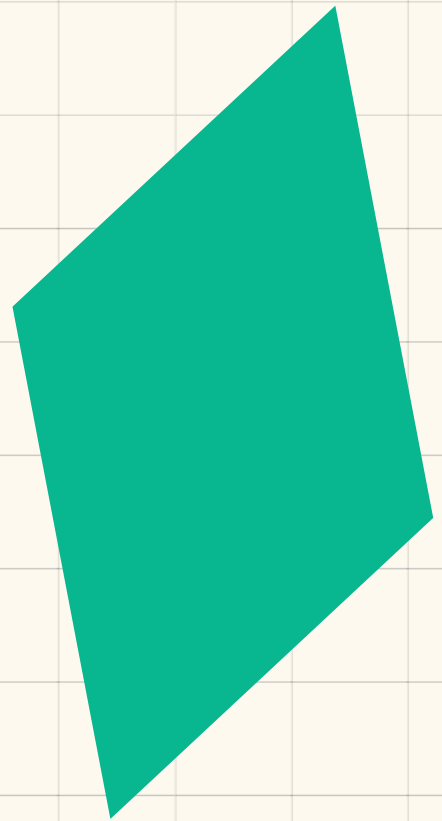
Dada la amplia gama de enfoques de evaluación disponibles, este capítulo describe los métodos más utilizados en las ciencias del comportamiento. Muchas de estas actividades requieren conocimientos técnicos avanzados. Por lo tanto, se recomienda consultar a especialistas en evaluación y utilizar este capítulo para comprender qué conocimientos pueden ser necesarios, qué preguntar a los especialistas en evaluación y qué retos pueden surgir. Para aquellos interesados en realizar evaluaciones directamente, se incluyen manuales adicionales y recursos prácticos a lo largo del capítulo, así como en la sección «Más información» al final de esta fase.

# ¿Por qué poner a prueba las hipótesis?

En esta sección se analizan los cuatro factores siguientes:

1. **La importancia de la evaluación**
2. **El reto de la causalidad**
3. **El marco contrafactual:** comprender qué habría sucedido de otra manera
4. **Cómo la aleatorización crea el estándar de oro para los contrafactuales**

Esta base sienta las bases para seleccionar el método de evaluación adecuado, junto con el uso de evidencia para reforzar las intervenciones.



# 1. La importancia de la evaluación

Imaginemos una situación en la que un paciente está enfermo y un médico le ofrece un nuevo medicamento. Cuando el paciente le pregunta por su eficacia, el médico le responde: «No lo hemos probado formalmente, pero probablemente funcione. Varios pacientes que lo tomaron parecieron mejorar y nuestro equipo confía en él». Pensemos si el paciente tomaría el medicamento. La mayoría de las personas lo rechazarían, y con razón.

Sin embargo, cuando se trata de programas sociales e intervenciones de comportamiento, suele ocurrir lo contrario. Los programas se implementan basándose en buenas intenciones, marcos teóricos prometedores e historias anecdóticas de éxito, pero sin evidencia rigurosa de su impacto. Entonces, ¿por qué las intervenciones sociales se someten a un estándar más bajo que la medicina, cuando ambas tienen como objetivo mejorar el bienestar humano?

## Cuando las historias de éxito engañan

El desarrollo internacional tiene una larga historia de programas bien recibidos que captaron la atención, atrajeron financiación y parecían prometer resultados revolucionarios, hasta que se realizó una evaluación de impacto rigurosa. Uno de los ejemplos más famosos es el de las microfinanzas: aparecida en la década de 1980, fue aclamada como una herramienta transformadora

para la reducción de la pobreza. Al ofrecer pequeños préstamos a personas en entornos de bajos ingresos, las microfinanzas tenían como objetivo fomentar el espíritu emprendedor y el crecimiento económico. El modelo se extendió rápidamente y obtuvo un gran reconocimiento.

Sin embargo, con el tiempo, las evaluaciones rigurosas revelaron una realidad más compleja. Si bien las microfinanzas mejoraron el acceso al crédito, su impacto en la reducción de la pobreza, la movilidad económica y el bienestar a largo plazo era menos claro. Estudios de investigación rigurosos pusieron de relieve el aumento de la carga de la deuda para los prestatarios, la escalabilidad limitada, los modestos resultados empresariales y los escasos avances en la lucha contra la pobreza estructural<sup>1,2,3</sup>. Artículos y libros, como [«Big Money Backs Tiny Loans That Lead to Debt, Despair and Even Suicide»](#) (El gran dinero respalda pequeños préstamos que conducen a la deuda, la desesperación e incluso el suicidio) y [More Than Good Intentions](#) (Más que buenas intenciones), reflejan la desilusión que siguió y el papel crucial que desempeñó la evaluación a la hora de revelar lo que las anécdotas no podían.

Las microfinanzas no son un caso aislado. Otros programas de gran repercusión mediática, como PlayPump<sup>4</sup>, One Laptop Per Child,<sup>5</sup> y el proyecto Millennium Villages<sup>6</sup>, generaron un gran entusiasmo inicial, pero posteriormente su impacto resultó ser menor de lo esperado tras una evaluación minuciosa.

1 John, B. (14 de noviembre de 2024). *Retos y limitaciones de las microfinanzas para lograr la reducción de la pobreza y la creación de empleo a gran escala* [Documento de trabajo].

2 Akbari, M., Nikijoo, I., Khodapanah, B., Foroudi, P. y Padash, H. (2025). *Cuarenta años de investigación sobre microfinanzas y su impacto en los consumidores: una revisión y agenda de investigación utilizando el marco ADO-TCM*. International Journal of Consumer Studies, 49(4), e70101.

3 Blanc, J. (2014). *Microfinanzas, deuda y sobreendeudamiento: malabarismos con el dinero*, Isabelle Guérin, Solène Morvant-Roux y Magdalena Villarreal (dir.). Ediciones Routledge, Londres, Reino Unido, 2014, 316 páginas. Revista internacional de economía social: recma, (334), 122-124.

4 UNICEF. (2007). *Evaluación del sistema de agua PlayPump® como tecnología apropiada para programas de agua, saneamiento e higiene* [https://www-tc.pbs.org/frontlineworld/stories/southernafrica904/flash/pdf/unicef\\_pp\\_report.pdf](https://www-tc.pbs.org/frontlineworld/stories/southernafrica904/flash/pdf/unicef_pp_report.pdf)

5 Cristia, Julian, Ibarra, Pablo, Cueto, Santiago, Ana y Severin, Eugenio, *Tecnología y desarrollo infantil: evidencia del programa One Laptop Per Child (febrero de 2012)*. Documento de trabajo del BID n.º IDB-WP-304, disponible en SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2032444>.

6 Mitchell, S., Gelman, A., Ross, R., Chen, J., Bari, S., Huynh, U. K., ... Sachs, J. D. (2018). *El proyecto Millennium Villages: una evaluación retrospectiva, observacional y final*. The Lancet Global Health, 6(5), e500-e513. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30065-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30065-2)

## La trampa de las suposiciones: por qué las buenas intenciones no son suficientes

Incluso con las mejores intenciones, las personas tienden a hacer suposiciones que pueden desviar las intervenciones. Esta «trampa de las suposiciones» opera en múltiples niveles:

- **Suponer que se comprende el problema.** A menudo, los problemas se diagnostican desde perspectivas individuales, en lugar de partir de una comprensión profunda de la experiencia vivida por las comunidades. Lo que parece obvio desde fuera puede carecer o pasar por alto un contexto y una complejidad cruciales.
- **Suponer que se sabe lo que funcionará.** Basándose en su experiencia personal o en experiencias pasadas, las personas pueden llegar a convencerse de que ciertos enfoques tendrán éxito sin evidencia suficiente. Sin embargo, a menudo es posible que aún no se hayan observado los factores que podrían influir en el resultado.
- **Suponer que la implementación se desarrollará según lo previsto.** Es común subestimar los retos prácticos y sobreestimar el grado en que las intervenciones se ajustarán a su diseño cuando se apliquen en entornos reales.
- **Suponer que las anécdotas positivas significan éxito.** Cuando se comparten comentarios favorables o se observan momentos positivos, es común generalizar estas experiencias, dándoles más importancia de la que merecen al evaluar el impacto general.
- **Suponer que la correlación implica causalidad.** Cuando las cosas mejoran después de una intervención, es natural atribuir el cambio a nuestro trabajo, incluso cuando otros factores podrían ser los responsables.

Estas suposiciones no se deben a descuido o incompetencia, sino que son producto del funcionamiento de la cognición humana. Como se ha señalado en módulos anteriores, la mente humana busca patrones, prefiere la evidencia que confirma sus creencias y crea narrativas coherentes, incluso cuando la realidad es más compleja. Si bien estas tendencias son útiles en

muchos contextos, pueden ser engañosas a la hora de evaluar intervenciones sociales complejas.

Sin una evaluación sistemática, estas suposiciones no se cuestionan. Esto puede llevar a invertir en programas que parecen eficaces pero que en realidad no generan un cambio significativo o, lo que es peor, pueden causar daños no deseados. La evaluación proporciona el proceso estructurado necesario para ir más allá de las suposiciones y comprender el verdadero impacto del trabajo.

## La propuesta de valor: por qué vale la pena invertir en la evaluación

Las evaluaciones no son solo ejercicios académicos, sino que aportan un valor concreto:

- **Optimización de recursos:** en entornos con recursos limitados, la evaluación ayuda a dirigir los fondos limitados hacia intervenciones con un impacto demostrado.
- **Corrección del rumbo:** una evaluación oportuna permite identificar y abordar los problemas de implementación antes de escalar, evitando la adopción generalizada de enfoques ineficaces.
- **Confianza de las partes interesadas:** una evaluación rigurosa genera confianza entre los donantes, los gobiernos y las comunidades, lo que facilita las asociaciones y el apoyo a largo plazo.
- **Escalar y replicación:** los programas bien evaluados proporcionan un modelo para la expansión, lo que permite que los enfoques exitosos beneficien a más comunidades.
- **Prevención de daños:** la evaluación puede identificar las consecuencias negativas no deseadas de programas bien intencionados antes de que afecten a grandes poblaciones.

## 2. El reto de la causalidad

### Más allá del «antes y después»

Cuando implementamos un programa y vemos mejoras, es natural suponer que nuestra intervención ha marcado la diferencia. Por ejemplo, se lanza una campaña de vacunación y las tasas de enfermedad disminuyen; se inicia un programa de educación para padres y aumenta la asistencia a la escuela. Estas conexiones parecen obvias, pero pueden ser engañosas.

El reto fundamental de la evaluación es determinar si la intervención *ha causado* realmente los cambios observados o si estos se han producido por otros factores. Esto es más difícil de lo que podría parecer a primera vista.

### Correlación frente a causalidad

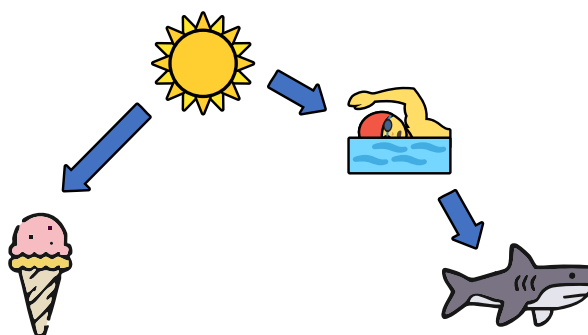
La correlación significa que dos cosas ocurren juntas, mientras que la causalidad significa que una cosa provoca que ocurra la otra. Esta distinción es crucial para la evaluación de impacto de los programas o intervenciones.



Consideremos un ejemplo clásico: los helados y los ataques de tiburones. Los datos muestran que cuando aumentan las ventas de helados, también lo hacen los ataques de tiburones. ¿Las ventas de helados provocan los ataques de tiburones? Por supuesto que no. Esto es lo que los estadísticos denominan «problema de la tercera variable (o confusión por causa común)», cuando un factor oculto influye en ambas variables al mismo tiempo. En este caso, la temperatura es la tercera variable oculta que influye en ambos resultados de forma independiente. Durante los meses de verano.

- Las temperaturas más altas provocan un aumento del consumo de helados.
- Esas mismas temperaturas más altas hacen que más personas se bañen en el mar.
- Un mayor número de nadadores en el agua aumenta la probabilidad de encuentros con tiburones.

Ce phénomène peut être illustré par un diagramme causal simple ou graphe acyclique dirigé. Les flèches bleues représentent les influences causales. Il n'y a pas de flèche reliant les ventes de glaces aux attaques de requins, car il n'existe aucun lien causal direct entre elles. Elles sont corrélées (elles se produisent en même temps), mais non causales (l'une ne provoque pas l'autre).



**Por qué es importante para los programas:** Si no se comprende la diferencia entre correlación y causalidad, se corre el riesgo de sacar conclusiones erróneas, además de diseñar o escalar intervenciones que en realidad no son responsables del cambio observado.

Consideremos un ejemplo de desarrollo en el mundo real. Imaginemos que se implementa un programa de nutrición de UNICEF en varias comunidades. Poco después, los indicadores de crecimiento de los niños comienzan a

mejorar. Podría parecer intuitivo atribuir esta mejora al programa, pero ¿qué más podría estar sucediendo? Consideremos estas explicaciones:

- Quizás sea la temporada de cosecha y la disponibilidad de alimentos haya aumentado de forma natural.
- Quizá otra organización ha comenzado a suministrar agua potable, lo que ha reducido las enfermedades diarreicas.
- O tal vez el gobierno haya implementado una política económica que ha aumentado los ingresos de los hogares al mismo tiempo.

Cualquiera de estos factores podría explicar o contribuir a la mejora observada. Al asumir que el programa provocó el cambio, cuando en realidad se debió a otros factores, se corre el riesgo de invertir o escalar intervenciones que en realidad no funcionan. Peor aún, es posible pasar por alto lo que realmente impulsó el cambio, al tiempo que se descuidan las oportunidades de replicar o reforzar soluciones más eficaces.

Comprender la diferencia entre correlación y causalidad ayuda a evitar estos escollos y fomenta, en cambio, la formulación de mejores preguntas, evaluaciones más inteligentes y decisiones más informadas.

## Factores de confusión: por qué es difícil aislar los efectos

Cuando se implementa una intervención y se miden los resultados, muchos otros factores ajenos al programa pueden influir en los cambios observados. Estos otros factores no relacionados se conocen como variables de confusión. Si no se tienen en cuenta estas variables, se corre el riesgo de atribuir a la intervención efectos que en realidad fueron causados por otra cosa.

Este desafío se denomina endogeneidad: una situación en la que la relación entre una intervención y su resultado se ve distorsionada porque intervienen otras variables. Reconocer esto ayuda a comprender por qué las simples comparaciones antes y después pueden ser engañosas.

A continuación se presentan algunos de los factores de confusión más comunes, ilustrados con ejemplos extraídos de contextos típicos de los programas de UNICEF:

### Factores de confusión basados en el tiempo:

cambios que habrían ocurrido independientemente de nuestra intervención.

- **Variaciones estacionales.** Los indicadores nutricionales mejoran después de que se inicia un programa de alimentación, pero el programa se puso en marcha justo antes de la temporada de cosecha, cuando los alimentos están naturalmente más disponibles.
- **Tendencias preexistentes.** La matriculación escolar aumenta después de una campaña educativa, pero los datos muestran que las tasas ya estaban aumentando de manera constante debido al desarrollo económico a largo plazo.

### Factores de confusión de selección:

Diferencias entre quienes participan en un programa y quienes no lo hacen.

- **Sesgo de autoselección.** Las familias que se unen a un programa de crianza pueden estar ya más comprometidas con el desarrollo de sus hijos, lo que hace que el programa parezca más eficaz de lo que es.
- **Sesgo de selección.** Un programa WASH se dirige a comunidades con altas tasas de enfermedades diarreicas. Incluso sin el programa, estas tasas extremas podrían disminuir con el tiempo simplemente debido a la variación natural.

### Factores de confusión ambientales:

acontecimientos o condiciones externas que se producen al mismo tiempo.

- **Programas concurrentes.** Se lanza una campaña de protección infantil al mismo tiempo que el gobierno comienza a aplicar de forma más estricta las leyes sobre trabajo infantil. Resulta difícil discernir qué iniciativa ha impulsado los cambios observados.
- **Cambios en las políticas.** Se pone en marcha un programa de nutrición infantil justo cuando se introduce un subsidio alimentario nacional. Ambos podrían estar influyendo en la mejora de los indicadores de nutrición.

### Factores de confusión de medición:

cambios en la forma en que se rastrean o detectan los resultados.

- **Mejora del seguimiento.** Tras la introducción de un nuevo sistema de notificación junto con una iniciativa contra la trata de personas, aumenta el número de casos. Esto no se debe a un aumento de la trata, sino a una mejora en el proceso de detección.

## 3. El marco contrafactual: comprender qué habría sucedido de otro modo

### El centro de la inferencia causal se encuentra una pregunta aparentemente sencilla: ¿qué habría pasado si la intervención no se hubiera llevado a cabo?

Este escenario alternativo, en el que el programa no existía, se conoce como contrafactual. Representa el punto de referencia con el que se compara el resultado en el mundo real para determinar si el programa realmente marcó la diferencia.

Pensemos en un niño que recibe una vacuna y no contrae la enfermedad. ¿La vacuna previno la enfermedad o el niño habría seguido estando sano de todos modos? Ambos resultados —ver al niño vacunado y sin vacunar— no pueden observarse a la vez. Este dilema es lo que los estudiosos denominan el «problema fundamental de la inferencia causal». Simplemente, no es posible observar tanto lo real como lo contrafactual para un mismo individuo.

En su lugar, la contrafactual se aproxima buscando o creando un grupo de comparación válido. Este grupo es lo más similar posible al grupo de intervención y experimenta las mismas condiciones externas —como cambios estacionales, variaciones económicas o reformas políticas—, pero no recibe la intervención. Si ambos grupos están expuestos al mismo contexto, cualquier diferencia significativa en los resultados entre ellos puede atribuirse al programa en sí. Esta es la base de un diseño de evaluación creíble. Un contrafactual cuidadosamente construido ayuda a ir más allá de las suposiciones y a responder con confianza a una pregunta importante: ¿La intervención marcó la diferencia o habría ocurrido de todos modos?

Estos ejemplos ilustran por qué es difícil determinar si una intervención fue la causa real de los cambios observados. Cuando múltiples factores influyen simultáneamente en los resultados, ¿cómo se puede aislar el verdadero impacto de un programa?

### Resultados potenciales: una forma formal de pensar en los contrafactuales

Para ayudar a razonar sobre el impacto causal, los estadísticos utilizan lo que se denomina el marco de resultados potenciales. Este proporciona una estructura formal para pensar en la diferencia que supone una intervención mediante la creación de múltiples realidades posibles para cada unidad. Una unidad puede ser una persona, un hogar, una escuela o una comunidad, y para cada unidad hay dos resultados potenciales:

- $Y_1$ : el resultado si la unidad **recibe** el tratamiento/intervención
- $Y_0$ : el resultado si la unidad **no recibe** el tratamiento o la intervención

El efecto causal es la diferencia entre estos dos resultados potenciales:  $Y_1 - Y_0$ .

Aquí está el verdadero desafío: solo se puede observar uno de estos resultados para cada individuo. Cuando un niño recibe una vacuna, es posible observar lo que sucede con la vacunación ( $Y_1$ ). Sin embargo, es imposible observar lo que le habría sucedido a ese mismo niño sin la vacuna ( $Y_0$ ). Esta alternativa no observada, la contrafactual, permanece para siempre desconocida.

Este es el problema fundamental de la inferencia causal: la necesidad de saber tanto lo que sucedió como lo que habría sucedido de otra manera, cuando solo se puede observar una realidad.

Niño A (grupo de tratamiento) → Recibió la intervención → Resultado observado:  $Y_1$

Niño B (grupo de comparación) → NO recibió la intervención → Resultado observado:  $Y_0$

Efecto causal =  $Y_1 - Y_0$

## La solución a los contrafactuales: de los contrafactuales individuales a los grupales

Dado que no se pueden observar ambos resultados para la misma persona (¡todavía no es posible clonar personas ni viajar entre realidades paralelas!), se puede cambiar el enfoque hacia los grupos. Al construir cuidadosamente grupos de comparación muy similares entre sí, es posible aproximarse a lo que habría sucedido con los miembros del grupo que recibieron la intervención y los que no.

En lugar de preguntarnos «¿Este niño en concreto ganó peso gracias al programa?», nos preguntamos «¿Cuánto peso ganan en promedio los niños que participan en el programa de nutrición en comparación con los que no participan?».

Ahora que la atención se centra en los grupos en lugar de en los individuos, es el momento de explorar cómo crear contrafactuales válidos a nivel de grupo. En otras palabras, cómo crear un grupo de comparación que pueda ser similar en tantos factores/variables observables e inobservables como sea posible.

## El reto de construir contrafactuales válidos

Una vez comprendida la necesidad de comparar grupos y no individuos, la siguiente preocupación es cómo crear un grupo que represente con precisión lo que habría sucedido sin la intervención.

La construcción de este grupo de comparación (o contrafactual) es uno de los pasos más importantes y desafiantes de la evaluación causal. Como se ha señalado anteriormente, los factores de confusión pueden distorsionar fácilmente las conclusiones. La calidad de la inferencia causal depende totalmente de hasta qué punto el grupo de comparación seleccionado refleja al

grupo de intervención en todos los aspectos, excepto en uno: no recibieron el tratamiento o la intervención.

Aquí es donde entra en juego el diseño de la evaluación. Existen diferentes enfoques que intentan aproximarse a lo que habría sucedido con nuestro grupo de intervención si no hubiera recibido el tratamiento (el contrafactual). Cada enfoque tiene sus propias ventajas e inconvenientes en cuanto a rigor, viabilidad y riesgo de sesgo. Algunos diseños ofrecen afirmaciones causales más sólidas, pero requieren más control o recursos; otros son más flexibles, pero introducen una mayor incertidumbre.

### 1. Comparación antes y después: contrafactual débil

Un enfoque común pero defectuoso de la evaluación es la comparación antes y después. Este método mide los resultados justo antes de que comience un programa y de nuevo después, atribuyendo cualquier cambio a la intervención. Aunque es sencillo e intuitivo, este enfoque es muy vulnerable a factores de confusión que pueden influir en los resultados a lo largo del tiempo, independientemente del programa en sí. Entre ellos se incluyen:

- **Factores de confusión basados en el tiempo:** variaciones estacionales o tendencias a largo plazo (por ejemplo, un programa de capacitación agrícola muestra un aumento de los rendimientos, pero el periodo de evaluación coincide con la temporada natural de crecimiento).
- **Factores de confusión ambientales:** programas o cambios de política simultáneos (por ejemplo, un programa de nutrición parece tener éxito, pero el gobierno introdujo simultáneamente comidas escolares gratuitas en la misma zona).
- **Factores de confusión relacionados con la medición:** el acto de medir influye en los resultados (por ejemplo, las encuestas repetidas hacen que los hogares sean conscientes del comportamiento «deseado», como lavarse las manos, lo que provoca cambios independientes del programa en sí).

Todos estos factores pueden crear la ilusión de impacto, cuando en realidad el cambio podría haber ocurrido de todos modos.

Por ejemplo, un programa de salud comunitaria puesto en marcha en abril muestra mejores resultados en agosto. Sin embargo, el mes de agosto es también el comienzo de la estación seca, cuando las enfermedades transmitidas por el agua disminuyen de forma natural. Por lo tanto, la mejora observada puede no estar relacionada con la intervención. El enfoque «antes-después» asume esencialmente que «el mismo grupo, en un momento anterior» puede actuar como su propio contrafactual. En entornos dinámicos y reales, esta suposición rara vez se cumple, lo que hace que este diseño tenga una base débil para extraer conclusiones causales.

## 2. Grupo de comparación no equivalente: mejor, pero defectuoso

Un paso adelante con respecto a las comparaciones antes y después es un grupo de comparación no equivalente, es decir, un grupo que no recibe la intervención, pero que se observa durante el mismo periodo de tiempo que el grupo de intervención. Este enfoque ayuda a abordar muchos factores de confusión basados en el tiempo, ya que ambos grupos están expuestos a las mismas condiciones externas (por ejemplo, estaciones, cambios de política o cambios económicos).

Sin embargo, este diseño sigue siendo vulnerable a los factores de confusión de selección: diferencias entre los grupos que pueden afectar a los resultados independientemente de la intervención. Entre ellos se incluyen:

- **Autoselección:** las personas que deciden participar pueden estar ya más motivadas, disponer de más recursos o ser más conscientes de la salud que las que no lo hacen.
- **Selección administrativa:** los programas suelen impartirse intencionadamente en las zonas con mayor necesidad o mayor potencial de éxito, lo que puede sesgar las comparaciones.
- **Diferencias de referencia:** incluso antes de que comience el programa, las comunidades comparadas pueden diferir en aspectos clave, como la infraestructura, los ingresos o la demografía.

Los investigadores suelen intentar emparejar los grupos en función de características observables, pero este enfoque tiene sus limitaciones. Muchos factores importantes (por ejemplo, las actitudes, las aspiraciones, la resiliencia o la genética) no se pueden observar, pero pueden influir en los resultados. Estas diferencias ocultas dificultan atribuir con seguridad los cambios a la intervención.

Aunque es más sólido que el diseño de comparación antes y después, el enfoque de comparación no equivalente sigue sin ser suficiente para producir estimaciones causales de alta confianza, a menos que se apliquen cuidadosamente métodos adicionales (como el ajuste estadístico o los experimentos naturales).

# 4. Cómo la aleatorización crea el estándar de oro para los contrafactuales

## La necesidad de mejores contrafactuales

Como se ha señalado, tanto la comparación antes y después como los diseños de grupos de comparación no equivalente tienen sus limitaciones. Pueden ayudar a observar el cambio, pero les cuesta aislar lo que lo

ha provocado, especialmente cuando hay factores de confusión, tanto conocidos como desconocidos.

Al igual que en el ejemplo del helado y los ataques de tiburones, muchas relaciones del mundo real están determinadas por variables ocultas. En la evaluación de programas, estas variables ocultas suelen ser numerosas, complejas e imposibles de medir en su totalidad.

Por ello, es necesario encontrar una forma de crear grupos de comparación que estén equilibrados en cuanto a las características observadas y no observadas.

Aquí es donde entra en juego el muestreo aleatorio. Al tomar primero un muestreo aleatorio de diferentes grupos (individuos, escuelas o comunidades) de la población objetivo y luego asignar aleatoriamente qué grupos reciben una intervención, se crean grupos estadísticamente equivalentes. En promedio, estos grupos serán similares en todas las características, tanto observadas como no observadas, ya que han sido objeto de muestreo de la misma manera a partir de la misma población subyacente. Esto significa que factores como la motivación, el estado de salud inicial, los ingresos, las creencias no medidas o las normas comunitarias estarán equilibrados de manera aleatoria.

Cuando se aplica correctamente, la aleatorización garantiza que la única diferencia entre los grupos sea si han recibido o no la intervención. Este enfoque hace que sea mucho más probable que cualquier diferencia en los resultados se deba al programa en sí, y no a diferencias externas o preexistentes. Por esta razón, la aleatorización se conoce como el «estándar de oro» en la inferencia causal. Cuando se realiza correctamente y con un tamaño de muestra suficientemente grande, este enfoque proporciona la mayor confianza posible en que la intervención ha provocado el cambio observado.

## La aleatorización como enfoque para crear contrafactuales

Al asignar aleatoriamente qué unidades (es decir, individuos, hogares, escuelas o comunidades) reciben una intervención, se reduce significativamente la influencia de los factores de confusión. Todos los tipos de factores de confusión mencionados anteriormente se distribuyen ahora de manera uniforme entre los grupos por diseño. En la práctica, esto significa:

- Las variaciones estacionales afectan a ambos grupos por igual.

- Se elimina el sesgo de autoselección, ya que la participación se asigna, no se elige
- Las tendencias preexistentes se desarrollan de manera similar en ambos grupos.
- Los programas o cambios de política concurrentes afectan a ambos grupos al mismo tiempo.
- Los efectos relacionados con la medición se aplican por igual en todos los grupos.

Como resultado, la única diferencia sistemática entre los grupos es si reciben o no la intervención. Esto permite atribuir cualquier diferencia en los resultados directamente a la intervención en sí, en lugar de a cualquier otra influencia oculta o externa.

Para dar un ejemplo, imagina que se lleva a cabo un programa para animar a los padres a enviar a sus hijos a la escuela. Hay un gran grupo de padres que cumplen los requisitos, pero se trata de un grupo diverso, en el que cada uno está condicionado por diferentes factores:

- Algunos son ricos, otros se enfrentan a dificultades económicas.
- Algunos viven cerca de la escuela, otros viven lejos
- Algunos han completado la educación superior, otros tienen poca formación académica
- Algunos tienen trabajos flexibles, otros horarios rígidos
- Algunos valoran mucho la educación, otros son escépticos
- Algunos tuvieron buenas experiencias escolares, otros no
- Algunos están muy motivados, otros menos

Al asignar aleatoriamente a los padres para que reciban la intervención o formen parte del grupo de control (es decir, no reciban la intervención), se garantiza que todas las características se distribuyan de manera similar entre los grupos. Esto incluye tanto características observables, como los ingresos y la distancia, como otras no observables, como las creencias y la motivación.

La aleatorización garantiza que haya una distribución equitativa de estos diferentes rasgos entre los dos grupos. En este ejemplo, cualquier diferencia en las tasas de asistencia escolar después de la intervención puede atribuirse a la intervención en sí, y no a diferencias preexistentes entre los padres que la recibieron y los que no.

## El camino de las buenas intenciones al impacto real

Una evaluación rigurosa no solo tiene que ver con la credibilidad académica, sino también con garantizar que los programas realmente mejoren la vida de las personas. Como se ha señalado anteriormente, las intervenciones bien intencionadas pueden no tener el impacto deseado, desperdiciar recursos valiosos o incluso causar daños no deseados cuando se basan en suposiciones en lugar de en evidencia. La diferencia entre correlación y causalidad es importante, ya que determina si escalar lo que realmente funciona o si se está invirtiendo en programas que simplemente coincidieron con un cambio positivo. Al construir contrafactuales válidos, idealmente mediante la aleatorización, la comprensión va más allá de lo que *parece* funcionar y se centra en lo que realmente funciona, para quién y por qué.

Este conocimiento transforma la forma de diseñar programas, asignar recursos y, en última instancia, servir a las comunidades. Si bien una evaluación rigurosa puede parecer desalentadora, continuar con las intervenciones sin conocer su verdadero impacto es mucho más arriesgado.

# Preocupaciones comunes sobre la aleatorización y respuestas

Si bien la aleatorización es uno de los enfoques más rigurosos para abordar el desafío de la causalidad y los contrafactuales, tiende a generar inquietudes. Estas pueden estructurarse en torno a seis categorías diferentes:

## 1. Costo y recursos

**PREOCUPACIÓN:** Las evaluaciones aleatorias son caras y requieren muchos recursos.

**RESPUESTA:**

- Si bien las evaluaciones rigurosas requieren una inversión, el costo debe sopesarse con el valor de la evidencia confiable.
- No todos los ECA tienen que ser a gran escala o costosos: los estudios pequeños y específicos pueden ser rentables.
- El costo de implementar programas ineficaces al escalar es, en última instancia, mucho mayor que los costos de evaluación.
- Las fuentes de datos existentes y los diseños inteligentes pueden, en ocasiones, reducir los costos de manera sustancial.

## 2. Limitaciones de tiempo

**PREOCUPACIÓN:** Las evaluaciones aleatorias llevan demasiado tiempo y UNICEF necesita responder con rapidez.

**RESPUESTA:**

- Las pruebas de ciclo rápido, un proceso estructurado que consiste en probar intervenciones a pequeña escala, medir rápidamente los resultados y repetir el proceso basándose en los comentarios recibidos para perfeccionar las soluciones, pueden proporcionar perspectivas en plazos más cortos.
- La implementación por fases permite tanto la acción inmediata como la evaluación rigurosa.
- El tiempo invertido en la evaluación evita perder años en enfoques ineficaces.
- Algunos resultados pueden medirse a corto plazo (por ejemplo, la adherencia a la medicación, como los antirretrovirales), mientras que otros requieren un seguimiento durante periodos más largos (por ejemplo, la supresión de la carga viral).

### 3. Cuestiones éticas

**PREOCUPACIÓN:** No es ético privar a los grupos de control de programas potencialmente beneficiosos.

**RESPUESTA:**

- Cuando los recursos son limitados, la aleatorización suele ser el método de asignación más justo.
- No hay forma de saber si los programas funcionan sin probarlos, algunos pueden no tener ningún efecto o incluso causar daño.
- La implementación por fases garantiza que todos los participantes reciban finalmente el programa si se demuestra su eficacia.
- La obligación ética de garantizar que los programas realmente ayuden a los niños justifica el proceso de pruebas rigurosas.

### 4. Desafíos políticos y de las partes interesadas

**PREOCUPACIÓN:** Los socios gubernamentales o las comunidades pueden resistirse a la aleatorización.

**RESPUESTA:**

- El encuadre es importante: hay que hacer hincapié en las ventajas de este tipo de evaluación, incluidas las opciones para que sea económica o tenga una duración limitada.
- Involucre a las partes interesadas desde el principio en el proceso de diseño para abordar las preocupaciones y fomentar la apropiación.
- Cree procedimientos claros para detener los ensayos si surge evidencia sólida de sus beneficios.
- Explique que la evaluación refuerza la promoción de los programas exitosos.

### 5. Relevancia contextual y generalización

**PREOCUPACIÓN:** los resultados de un contexto no se aplicarán a otros en los que trabaja UNICEF.

**RESPUESTA:**

- La selección estratégica de los sitios puede mejorar la generalización.

- La medición de los factores de implementación ayuda a comprender qué elementos contextuales son importantes.
- Incluso la evidencia localizada es mejor que la ausencia de evidencia
- Las evaluaciones múltiples en distintos contextos pueden crear una base empírica más amplia.

### 6. Capacidad técnica

**PREOCUPACIÓN:** El personal de UNICEF puede carecer de los conocimientos técnicos necesarios para diseñar y analizar evaluaciones aleatorias.

**RESPUESTA:**

- Las asociaciones con instituciones académicas pueden complementar la capacidad interna
- La inversión en la capacitación del personal desarrolla la capacidad organizativa a largo plazo
- Los diseños aleatorios simples pueden ser más accesibles que los métodos cuasi experimentales complejos
- Los especialistas en evaluación de UNICEF pueden proporcionar apoyo técnico en todos los programas.

# Consideraciones de diseño para la evaluación de impacto

Una vez establecido por qué es importante la evaluación y cómo se puede identificar de manera creíble la causalidad, la atención se centra ahora en diseñar evaluaciones que planteen las preguntas adecuadas, midan los resultados correctos y generen evidencia que sirvan de base directa para la toma de decisiones. En la siguiente sección se describen las consideraciones clave para el diseño de evaluaciones de impacto rigurosas.

## 1. Definición de las preguntas de investigación

Toda evaluación comienza con un reto sencillo: aclarar las preguntas clave que deben responderse. Comience por reunir a las partes interesadas clave y pregúnteles:

- ¿Qué decisiones dependen de esta evaluación?
- ¿Qué se haría de manera diferente si se supiera X, en comparación con Y?

Céntrese en 3-5 preguntas fundamentales que informen directamente sobre acciones concretas. Estas suelen dividirse en tres categorías

- **Eficacia:** ¿Funciona la intervención? ¿Cuánto tiempo tarda en funcionar? ¿Cuándo se observan los efectos?
- **Mecanismo:** ¿Cómo funciona la intervención?
- **Destinatarios:** ¿Para quién funciona mejor?

Para cada pregunta, especifique cómo la respuesta orientará las decisiones. Si un programa de formación profesional aumenta el empleo en un 10 %, ¿se escalará? ¿Y si solo es un 5 %? ¿Y si funciona para los hombres, pero no para las mujeres? Predefinir estos umbrales de decisión evita cualquier racionalización a posteriori y garantiza que la evaluación genere evidencia útil. Recuerde tener en cuenta tanto los escenarios positivos como los nulos: saber que algo no funciona es igualmente valioso para la asignación de recursos.

Una vez definidas las preguntas clave de la investigación, el siguiente paso es determinar *cómo* se responderán esas preguntas. Para ello, es necesario traducir los objetivos generales en resultados precisos y medibles, y seleccionar los indicadores adecuados que reflejen el cambio real.

## 2. Selección de los resultados primarios y la estrategia de medición

### Comenzar con preguntas precisas

El éxito de la evaluación depende de medir los resultados de la manera correcta. Esto comienza con la transformación de objetivos generales en preguntas de evaluación articuladas con precisión. Una pregunta vaga como «¿Funciona este programa de nutrición?» conduce a respuestas vagas y decisiones poco claras. En cambio, compárese con una pregunta como «¿Proporcionar asesoramiento nutricional mensual aumenta las puntuaciones z de altura para la edad en al menos 0,2 desviaciones estándar entre los niños de 6 a 24 meses de comunidades rurales en un plazo de 12 meses?».

En otras palabras: «¿La **[intervención]** conduce a **[un cambio específico medible, con un umbral si es relevante]** en **[una población definida]** dentro de **[un plazo y un contexto]**?». Este nivel de precisión guía todas las decisiones de medición posteriores y garantiza que los resultados sean interpretables y aplicables.

Una vez formuladas las preguntas de evaluación, el siguiente paso es identificar las medidas de resultados que pueden ayudar a responder a las preguntas.

## 3. Elegir qué medir

Elija resultados que muestren claramente lo que el programa intenta lograr. Céntrese en medidas que indiquen directamente si la intervención está logrando el cambio deseado. Estas deben ser lo suficientemente específicas como para medir con precisión y lo suficientemente importantes como para orientar las decisiones del programa.

Considere la proximidad de los resultados a la intervención. Los resultados proximales, aquellos que se producen poco después de la intervención, son más fáciles de cambiar y medir, pero pueden no reflejar el objetivo final. Los resultados distales, aquellos que se encuentran más abajo en la cadena de resultados,

muestran el impacto real, pero suelen requerir un muestreo más amplio y más tiempo para detectarlos.

Por ejemplo, un programa de alimentación escolar podría aumentar rápidamente la asistencia (proximal), pero requeriría datos mucho más amplios y más tiempo para mostrar una mejora en el aprendizaje (distal). Ambos resultados son útiles: los resultados a corto plazo muestran si el programa va por buen camino, mientras que los resultados a largo plazo muestran si realmente está marcando una diferencia.

Una vez que los resultados están claramente definidos, es esencial considerar cómo se medirán. Las diferentes fuentes de datos varían en cuanto a precisión, costo y viabilidad, y reconocer estas compensaciones garantiza que las decisiones de medición refuercen, en lugar de comprometer, la credibilidad de la evaluación.

## Métodos de recopilación de datos y compensaciones

### Ventajas y limitaciones distintivas de las fuentes de datos:

**Los datos de las encuestas** ofrecen flexibilidad para medir exactamente lo que se necesita, pero también plantean varios retos. Los comportamientos autoinformados suelen adolecer de un sesgo de deshabilidad social. Por ejemplo, los padres suelen exagerar o minimizar las medidas disciplinarias severas de las vacunas. Los periodos de referencia son muy importantes; preguntar por acontecimientos de la semana pasada da resultados diferentes en cuanto a precisión que preguntar por los del año pasado. El cansancio por las encuestas también puede comprometer la calidad de los datos en cuestionarios largos. Puede ser más difícil llegar a los grupos marginados a través de encuestas telefónicas, y las personas de comunidades con bajo nivel de alfabetización pueden tener dificultades para comprender ciertas preguntas. Asegúrese de que se realicen entrevistas cognitivas durante la fase piloto para garantizar que las preguntas sean culturalmente apropiadas y se comprendan según lo previsto.

**Los datos administrativos**, como los expedientes escolares, los registros clínicos o las bases de datos de programas, ofrecen una medición objetiva y rentable, pero tienen limitaciones. Los esfuerzos se limitan a lo que ya se ha recopilado, lo que puede no coincidir perfectamente con los resultados de interés. Los datos sobre determinados grupos étnicos o poblaciones marginadas pueden estar incompletos o faltar. La calidad de los datos también varía enormemente: algunas clínicas mantienen registros meticulosos, mientras que otras apenas funcionan. El uso

de datos administrativos a menudo obliga a que la unidad de aleatorización se ajuste a los niveles administrativos de las escuelas o clínicas, en lugar de a las personas.

### La observación directa y las medidas de comportamiento

proporcionan una evaluación objetiva, pero requieren una implementación cuidadosa. Los observadores necesitan una amplia capacitación para garantizar la coherencia. Es importante acercarse a las comunidades con sensibilidad, solicitar el consentimiento con cuidado y evitar invadir espacios privados o culturalmente sensibles. La tecnología permite cada vez más realizar mediciones discretas (seguimiento por GPS, datos de sensores), pero puede que no sea viable en todos los contextos sin necesidad de equipos costosos.

L'identification de sources de données appropriées est indispensable, mais insuffisante à elle seule ; le moment et la fréquence de la collecte sont tout aussi déterminants. Une collecte mal synchronisée peut masquer des effets réels ou déformer l'évaluation des performances d'un programme.

### Los biomarcadores y las medidas antropométricas

ofrecen objetividad para las intervenciones sanitarias, pero requieren formación y equipos especializados. ¿Se pueden mantener las cadenas de frío para las muestras de sangre? ¿Los participantes darán su consentimiento para someterse a procedimientos invasivos? ¿Cómo se gestionarán los errores de medición de los diferentes evaluadores, al tiempo que se garantiza que la recopilación de datos sea respetuosa y suponga una carga mínima para los participantes?

Identificar las fuentes de datos adecuadas es necesario, pero no suficiente por sí solo; el momento y la frecuencia de la medición son igualmente críticos. Una recopilación de datos en un momento inadecuado puede ocultar los efectos reales o tergiversar el rendimiento del programa.

## 4. Momento y frecuencia de la medición

Los resultados se producen en diferentes escalas de tiempo. Los conocimientos pueden cambiar en cuestión de semanas, los comportamientos en meses y los efectos sobre la salud en años. Medir demasiado pronto conlleva el riesgo de encontrar efectos nulos en intervenciones que necesitan tiempo para surtir efecto. Medir demasiado tarde conlleva el riesgo de pasar por alto efectos que se desvanecen o se ven contaminados por otros factores.

Considere múltiples puntos de medición para comprender la dinámica de los efectos. ¿El impacto crece, se estabiliza o disminuye con el tiempo? Un impulso inicial que se desvanece podría sugerir la necesidad de un refuerzo; los efectos de desvanecimiento son comunes en las intervenciones de cambio de comportamiento. Un cambio gradual puede sugerir que los efectos se acumulan con el tiempo y, potencialmente, a partir de diferentes procesos. Lo ideal es intentar presupuestar al menos un seguimiento más allá de la intervención inmediata (por ejemplo, seis meses después) para evaluar la persistencia.

Los patrones estacionales pueden confundir los resultados si no se tienen en cuenta cuidadosamente. Por ejemplo, los resultados agrícolas varían según los ciclos de cosecha, los patrones de enfermedades siguen las tendencias estacionales y las medidas escolares fluctúan con los calendarios académicos. Mida el tiempo para evitar confundir los efectos del programa con la variación estacional, o asegúrese de que tanto el grupo de tratamiento como el de control se miden simultáneamente. Además, intente incluir la recopilación de datos en todos ellos para comprender cómo interactúa el efecto con estas variaciones estacionales.

El momento indica cuándo se produce el cambio, mientras que los mecanismos explican por qué. La medición a lo largo de la cadena causal revela cómo se desarrolla el impacto, dónde fallan los sistemas y cómo se pueden perfeccionar los programas.

## 5. Medición de los mecanismos a lo largo de la cadena causal

Comprender por qué los programas funcionan (o no) es tan importante como saber si funcionan. La medición de los mecanismos tiene múltiples propósitos:

**Validación de la teoría:** ¿funcionan realmente las vías hipotéticas? Un programa de lavado de manos asume lo siguiente: información -> conocimiento -> cambio de actitud -> cambio de comportamiento -> mejora de la salud. La medición de cada paso valida o cuestiona estas suposiciones.

**Diagnóstico de fallos:** cuando los resultados no mejoran, los mecanismos revelan dónde se rompieron las cadenas. ¿Los maestros no recibieron capacitación? ¿La recibieron pero no la entendieron? ¿La entendieron

pero no la implementaron? ¿La implementaron pero los estudiantes no se involucraron? Cada punto de ruptura sugiere diferentes soluciones.

**Perfeccionamiento del programa:** en lugar de abandonar por completo los programas «fallidos», los datos sobre los mecanismos permiten aplicar soluciones específicas. Si los padres recibieron información sobre nutrición pero carecían de recursos para comprar alimentos diversos, la incorporación de vales podría tener un impacto positivo.

Generalización: Los programas que funcionan a través de mecanismos universales, como los recordatorios, probablemente se transfieran mejor

entre contextos que aquellos que dependen de características institucionales específicas.

No se limite a medir los resultados finales, haga un seguimiento de los pasos intermedios. En el caso de un programa de nutrición destinado a reducir la malnutrición infantil, esto podría traducirse en: conocimientos de los cuidadores (inmediatos), prácticas de alimentación (a corto plazo), diversidad alimentaria de los niños (a medio plazo) y estado nutricional (a largo

plazo). Cada uno de ellos proporciona información valiosa sobre el funcionamiento del programa.

Comprender los mecanismos revela cómo se produce el cambio, pero para interpretar esos patrones con precisión, es importante asegurarse de que los datos reflejen fielmente a las poblaciones a las que se atiende. La representatividad y la inclusión en la medición son esenciales para generar evidencia que refleje realidades diversas, y no solo las más fáciles de alcanzar

## 6. Garantizar una medición representativa e inclusiva

A quién se mide es tan importante como qué se mide. Las encuestas escolares excluyen sistemáticamente a los niños que no asisten a la escuela, que suelen ser los más vulnerables. Las encuestas telefónicas excluyen a quienes no tienen teléfono, y los datos de las clínicas no incluyen a quienes no buscan atención médica o no pueden hacerlo.

Elabore estrategias de medición inclusivas desde el principio, asegurándose de que las comunidades contribuyan a definir los indicadores y las fuentes de datos. Utilice múltiples fuentes de datos para captar diferentes poblaciones. Realice un sobremuestreo de los grupos marginados para garantizar una representación adecuada. Traduzca los instrumentos a los idiomas locales y realice pruebas piloto con diversos encuestados. Capacite a los encuestadores de las comunidades que se están estudiando para mejorar la relación y la comprensión.

Tenga en cuenta qué perspectiva se está captando. Los niños, los padres, los maestros y los trabajadores sanitarios pueden informar de manera diferente sobre un mismo fenómeno. Incluso dentro del mismo grupo (por ejemplo, las madres), las experiencias de las personas pueden variar en función de su identidad social, sus antecedentes o su posición dentro de la comunidad. La triangulación entre los informantes puede revelar dinámicas importantes, pero requiere protocolos claros para manejar las discrepancias.

Incluso los instrumentos diseñados con mayor cuidado pueden resultar insuficientes si no se pueden aplicar de manera eficaz en entornos cotidianos reales. Es esencial garantizar que los métodos de medición sean viables, fiables y aptos para su uso sobre el terreno.

## 7. Consideraciones prácticas sobre la medición

Durante el proceso de medición, tenga en cuenta estas consideraciones:

**Realice pruebas piloto exhaustivas.** Nunca dé por sentado que los instrumentos que funcionan en otros lugares también lo harán en otro contexto. Realice pruebas piloto con un grupo reducido de encuestados que imiten las condiciones reales sobre el terreno. Pruebe los patrones de omisión, la sincronización, la traducción y la comprensión. Informe detalladamente a los encuestadores, ya que a menudo detectan problemas que los encuestados no mencionan.

**Equilibre la exhaustividad con la viabilidad.** Los instrumentos largos proporcionan datos ricos, pero

provocan fatiga en los encuestados, aumentan los costos y degradan la calidad. La mayoría de los impactos se pueden detectar con instrumentos específicos. Reserve las mediciones largas para estudios de mecanismos a pequeña escala, en lugar de para evaluación de impacto a gran escala.

**Prevea los errores de medición.** Toda medición contiene errores: la evaluación antropométrica varía entre los evaluadores y las puntuaciones de las pruebas dependen de las condiciones en que se realizan. Incorpore controles de calidad, como ejercicios de estandarización para los evaluadores, medidas repetidas en submuestras y validación con fuentes externas cuando sea posible.

**Documento todo.** Cree protocolos detallados que especifiquen exactamente cómo se mide, codifica y construye cada resultado. Los futuros investigadores deben comprender y, potencialmente, replicar las medidas elegidas. Incluya los instrumentos de encuesta, los materiales de capacitación y el código de construcción de variables en los apéndices.

Las prácticas de medición sólidas garantizan la calidad de los datos, pero su valor depende de la capacidad del estudio para detectar efectos reales. Un poder estadístico adecuado protege contra conclusiones falsas, garantizando que los datos no solo describan lo que se observó, sino que revelen lo que realmente funcionó.

## 8. Determinación del tamaño de la muestra y el poder estadístico

El poder estadístico es, en esencia, la capacidad de la evaluación para detectar un efecto real cuando existe, como tener un radar lo suficientemente sensible como para detectar un avión que se aproxima. Por el contrario, un estudio con poca potencia es como buscar algo con una linterna tenue, incapaz de encontrar nada incluso cuando está ahí. Esto cobra especial importancia a la hora de determinar cuántos participantes se necesitan. Si la muestra es demasiado pequeña, se corre el riesgo de concluir que el programa no ha tenido ningún efecto cuando, en realidad, sí lo ha tenido (lo que se conoce como «falso negativo»). Sin embargo, recopilar datos de más participantes de los necesarios supone un desperdicio de recursos. Los factores clave que afectan a la potencia son, entre otros, los siguientes:

- El tamaño previsto de los efectos del programa: los efectos más grandes son más fáciles de detectar.

- La cantidad de variación natural que existe en la medida de los resultados: una mayor variación requiere muestras más grandes.
- La unidad de aleatorización elegida: la aleatorización a nivel comunitario requiere más esfuerzo que la aleatorización de individuos.

Incorporar supuestos realistas sobre el Pérdida de unidades de estudio (lo habitual es entre un 10 % y un 20 %), el incumplimiento (el grupo de tratamiento no recibe la intervención) y la contaminación (el grupo de control accede a la intervención). Cada uno de ellos reduce el tamaño efectivo de la muestra; es mejor reclutar un 20 % más de participantes que descubrir que el estudio tiene una potencia insuficiente después de la recopilación de datos.

## 9. Estructura de la aleatorización

A la hora de probar una intervención, es fundamental elegir el nivel en el que se llevará a cabo la aleatorización. Esto significa decidir si se asigna la intervención a individuos, grupos, escuelas, comunidades u otra unidad que tenga sentido para el proyecto. El nivel elegido debe coincidir con la forma en que se lleva a cabo la intervención en la vida real. Por ejemplo, si un nuevo plan de estudios solo puede introducirse en toda una clase en lugar de en alumnos individuales, la clase se convierte en la unidad más práctica para la aleatorización.

El nivel de aleatorización también depende del tipo de información que se pueda recopilar. Si los datos solo se pueden medir a nivel de grupo,

como el gasto doméstico o la asistencia escolar, tiene sentido aleatorizar a ese mismo nivel.

TABLA 8. DIFERENTES TIPOS DE UNIDADES DE ALEATORIZACIÓN

UNIDAD DE ALEATORIZACIÓN	VENTAJAS	CONSIDERACIONES	CUÁNDO UTILIZARLA	EJEMPLO
<b>Aleatorización a nivel individual</b>	Requiere un tamaño de muestra más pequeño en comparación con otros niveles; alta eficiencia estadística.	Riesgo de efectos secundarios cuando los individuos interactúan; retos logísticos a la hora de aplicar diferentes intervenciones en el mismo entorno (por ejemplo, comunidad o aula).	Adecuado cuando la interacción entre individuos es mínima y la intervención puede dirigirse fácilmente a individuos específicos.	Recordatorios de vacunación por SMS enviados a cuidadores seleccionados al azar dentro de un gran distrito urbano.
<b>Aleatorización a nivel de hogar</b>	Captura la toma de decisiones a nivel de hogar; se ajusta a la forma en que se configuran muchos comportamientos y resultados.	Los efectos secundarios siguen siendo posibles cuando los vecinos interactúan; se requiere una definición clara de «hogar»; es posible que el análisis deba tener en cuenta las diferencias en el tamaño de los hogares.	Adecuado cuando las intervenciones afectan o involucran a todos los miembros de un hogar (por ejemplo, visitas domiciliarias, transferencias monetarias condicionadas).	Transferencias monetarias condicionadas proporcionadas a hogares asignados al azar con niños menores de cinco años.
<b>Aleatorización a nivel de comunidad o pueblo (aleatorización por conglomerados)</b>	Reduce el riesgo de contaminación o efectos secundarios; a menudo es más fácil de gestionar desde el punto de vista político y operativo.	Requiere más grupos (comunidades) para alcanzar el poder estadístico; la alta variación entre comunidades aumenta la dispersión; la logística de implementación es más compleja a gran escala.	Útil cuando es probable que los individuos dentro de las comunidades se influyan entre sí o cuando las intervenciones se llevan a cabo públicamente (por ejemplo, movilización comunitaria).	Campañas de inmunización dirigidas por trabajadores sanitarios comunitarios probadas en aldeas asignadas al azar.

UNIDAD DE ALEATORIZACIÓN	VENTAJAS	CONSIDERACIONES	CUÁNDO UTILIZARLA	EJEMPLO
<b>Aleatorización a nivel de centro (por ejemplo, escuelas, clínicas)</b>	Práctico para entornos de prestación institucional; se ajusta a las estructuras organizativas existentes; adecuado para intervenciones a nivel del personal o de todo el centro.	Las instalaciones pueden variar en tamaño, calidad o rotación de personal; la superposición de las zonas de influencia puede dar lugar a efectos secundarios; el poder estadístico está limitado por el número de instalaciones disponibles.	Adecuado para evaluar las intervenciones realizadas a través de instituciones, especialmente cuando no es práctico dirigirse a nivel individual.	Formación en comunicación interpersonal impartida al personal de clínicas de salud seleccionadas al azar.

## 10. Cuando no es posible la aleatorización

A veces la aleatorización no es factible debido a limitaciones políticas, éticas o prácticas. Las partes interesadas pueden considerar que la asignación aleatoria es injusta, los programas pueden estar ya en marcha o el tamaño de las muestras puede ser demasiado pequeño para una aleatorización significativa. En estos casos, los métodos cuasi-experimentales intentan crear comparaciones válidas utilizando técnicas estadísticas para aproximarse al contrafactual que habría proporcionado la aleatorización.

Estos enfoques funcionan identificando y controlando los factores que influyen tanto en la participación en el programa como en los resultados, lo que a veces se conoce como «cerrar la ruta trasera». Si bien estos métodos pueden proporcionar evidencia valiosa, requieren hipótesis más sólidas sobre los datos y el contexto. Por lo general, necesitan muestras más grandes, una recopilación de datos más amplia y un análisis más complejo que los ECA. Lo más importante es que siguen siendo vulnerables al sesgo de factores no medidos que la aleatorización habría eliminado.

Para obtener más orientación sobre los enfoques cuasi-experimentales, véase el apéndice 1. Solo se deben utilizar estos métodos con la orientación de expertos, ya que su validez depende en gran medida de supuestos específicos del contexto que a menudo no se pueden comprobar.

# Lista de verificación práctica para la implementación de evaluaciones de impacto

## Protocolo de evaluación

Antes de desarrollar un protocolo de evaluación, es útil esbozar primero los objetivos de aprendizaje, utilizando una herramienta como la [agenda de aprendizaje](#). Esta herramienta ayuda a definir y organizar las preguntas clave que deben responderse en una evaluación de impacto, y su uso se ilustra en el Apéndice 2 a través del **estudio de caso sobre el aumento de la cobertura de vacunación infantil en el Líbano**.

Una vez que se ha establecido la agenda de aprendizaje, se puede elaborar el protocolo de evaluación. El protocolo de evaluación proporciona una guía y un plan estructurados sobre cómo se evaluará la intervención. El desarrollo de un protocolo de evaluación transforma las decisiones de diseño en un documento técnico completo que guía la implementación y el análisis. Considérelo como un contrato con su yo futuro, que evita el análisis selectivo y garantiza la integridad científica. Un protocolo sólido especifica de antemano todas las decisiones analíticas antes de ver los resultados, lo que protege contra los sesgos conscientes e inconscientes hacia la búsqueda de resultados positivos.

Los componentes esenciales del protocolo incluyen:

- Descripción detallada de la intervención: qué se llevará a cabo exactamente, quién lo hará y con qué frecuencia.
- Teoría de cambio con vías causales claras.
- Preguntas de evaluación asignadas a hipótesis específicas.
- Cálculos de potencia con todas las suposiciones explícitas.

- Definiciones precisas de los resultados con preguntas exactas de las encuestas (si las medidas de los resultados se basan en las encuestas).
- Procedimientos de aleatorización, incluidas variables de estratificación.
- Modelos analíticos con ecuaciones de regresión específicas
- Listas de covariables determinadas por la teoría, no por los datos
- Análisis de subgrupos con una justificación clara
- Procedimientos para manejar la pérdida de unidades de estudio y el incumplimiento
- Comprobaciones de solidez para evaluar la sensibilidad de los resultados

Es especialmente importante especificar previamente el plan de análisis en los siguientes casos:

- resultados primarios frente a secundarios, para evitar el cambio de resultados
- análisis de subgrupos, para evitar la búsqueda de efectos significativos
- criterios de inclusión/exclusión para la muestra de análisis
- manejo de valores atípicos y datos faltantes
- ajustes por pruebas múltiples

Cualquier desviación del protocolo debe indicarse claramente como exploratoria en los informes. Como referencia, véase el **estudio de caso en el Líbano**, donde está disponible [el protocolo de evaluación completo](#).

Considere la posibilidad de registrar el protocolo en repositorios públicos (AEA Social Science Registry, RIDIE, ClinicalTrials.gov) antes de comenzar la recopilación de datos. El registro proporciona una marca de tiempo,

## Plan de implementación

Se trata de una hoja de ruta operativa detallada que traduce el diseño de la evaluación en acciones reales. El plan toma el protocolo técnico y lo convierte en una guía de implementación diaria, especificando quién hará qué, cuándo, dónde y con qué recursos, a lo largo de todo el ciclo de vida de la evaluación. El plan incluye lo siguiente:

- cronogramas detallados con fechas e hitos específicos
- asignación clara de funciones con personas responsables de cada tarea
- requisitos de recursos (tiempo del personal, materiales, transporte, tecnología)
- indicadores de seguimiento de la ejecución
- planes de contingencia para problemas comunes
- protocolos de comunicación entre los miembros del equipo y los socios

La herramienta [del plan de implementación](#) puede ser una plantilla sencilla y útil para desarrollar una guía paso a paso sobre cómo se llevará a cabo la intervención. En el apéndice 2 se muestra un ejemplo de cómo se puede utilizar esta herramienta.

### Por qué es importante

El vacío entre un diseño de evaluación brillante y una ejecución fallida suele ser una mala planificación de la implementación. Incluso los diseños de investigación más rigurosos fracasan cuando las tabletas no están cargadas, las encuestas no están traducidas correctamente o los equipos no saben quién es responsable de la selección de los participantes. El plan de implementación evita los miles de pequeños fallos que pueden invalidar una evaluación que, por lo demás, está bien diseñada. Garantiza la coordinación entre los múltiples actores

lo que demuestra la especificación previa y permite a la comunidad investigadora realizar un seguimiento de todos los estudios, no solo de los éxitos publicados. Incluya suficientes detalles para que otro investigador pueda replicar la evaluación, manteniendo al mismo tiempo la flexibilidad operativa para las adaptaciones de campo necesarias que no comprometan el diseño básico.

(equipo de investigación, socios de implementación, funcionarios gubernamentales, líderes comunitarios) que pueden tener diferentes prioridades y estilos de trabajo.

Sin una planificación operativa clara, se corre el riesgo de descubrir demasiado tarde que las campañas de vacunación entran en conflicto con la recopilación de datos, que el personal clave no está disponible durante los periodos cruciales o que los materiales no se han impreso a tiempo. El plan también proporciona una herramienta de gestión para mantener las operaciones complejas por el buen camino e identificar los problemas antes de que se conviertan en un fracaso de la evaluación.

Tenga en cuenta estas consideraciones clave:

- **Planifique en función de las limitaciones fijas.** Trabaje hacia atrás a partir de plazos fijos e inamovibles, como las temporadas agrícolas, los años escolares, los ciclos presupuestarios o las fiestas religiosas, para establecer plazos realistas, y luego añada un margen de tiempo del 20-30 % para los retrasos inevitables. Si se estima que la recopilación de datos llevará tres semanas, planifique cuatro.
- **Asigne una responsabilidad clara y única para cada actividad.** Evite la responsabilidad compartida, que a menudo significa ninguna responsabilidad. Cuando se indique que «el equipo llevará a cabo la capacitación», especifique exactamente quién la dirige, quién la asiste y quién es responsable si una actividad no se lleva a cabo.
- **Haga un seguimiento de la ejecución, no solo de los resultados.** Incluya métricas de ejecución sencillas que puedan seguirse semanalmente: el número de participantes inscritos frente al objetivo, las encuestas completadas por día, las sesiones de intervención realizadas según lo previsto.

Estas métricas son diferentes de las métricas de resultados y se centran exclusivamente en si las actividades se han llevado a cabo según lo previsto.

- **Cree un presupuesto completo.** Un presupuesto detallado es aquel que incluye costos que a menudo se olvidan, como los servicios de traducción, el transporte de los supervisores que realizan controles de calidad, el crédito telefónico para los seguimientos, los refrigerios para las reuniones comunitarias y los materiales de reemplazo para los artículos dañados.
- **Especifique con precisión el flujo de datos.** Anote cualquier consideración relacionada con los datos, como la forma en que se transferirán los datos de los formularios en papel a las bases de datos digitales, quién verifica los datos y tiene acceso a ellos, con qué frecuencia y dónde se almacenarán.
- **Planifique los problemas comunes sobre el terreno con contingencias específicas.** ¿Qué pasa si las fuertes lluvias impiden los desplazamientos durante el periodo de las encuestas? ¿Qué pasaría si el

personal clave se enfermara o renunciara? ¿Qué pasaría si las prioridades del gobierno cambiaran repentinamente y la agencia asociada fuera reasignada? ¿Qué pasaría si los participantes estuvieran ocupados con la cosecha cuando se planeó inicialmente el seguimiento? Utilice [la herramienta riesgos de implementación y mitigación](#) para documentar sistemáticamente cualquier riesgo previsto y las estrategias establecidas para abordarlos. Para ver esta herramienta en acción, consulte el Apéndice 2 para **el estudio de caso en el Líbano**, que ilustra su aplicación práctica.

- **Proporcione herramientas prácticas.** Incluya plantillas y procedimientos operativos estándar como anexos, de modo que los equipos de campo dispongan de herramientas prácticas, y no solo de planes abstractos; esto significa guiones reales para la contratación, guías paso a paso para la introducción de datos y listas de verificación para la ejecución de las intervenciones.

## Obtención de la aprobación ética

La aprobación ética es el proceso formal de obtener la aprobación del comité de ética en investigación (CEI) o del comité de ética, lo que implica cumplir con los requisitos de presentación, los plazos y los procedimientos institucionales. Este proceso es necesario para garantizar que la evaluación pueda llevarse a cabo de forma legal y ética.

Más allá de la mera comprensión de los principios éticos, esto implica gestionar el proceso burocrático práctico, que incluye:

- identificar qué IRB tiene jurisdicción (una universidad, el Ministerio de Salud, UNICEF o varios)
- completar las certificaciones de capacitación requeridas para todos los miembros del equipo
- preparar paquetes de documentación exhaustivos en formatos específicos
- responder a los comentarios y solicitudes de aclaración de los revisores
- mantener el cumplimiento a lo largo del estudio, incluyendo enmiendas, notificación de eventos adversos y renovaciones anuales

### Por qué es importante

La aprobación ética es un requisito legal para las investigaciones con sujetos humanos; proceder sin ella puede invalidar toda la evaluación, exponer a las instituciones a responsabilidades legales y destruir la confianza de la comunidad. Muchas revistas no publican los resultados sin una prueba de aprobación ética, y los donantes exigen cada vez más evidencia de autorización ética antes de liberar los fondos. El reto práctico es que la revisión ética puede llevar de dos a seis meses, con múltiples rondas de revisión, y los retrasos en este proceso se propagan a lo largo de todo el calendario previsto. Una evaluación técnicamente perfecta no tiene ningún valor si no se puede comenzar a recopilar datos porque la aprobación ética está pendiente. Además, mantener el cumplimiento ético durante toda la implementación requiere sistemas para documentar las desviaciones del protocolo, notificar los eventos adversos y garantizar que todos los miembros del equipo sigan los procedimientos aprobados.

Tenga en cuenta estas consideraciones clave:

**Empiece pronto.** Inicie el proceso ético antes de finalizar todos los detalles; las modificaciones menores se pueden presentar más adelante. La obtención de la aprobación inicial pone en marcha el reloj.

**Identifique las autoridades adecuadas.** Determine qué organismos de ética tienen jurisdicción. Los comités de ética de las universidades locales suelen exigir la afiliación, los comités de ética del Ministerio de Salud nacional pueden ser necesarios para la investigación sanitaria, pueden requerirse múltiples aprobaciones para los estudios multinacionales y algunos donantes tienen sus propios requisitos éticos.

**Establezca plazos realistas.** Reserve una cantidad de tiempo considerable para el proceso: de dos a tres semanas para preparar los documentos, de cuatro a ocho semanas para la revisión inicial (más si se requiere una revisión completa por parte de la junta), de dos a tres semanas para responder a los comentarios, de dos a cuatro semanas para la aprobación final y tiempo adicional potencial para las aprobaciones locales o nacionales.

**Prepare una presentación completa.** Reúna un paquete de documentación completo que incluya lo siguiente: protocolo detallado con antecedentes, objetivos y métodos; formularios de consentimiento en todos los idiomas locales con traducciones inversas; instrumentos de encuestas, incluso si aún se están perfeccionando;

currículums y certificados de formación de todo el personal clave; planes de gestión de datos con medidas de seguridad; estructuras de compensación con justificación; procedimientos de mitigación de riesgos y derivación.

**Comprenda el nivel de revisión que probablemente se requiera, ya que esto afecta al calendario.** Una revisión exenta (riesgo mínimo, categorías específicas) tarda entre 2 y 3 semanas; una revisión acelerada (riesgo mínimo, no exenta) tarda entre 4 y 6 semanas; una revisión completa (riesgo superior al mínimo, poblaciones vulnerables) puede tardar entre 2 y 3 meses y solo se realiza una vez al mes.

**Evite los retrasos habituales.** Las razones más comunes de los retrasos son: solicitudes incompletas en las que faltan secciones obligatorias, formularios de consentimiento que utilizan jerga técnica o en los que faltan elementos obligatorios, planes de evaluación o mitigación de riesgos inadecuados, compensaciones que parecen coercitivas, procedimientos de protección de datos poco claros y firmas o aprobaciones institucionales que faltan.

**Después de la aprobación, mantenga el cumplimiento.** Esto implica capacitar a todos los nuevos miembros del equipo sobre el protocolo, documentar y reportar cualquier desviación, presentar enmiendas antes de realizar cambios, presentar informes anuales de revisión continua y cerrar adecuadamente el estudio cuando se haya completado.

## Supervisión de la implementación y evaluación del proceso

Se trata de un sistema integral para hacer un seguimiento de cómo se lleva a cabo realmente la intervención sobre el terreno, que combina rutinas periódicas de supervisión de la implementación con la documentación sistemática del proceso. Esto implica controles estructurados (diarios, semanales o quincenales, dependiendo de la intensidad) utilizando herramientas estandarizadas para evaluar múltiples dimensiones de la ejecución, entre ellas:

- **Fidelidad:** ¿se llevó a cabo la intervención tal y como se había diseñado?
- **Alcance:** ¿qué proporción de la población objetivo recibió la intervención?
- **Dosis:** la frecuencia e intensidad de la ejecución.
- **Calidad:** ¿qué tan bien se llevó a cabo la intervención?

- **Participación de los participantes:** ¿los participantes la entendieron y actuaron en consecuencia?
- **Factores contextuales** que afectan a la implementación

Incluye el seguimiento en tiempo real de las tasas de reclutamiento en relación con los objetivos, la supervisión de los patrones de pérdida de unidades de estudio para mantener el poder estadístico, la documentación de todas las adaptaciones realizadas durante la ejecución y la recopilación de comentarios de los ejecutores y los participantes sobre lo que funciona y lo que no.

### Por qué es importante

Muchas evaluaciones no encuentran ningún impacto, no porque la intervención no funcione, sino porque nunca se llevó a cabo correctamente. La falta de un

seguimiento sistemático supone un riesgo: por ejemplo, tras una costosa recopilación de datos finales, se podría descubrir que la mitad del grupo de tratamiento nunca recibió la intervención, que los grupos de control accedieron al tratamiento o que el personal de campo modificó la intervención hasta dejarla irreconocible. La evaluación del proceso distingue entre **el fracaso de la teoría** (la intervención realmente no funciona, incluso cuando se ejecuta bien) y **el fracaso de la implementación** (no se ejecutó correctamente, por lo que no se puede juzgar su eficacia).

Esta información es crucial para interpretar los resultados. Por ejemplo, si no se encontró ningún impacto, ¿fue porque la teoría era errónea o porque solo el 30 % de los participantes recibió la intervención completa? Si se encontraron efectos positivos, comprender lo que realmente se implementó ayuda en los esfuerzos de replicación. El monitoreo en tiempo real permite corregir el rumbo mientras aún hay tiempo. Por ejemplo, si el reclutamiento se está retrasando, se pueden intensificar los esfuerzos antes de que esto ponga en peligro el poder estadístico; si ciertos sitios no están ejecutando correctamente, se puede proporcionar apoyo adicional; si surgen barreras inesperadas, se pueden desarrollar soluciones.

Los datos del proceso también revelan perspectivas críticas para las decisiones de escalar: qué contextos facilitaron una ejecución fluida, qué adaptaciones fueron necesarias, qué retos de implementación es probable que persistan a gran escala y qué nivel de calidad es realista alcanzar en condiciones rutinarias frente a entornos de investigación.

Tenga en cuenta estas consideraciones clave:

- **Establezca rutinas de supervisión que se ajusten a la intensidad de la implementación, pero que no abrumen a los equipos de campo.** Esto puede implicar reuniones diarias para intervenciones intensivas, llamadas semanales para programas estándar o revisiones mensuales para intervenciones ligeras.
- **Cree herramientas sencillas.** Las hojas de monitoreo estandarizadas pueden recopilar información esencial sin crear una carga excesiva de papeleo.
- **Haga un seguimiento de las métricas básicas de implementación por separado de los datos de resultados.** Esto puede implicar el porcentaje de sesiones planificadas impartidas, la asistencia media o las tasas de participación, el porcentaje que recibe la dosis completa de la intervención, el tiempo entre los componentes de la intervención o las calificaciones de calidad de las observaciones estandarizadas.
- **Establezca sistemas para el monitoreo de la calidad de los datos.** Estos pueden incluir verificaciones de alta frecuencia (revisión diaria o semanal automatizada de los datos para detectar valores atípicos, datos faltantes y patrones sospechosos) junto con verificaciones posteriores (volver a entrevistar al 10-20 % de los participantes para verificar la exactitud de los datos y detectar cualquier posible fraude).
- **Supervise continuamente las hipótesis que afectan el poder estadístico:** Tenga en cuenta las tasas de reclutamiento en comparación con los objetivos (¿va el proyecto por buen camino para alcanzar el tamaño de la muestra?), las tasas de pérdida de unidades de estudio generales (¿qué porcentaje se perdió durante el seguimiento?) y la pérdida de unidades de estudio diferencial (¿es mayor la pérdida de unidades de estudio en el grupo de tratamiento o en el de control?), las tasas de cumplimiento (¿qué porcentaje del grupo de tratamiento está recibiendo realmente la intervención?) y la contaminación (¿tiene acceso el grupo de control a la intervención?).
- **Documente cada adaptación utilizando marcos estructurados.** Anote específicamente qué ha cambiado con respecto al protocolo, por qué era necesario el cambio (barrera encontrada, solicitud de las partes interesadas, problema de viabilidad), cuándo se produjo el cambio, quién tomó la decisión, si el cambio fue planificado o reactivo y, por último, si esto afecta a la teoría de intervención central.
- **Cree bucles de retroalimentación rápida con los implementadores.** Utilice grupos sencillos de WhatsApp para resolver problemas en tiempo real, llamadas semanales breves para verificar el estado de la situación, centrándose en los retos y las soluciones, y revisiones mensuales de los datos de seguimiento para identificar patrones.
- **Distinga entre componentes básicos y adaptables.** Diferencie entre los componentes básicos que deben mantenerse para que la teoría de la intervención se mantenga y los elementos periféricos que pueden adaptarse al contexto. Documente ambos tipos, pero trátelos de manera diferente en el análisis.

- **Recopile los comentarios de los participantes.** Incorpore mecanismos de retroalimentación de los participantes mediante breves entrevistas de salida después de las sesiones de intervención, grupos focales periódicos con los participantes y buzones de sugerencias o líneas directas para recibir comentarios de forma continua.
- **Haga un seguimiento de los factores contextuales que podrían afectar a la implementación o a los resultados.** Tome nota de otros programas o políticas

concurrentes que afecten a la población objetivo, factores estacionales (vacaciones, temporadas agrícolas y clima), situaciones políticas o de seguridad, y emergencias sanitarias u otras perturbaciones.

- **Mantenga registros detallados.** Estos son fundamentales para interpretar los resultados, informar las decisiones de escalar y contribuir a una base empírica más amplia sobre los retos y soluciones de la implementación.

## Análisis de costo-beneficio

Se trata de un cálculo sistemático de todos los recursos necesarios para llevar a cabo la intervención y lograr los impactos medidos, lo que da lugar a métricas estandarizadas que permiten comparar diferentes intervenciones, modelos de ejecución u opciones de inversión. Esta contabilidad exhaustiva va más allá de los simples presupuestos de los programas para reflejar el costo económico total de la consecución de los resultados, incluyendo:

- los costos directos del programa (personal, materiales, operaciones)
- los costos indirectos que a menudo se ocultan en otros presupuestos (supervisión, administración, gastos generales)
- costos de oportunidad de los recursos utilizados (tiempo de los voluntarios, personal gubernamental, tiempo de los participantes)
- costos iniciales frente a costos de funcionamiento
- costos marginales de añadir participantes

El análisis genera métricas como el costo por niño vacunado, el costo por punto porcentual de aumento en las calificaciones de las pruebas, el costo por año de vida salvado o los índices de retorno de la inversión que los responsables de la toma de decisiones pueden comparar con puntos de referencia o intervenciones alternativas. Consulte la herramienta [de análisis de costo-beneficio](#) aquí para ayudar a identificar, cuantificar y comparar los costos y beneficios de la intervención. Para ver un ejemplo de cómo aplicar esta herramienta utilizando el **estudio de caso del Líbano**, consulte el Apéndice 2.

### Por qué es importante

Incluso las intervenciones altamente eficaces pueden no merecer la pena si son prohibitivamente caras en comparación con las alternativas. El análisis de costo-beneficio transforma la evaluación en una orientación política aplicable, respondiendo a la pregunta «¿Es rentable?», evidenciando que algo funciona. Esto es cada vez más importante, ya que los donantes exigen evidencia tanto del impacto como de la rentabilidad, los gobiernos con presupuestos limitados necesitan maximizar los resultados por cada dólar gastado y las decisiones de escalar requieren comprender cómo cambian los costos con la escala.

Un programa que logre una mejora del 10 % puede parecer exitoso, hasta que se da cuenta de que cuesta cinco veces más que una alternativa que logra una mejora del 8 %. Comprender las estructuras de costos también revela oportunidades de eficiencia: tal vez el 80 % del impacto podría lograrse con el 50 % del costo mediante la racionalización de ciertos componentes, o los costos fijos que parecen elevados para un programa piloto serían insignificantes a gran escala. Sin un cálculo riguroso de los costos, los programas pueden abandonarse por ser «demasiado caros» basándose en una comprensión incompleta, o escalar con entusiasmo sin reconocer estructuras de costos insostenibles.

Tenga en cuenta estas consideraciones clave:

- **Commencez tôt.** Il est essentiel de collecter les données de coûts dès le premier jour de mise en œuvre : reconstruire les coûts a posteriori est souvent peu fiable et parfois impossible lorsque les

reçus sont égarés, que le personnel oublie comment son temps a été alloué ou que les contributions en nature n'ont pas été documentées.

- **Empiece pronto.** Es importante recopilar datos sobre los costos desde el primer día de la implementación: la reconstrucción retrospectiva de los costos no es fiable y, a menudo, es imposible, ya que se pierden los recibos, el personal olvida la distribución del tiempo y las contribuciones en especie no se documentan.
- **Capture todos los costos, no solo los del presupuesto.** Estos costos pueden incluir el tiempo del personal, incluida la preparación y la capacitación (incluso si lo pagan los socios), el tiempo de los voluntarios valorado según los salarios locales por un trabajo equivalente, el tiempo del personal gubernamental, incluso si no lo paga el proyecto, los costos de los participantes (transporte, salarios perdidos, cuidado de niños), los materiales o lugares donados a su valor de mercado y los gastos generales de la organización que se atribuyen razonablemente al proyecto.
- **Distinga entre las diferentes categorías de costos, ya que se comportan de manera diferente a escala.** Estos incluyen los costos fijos (desarrollo de la capacitación, configuración inicial) que no aumentan con el número de participantes, los costos variables (materiales por participante, incentivos) que escalan linealmente y los costos escalonados (supervisión, nuevos sitios) que aumentan en los umbrales.
- **Realice un seguimiento de los costos desde múltiples perspectivas, ya que las diferentes partes interesadas se preocupan por diferentes cifras.** Considere la perspectiva del implementador (¿cuánto le cuesta a este equipo ponerlo en marcha?), la perspectiva del gobierno (¿cuánto costaría integrarlo en los sistemas existentes?), la perspectiva social (incluidos todos los costos, independientemente de quién los pague) y la perspectiva de los participantes (¿cuánto les cuesta la participación a los beneficiarios?).
- **Calcule múltiples métricas de rentabilidad para permitir diferentes comparaciones.** Esto puede incluir el costo por participante alcanzado/ inscrito/que completa el programa; el costo por unidad de resultado primario alcanzado; el

costo por tamaño del efecto estandarizado para comparaciones académicas; y las relaciones de rentabilidad incremental si se comparan variantes.

- **Compare los resultados con los puntos de referencia pertinentes.** Tome nota de intervenciones similares en el contexto elegido, la disposición revelada por el gobierno a pagar por resultados similares, las normas internacionales (como los umbrales de la OMS para las intervenciones sanitarias) y las formas alternativas de alcanzar objetivos similares.
- **Incluya análisis de sensibilidad que muestren cómo cambia la rentabilidad en función de diferentes supuestos.** Considere si los efectos persisten durante dos años frente a uno, si la intervención es implementada por el gobierno frente a los salarios de las ONG, a diferentes escalas (100, 1000, 10 000 participantes) o con diferentes tasas de cumplimiento o pérdida de unidades de estudio.
- **Documente los costos de los factores impulsores de manera transparente.** ¿Qué hace que esta intervención sea cara o barata? ¿Se podrían modificar componentes específicos para reducir los costos sin sacrificar la eficacia? ¿Qué economías o deseconomías de escala son probables? ¿Qué costos ocultos podrían surgir en la rutina de implementación frente a las condiciones de investigación?
- **Presente los resultados de forma accesible para el público interesado en las políticas.** Esto puede incluir métricas sencillas de costo por resultado, en lugar de modelos económicos complejos, comparaciones visuales con intervenciones conocidas, declaraciones claras sobre los intervalos de confianza e implicaciones prácticas para la planificación presupuestaria.
- **Interprete la rentabilidad con prudencia.** Recuerde que lo más barato no siempre es lo mejor: a veces, las intervenciones de mayor costo merecen la pena si sus repercusiones son proporcionalmente mayores o si llegan a poblaciones a las que no llegan las alternativas más baratas.

Las pruebas rigurosas refuerzan el vínculo entre el diseño y la toma de decisiones. Al basar las conclusiones en evidencia en lugar de en suposiciones, las evaluaciones de impacto permiten a UNICEF y a sus socios empezar a identificar qué intervenciones son eficaces, cuáles requieren adaptación y cuáles deben suspenderse. Mediante mediciones sistemáticas y análisis transparentes,

las perspectivas del comportamiento y las hipótesis de diseño se traducen en pruebas creíbles y aplicables que sirven de base para las decisiones sobre la escala, las políticas y la asignación de recursos.

A medida que los programas pasan a la fase de *escalado* de la prueba de hipótesis DEPTHS, se aplica la evidencia generada a partir de *las hipótesis de prueba*. Los resultados de las pruebas rigurosas orientan la forma en que se perfeccionan las intervenciones, se integran en los sistemas y se amplían de manera responsable. Esto garantiza que las decisiones sobre la ampliación y la replicación de las intervenciones se basen en el impacto demostrado, en lugar de en suposiciones.

# Apéndice

## APÉNDICE 1:

### Alternativas cuasi experimentales cuando la aleatorización no es factible

Este apéndice ofrece orientación técnica adicional para los profesionales que diseñan evaluaciones de impacto en condiciones reales y rutinarias. Si bien el capítulo principal destaca los diseños aleatorios como el método más confiable para establecer la causalidad, las realidades prácticas a veces limitan su uso. En tales casos, los evaluadores pueden necesitar considerar enfoques alternativos a la aleatorización que sigan teniendo como objetivo generar perspectivas creíbles y basadas en evidencia.

La prioridad en el diseño de la evaluación debe ser la aleatorización, ya que sigue siendo el método más confiable para establecer la causalidad. La aleatorización elimina las diferencias sistemáticas entre los grupos, lo que permite una mayor confianza en que los efectos observados son atribuibles a la intervención en sí. Sin embargo, hay circunstancias en las que la aleatorización no es posible debido a restricciones políticas, éticas, logísticas o prácticas. En tales casos, se pueden considerar enfoques alternativos.

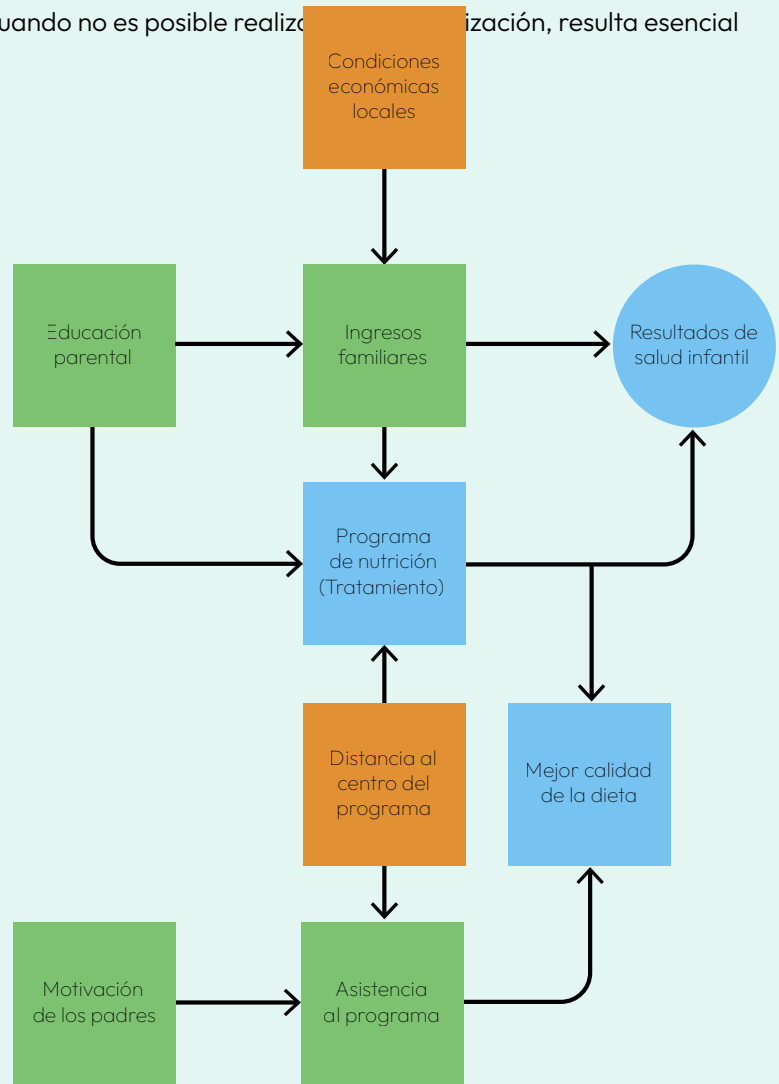
Si bien estas alternativas pueden seguir aportando perspectivas valiosas, introducen una mayor complejidad operativa y mayores exigencias estadísticas. Y lo que es más importante, estos métodos también conllevan un mayor riesgo de sesgo. Se recomienda contar con la participación de expertos en inferencia causal y diseño de evaluaciones cuando se opte por diseños no aleatorios.

1. **Cerrar las rutas traseras: una perspectiva DAG.** Cuando no es posible realizar la randomización, resulta esencial identificar y controlar los factores de confusión, un enfoque conocido en la inferencia causal como «cerrar las rutas traseras». Los gráficos acíclicos dirigidos (DAG) proporcionan un marco útil para comprender este proceso.

Consideremos un DAG que ilustra la evaluación de un programa comunitario de nutrición dirigido a los niños:

En dicho diagrama:

- Las flechas representan efectos de efecto causal directo.
- Las variables (nodos) denotan factores que influyen en los resultados o en la participación en el programa.
- Las rutas entre las variables representan posibles asociaciones causales o no causales.



2. **Identificación de rutas traseras.** Una «ruta trasera» se refiere a cualquier ruta entre el tratamiento (participación en el programa de nutrición) y el resultado (resultados de salud infantil) que no sigue la dirección causal directa. Estas rutas introducen asociaciones que pueden sesgar las estimaciones causales.

En el ejemplo del DAG, pueden existir varias rutas traseras:

- **Programa → Ingresos familiares → Salud infantil:** las familias con ingresos más altos pueden ser más propensas a participar en el programa y a tener hijos más sanos, independientemente del programa.
  - **Programa ← Educación de los padres → Salud infantil:** los padres con mayor nivel educativo pueden inscribir a sus hijos con más frecuencia y también proporcionarles mejores cuidados.
  - **Programa ← Educación de los padres → Ingresos familiares → Salud infantil:** la educación de los padres influye en los ingresos, lo que a su vez afecta tanto a la participación como a los resultados de salud.
3. **El objetivo: cerrar todas las rutas traseras.** Para aislar el efecto causal del programa de nutrición, deben cerrarse todas las rutas traseras. Una vía se considera cerrada cuando:
    - **Se controla (se condiciona) una variable de la vía.** Por ejemplo: el control de los ingresos familiares cierra la vía Programa → Ingresos familiares → Salud infantil.

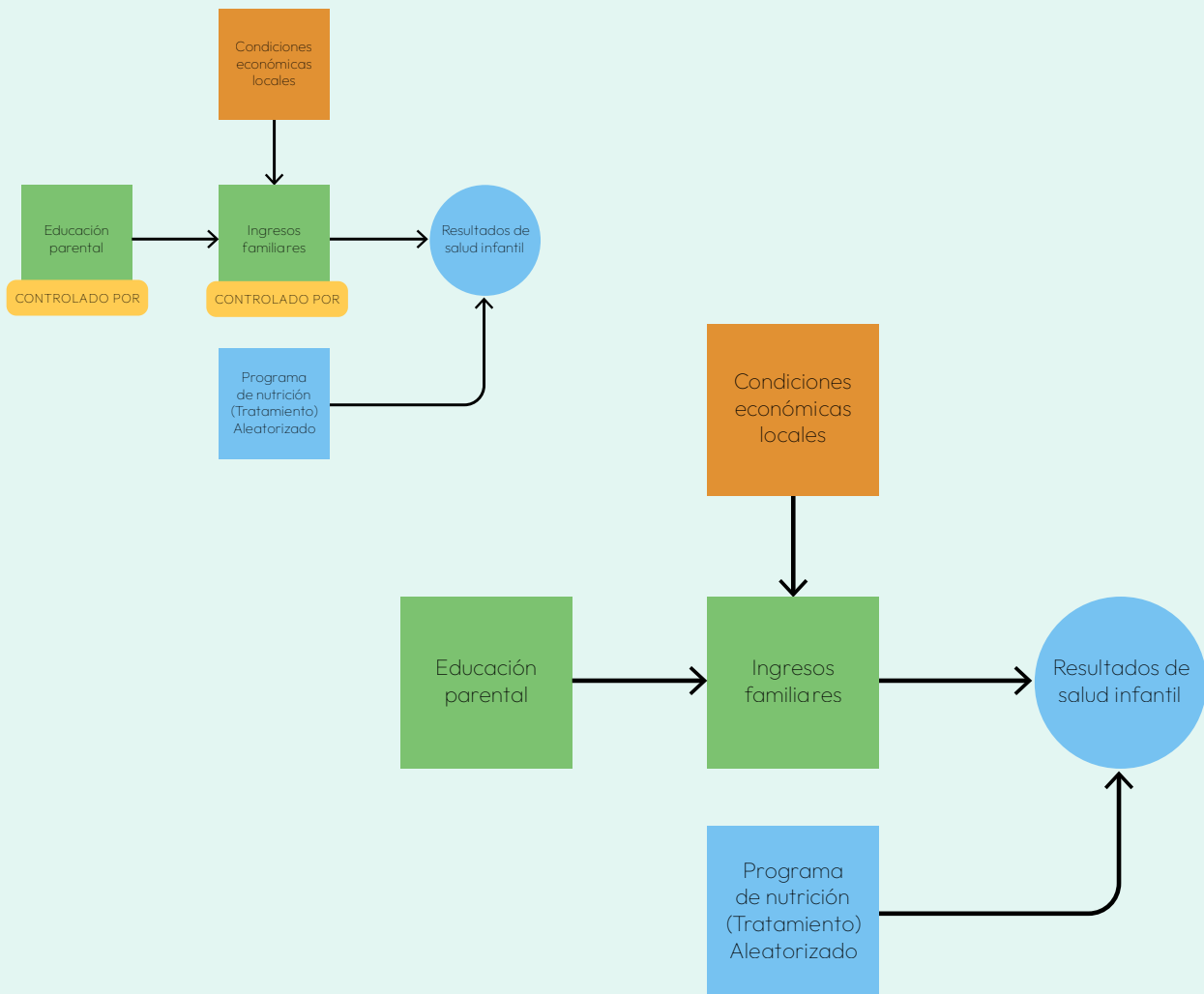
- **La vía contiene un colisionador.** Un colisionador es una variable influenciada por dos o más variables. Por ejemplo, la «asistencia al programa» puede estar influenciada tanto por la «distancia al centro del programa» como por la «motivación de los padres». Esta vía se cierra de forma natural, a menos que el colisionador esté condicionado incorrectamente, lo que volvería a abrir la vía.
- **La ruta incluye un mediador que se deja intencionadamente sin controlar.** Por ejemplo, la «mejora de la calidad de la dieta» se encuentra en la cadena causal entre la participación en el programa y la salud infantil. Si lo que interesa es el efecto total, no se debe controlar esta variable.

Cuando se aplica la aleatorización, todas las flechas que apuntan al nodo «Participación en el programa» se cortan efectivamente. Esto hace que la participación sea independiente de todos los factores de confusión y cierra todas las rutas traseras a la vez. Esta es la ventaja fundamental de la aleatorización: elimina la necesidad de identificar o medir todas las posibles fuentes de sesgo.

4. **Cierre de las rutas traseras sin aleatorización.** En ausencia de aleatorización, se utilizan métodos estadísticos para cerrar las rutas traseras. Dos estrategias comunes son:

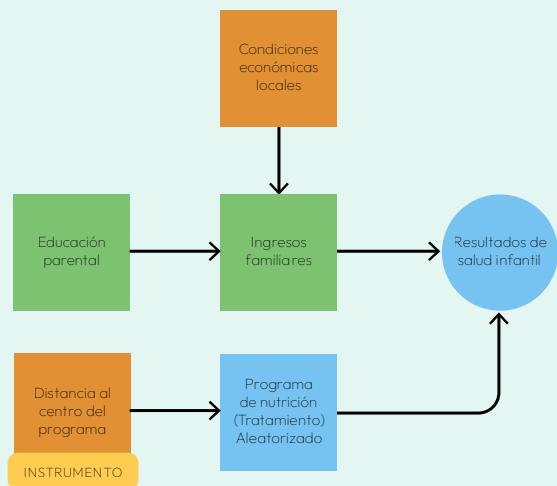
a. **Control de los factores de confusión observados.** Esto implica medir y ajustar variables como la educación de los padres y los ingresos familiares mediante métodos como el ajuste por regresión o el emparejamiento. Este enfoque requiere :

- La identificación de todos los factores de confusión relevantes.
- La medición precisa de esos factores de confusión.
- Modelar correctamente sus relaciones con el tratamiento y los resultados.



- b. **El uso de variables instrumentales.** Este método se basa en una variable que influye en la participación en el programa, pero que no está directamente relacionada con el resultado. Por ejemplo, la «distancia al centro del programa» puede determinar la participación sin afectar directamente a la salud infantil. Esta variación puede utilizarse para estimar el efecto causal incluso en presencia de factores de confusión no observados.

Las oportunidades y limitaciones de cada método dependen del contexto y de la disponibilidad de datos. Las diferentes situaciones ofrecerán diferentes puntos de apalancamiento para cerrar las rutas traseras, y la elección del enfoque adecuado requiere un examen cuidadoso tanto del diseño como de las limitaciones de los datos.



**La tabla 3 del paso 1** de este capítulo incluye una descripción de los diferentes enfoques cuando no es posible la aleatorización.

## APÉNDICE 2:

# El caso del aumento de la cobertura de vacunación infantil en el Líbano

*Esta fase también utiliza el estudio de caso presentado en fases anteriores, cuyo objetivo es aumentar la vacunación infantil en entornos de bajos recursos en el Líbano, con el fin de ilustrar las herramientas del proceso DEPTHS.*

## Contexto del estudio de caso:

A través de las fases de *Definición*, *Exploración* y *Diagnóstico*, y *Diseño de Prototipos*, el equipo del Líbano identificó un comportamiento objetivo que cambiar (que los cuidadores regresaran con sus hijos para la siguiente vacunación programada) y sus principales barreras del comportamiento (sobrecarga cognitiva por tareas concurrentes, estrés emocional relacionado con las visitas a la clínica y percepciones sociales moldeadas por las opiniones de la comunidad). También probaron un prototipo de una posible solución: una tarjeta de cita en papel destinada a hacer que la siguiente visita de vacunación fuera más destacada y fácil de recordar.

La intervención se probó mediante un ensayo controlado aleatorio en el que participaron 12,332 niños sin vacunar o con vacunación incompleta de 6,160 hogares. Los hogares se asignaron aleatoriamente a un grupo de tratamiento que recibió la tarjeta de cita durante las visitas de divulgación o a un grupo de control que no la recibió. El resultado principal se definió a nivel de los hogares: si al menos un niño elegible del hogar recibió la siguiente vacuna requerida en los 21 días siguientes a la fecha prevista.

Se seleccionó esta medida binaria a nivel de hogar para reflejar mejor la toma de decisiones de los cuidadores, reconociendo que el costo marginal de vacunar a más niños en el mismo hogar suele ser bajo. El análisis utilizó una regresión logística para estimar el efecto de la intención de tratar, con errores estándar robustos agrupados a nivel de los trabajadores sociales. Las covariables de referencia incluyeron el tamaño del hogar, la nacionalidad y el comportamiento previo en materia de inmunización.

El ensayo reveló que los hogares que recibieron la tarjeta de cita eran significativamente más propensos a volver para la vacunación, con un aumento de 6,7 puntos porcentuales en comparación con el grupo de control. Estos resultados demuestran que una intervención de bajo costo basada en el comportamiento puede mejorar de manera apreciable la aceptación de la inmunización infantil cuando se dirige a puntos clave de decisión. Los resultados han servido de base para los debates políticos en curso y demuestran el valor de las pruebas de hipótesis estructuradas en los programas de salud pública basados en el comportamiento.

De acuerdo con la descripción de la guía de campo, este apéndice incluye un ejemplo completo para ilustrar su aplicación práctica y ayudar a los equipos a utilizar las herramientas mencionadas con facilidad y coherencia. Estas herramientas incluyen:

- Agenda de aprendizaje
- Plan de implementación
- Mitigación de riesgos de implementación
- Análisis de costo-beneficio

## Aplicación de la agenda de aprendizaje

*Esta agenda de aprendizaje no fue desarrollada por el equipo original del proyecto. Se trata de un ejemplo recreado a partir de datos y contexto reales del proyecto.*

A continuación se ilustra cómo aplicar la **agenda de aprendizaje** presentada en la guía de campo, utilizando el estudio de caso del Líbano. Esta herramienta ofrece cómo enmarcar y priorizar las preguntas clave de aprendizaje que guían tanto el diseño de la evaluación como la interpretación de los resultados. El ejemplo destaca cómo una agenda de aprendizaje clara, centrada en lo que el equipo necesita aprender, por qué es importante y cómo se utilizarán los resultados, garantiza que la evaluación sea útil, viable y adaptable.

### Agenda de aprendizaje

Utilice esta hoja de trabajo para definir los elementos clave de su plan de evaluación utilizando el marco PICOS.

Intervención: Tarjeta de recordatorio de cita

**Problema** Los cuidadores de niños pequeños, especialmente en comunidades sirias y libanesas de bajos ingresos, a menudo olvidan o desconocen cuándo deben acudir a la siguiente cita de vacunación de sus hijos. Esto hace que se pierdan o se retrasen las vacunaciones rutinarias, dejando a los niños vulnerables a enfermedades prevenibles mediante vacunación y aumentando los abandonos del calendario de vacunación.

#### PICOS

**Población** Cuidadores primarios de niños de 0 a 15 meses que acuden a clínicas de salud pública en el Líbano, especialmente los de hogares sirios y libaneses que residen en entornos de bajos recursos.

**Intervención** Una tarjeta de recordatorio de la cita con información sobre el comportamiento (tamaño tarjeta postal), proporcionada a los cuidadores después de una visita de vacunación. La tarjeta incluye: (a) La fecha de la próxima cita de vacunación del niño, (b) un sello del Ministerio de Salud Pública; (c) señales visuales para aumentar la prominencia; y (d) un formato sencillo, de bajo costo y baja tecnología diseñado para actuar como dispositivo de compromiso y recordatorio ambiental.

#### Comparación

Grupo de control aleatorizado

#### Resultado

1. Resultado primario: Tasa de regreso a la cita programada para la vacuna de seguimiento (binario: regresó frente a no regresó).
2. Resultados secundarios:
  - a. Intención de regresar autoinformada por los cuidadores.
  - b. Capacidad de los cuidadores para recordar la fecha exacta de seguimiento
  - c. Percepciones autodeclaradas de la utilidad de la tarjeta recordatoria

#### Estudio y tipo de evaluación

Impact

#### Lecciones clave

##### Si los resultados son positivos

La intervención puede escalarse como una solución de bajo coste, basada en el comportamiento, para aumentar las tasas de seguimiento de la vacunación en entornos de bajos recursos. Las lecciones aprendidas guiarán a los equipos de los programas del Ministerio de Salud Pública y AIA en la institucionalización de la tarjeta postal como parte de la prestación de servicios estándar. Podrían probarse otras mejoras del comportamiento (por ejemplo, mensajes, color, ubicación en el hogar).

##### Si los resultados son nulos o no concluyentes:

Puede ser necesario adaptar el diseño de la postal, el proceso de entrega o los mecanismos de apoyo. Entre las posibles mejoras cabe citar la explicación verbal de la fecha de regreso, la orientación a otros miembros de la familia (por ejemplo, las abuelas) o la incorporación de empujoncitos adicionales. Los comentarios cualitativos de los cuidadores y el personal de primera línea deben orientar las adaptaciones.

##### Si los resultados son negativos (la intervención es contraproducente):

Investigar los efectos no deseados (por ejemplo, confusión, desconfianza o percepción de obligación). Analizar si alguna dinámica operativa o social interfirió en la intervención (por ejemplo, desinformación, mala comunicación, estigma). Puede que sea necesario rediseñar la postal o sustituirla por otro empujoncito mejor adaptado a las rutinas y normas locales.

El equipo del Líbano elaboró primero una agenda de aprendizaje sencilla para aclarar qué esperaban aprender con la evaluación y por qué. Identificaron un problema específico: los cuidadores de las comunidades libanesas y sirias no llevaban a cabo las vacunaciones rutinarias de sus hijos, a menudo porque se olvidaban o no entendían cuándo debían volver. La intervención, una sencilla postal diseñada para influir en el comportamiento, tenía por objeto abordar este problema sirviendo de recordatorio físico.

La pregunta de aprendizaje principal que plantearon fue: «¿Proporcionar una tarjeta personalizada de recordatorio de citas aumenta la aceptación oportuna de la vacunación infantil entre los cuidadores de las comunidades libanesas y sirias de bajos ingresos?».

Las preguntas secundarias incluían cómo influía la intervención en la intención de los cuidadores de volver y en su recuerdo de la fecha de seguimiento. También se trazaron las interpretaciones previstas de los resultados.

Por ejemplo, si aumentaba la aceptación, se podría escalar la intervención. Si los resultados eran mixtos o nulos, podría ser necesario realizar ajustes en el diseño y más pruebas. Si se producía un efecto contrario al deseado, el equipo investigaría los efectos no deseados, como la desconfianza o la mala interpretación.

# Aplicación del plan de implementación

Este plan de implementación no fue desarrollado por el equipo original del proyecto. Se trata de un ejemplo recreado basado en datos y contexto reales del proyecto.

A continuación se ilustra cómo aplicar el **plan de implementación** presentado en la descripción de la guía de campo, utilizando el estudio de caso del Líbano. Esta herramienta muestra cómo traducir el diseño de la evaluación en una planificación operativa estructurada, definiendo las actividades clave, las funciones, los plazos y los indicadores de seguimiento. El ejemplo proporciona una referencia práctica para desarrollar planes de implementación que promuevan la coordinación, la transparencia y la rendición de cuentas a lo largo del proceso de evaluación.

## Elaboración de un plan de implementación

Para poner en marcha la evaluación, el equipo del Líbano también desarrolló un plan de implementación claro en el que se esbozaban los pasos prácticos, las responsabilidades y el calendario de ejecución. Este plan detallaba cada fase, desde la finalización del diseño de la postal y la realización de una pequeña prueba previa, hasta la recopilación de datos de referencia y la asignación de los participantes a los grupos de tratamiento o control. Cada etapa se asignó a los responsables correspondientes (por ejemplo, el equipo del proyecto de UNICEF, J-PAL MENA, el Ministerio de Salud Pública), con un calendario definido e indicadores específicos para el seguimiento de los progresos, como las tasas de inscripción, la cobertura de la distribución y los controles de calidad de los datos. Este plan sirvió no solo como herramienta de coordinación, sino también como base para la transparencia y la rendición de cuentas a lo largo de la implementación.

Equipado con el plan de evaluación y el plan de implementación, el equipo estaba listo para someterlo a una junta de revisión institucional para su revisión y aprobación ética antes de implementar y evaluar la intervención.

### Plan de implementación

Intervención: Tarjeta de recordatorio de cita

Utilice esta hoja de trabajo para dividir su intervención en pasos prácticos. Para cada área prioritaria, defina las actividades clave, asigne responsabilidades, establezca un calendario e identifique qué recursos e indicadores de seguimiento serán necesarios para seguir los avances.

Área prioritaria <i>[Inserte la prioridad]</i>	Actividades clave <i>[Enumere 1-2 acciones]</i>	Responsable <i>[Responsable y colaboradores]</i>	Calendario <i>[MM/AA]</i>	Recursos y presupuesto <i>[Insumos necesarios]</i>	Indicadores de seguimiento <i>[Por ejemplo, % de actividades realizadas]</i>
Piloto realizado	Finalizar el diseño de la postal y realizar una pequeña prueba previa en 1-2 clínicas	Equipo del programa AIA, unidad de diseño del Ministerio de Sanidad, equipo del proyecto de UNICEF	03/23	Consultor de diseño, transporte	Finalización del diseño de la postal e integración de los comentarios
Recopilación de datos de referencia	Recopilación de datos de referencia sobre las tasas de retorno de los cuidadores y el rendimiento de las clínicas	Equipo de evaluación (J-PAL MENA), Ministerio de Sanidad, equipo del proyecto de UNICEF	03-04/23	Tiempo de los encuestadores, viajes, tabletas	% de encuestas de referencia completadas, comprobaciones de la calidad de los datos
Reclutamiento realizado	Identificar e inscribir a los cuidadores elegibles durante las visitas clínicas rutinarias	Trabajadores sanitarios, personal administrativo de la clínica, equipo del proyecto de UNICEF	05-07/23	Orientación del personal, listas clínicas	# N° de cuidadores inscritos; tasa de consentimiento
Asignación realizada	Asignación aleatoria de los cuidadores a la postal (tratamiento) o a la atención estándar (control)	Equipo de evaluación, apoyo a la aplicación de la AIA, equipo del proyecto de UNICEF	05-07/23	Protocolo de aleatorización, formularios de datos	Aleatorización completada, comprobaciones de equilibrio verificadas
Comienzo de la intervención	Comienzo de la distribución de postales a los cuidadores del grupo de tratamiento después de la vacunación	Personal del dispensario, supervisado por el equipo de campo de AIA, equipo del proyecto de UNICEF	05/23	Postales impresas, formularios de seguimiento	Porcentaje de cuidadores elegibles que reciben la postal
Comprobación de la ejecución	Realización de llamados de supervisión intermedias y visitas sobre el terreno para evaluar la fidelidad y el alcance	Equipo de campo de AIA, puntos focales de distrito del MSP, equipo de proyecto de UNICEF	06/23	Teléfono/datos, costes de las visitas sobre el terreno	% de clínicas que informan sobre la rutina, desviaciones observadas
Fin de la intervención	Concluir la fase de distribución y detener la inscripción de nuevos participantes	Personal del dispensario, notificación al equipo de evaluación, equipo del proyecto de UNICEF	07/23	N/A	Fecha límite aplicada en todos los centros piloto
Datos recopilados	Administración de encuestas de seguimiento a los cuidadores; extracción de los registros de devolución del dispensario.	Encuestadores de J-PAL, personal de seguimiento y evaluación de las clínicas, equipo del proyecto de UNICEF	08-09/23	Herramientas de encuesta, transporte, incentivos	% de encuestas de seguimiento completadas, registros extraídos
Depuración y análisis de datos	Limpieza de los conjuntos de datos, análisis estadístico de los resultados primarios y secundarios.	Analistas de evaluación (J-PAL MENA), equipo del proyecto de UNICEF	10-11/23	Tiempo de los analistas, software	Plan de análisis final completado; resultados validados

## Aplicación de la herramienta de mitigación de riesgos

A continuación se ilustra cómo aplicar la **herramienta de riesgos de implementación y mitigación** presentada en la guía de campo principal, utilizando el estudio de caso del Líbano. Esta herramienta muestra cómo se pueden identificar y gestionar sistemáticamente los posibles riesgos operativos, contextuales y de comportamiento a lo largo del proceso de evaluación. El ejemplo proporciona una referencia práctica para los equipos que desean anticipar y abordar los retos de la implementación antes de que amenacen la integridad de la evaluación o el éxito del programa.

### Gestión de los riesgos durante la puesta en marcha

El equipo utilizó la herramienta de riesgos de implementación y mitigación de forma dinámica, no solo en la fase de planificación, sino también como parte de la implementación activa. Surgieron tres riesgos clave :

RIESGOS	PROBABILIDAD	IMPACTO	MITIGACIÓN
<b>Las postales no llegan a tiempo</b>	media	alto	El equipo de UNICEF trabajó con un servicio de mensajería para escalonar los horarios de entrega y proporcionar un stock de reserva.
<b>Las enfermeras no entregaban las postales con la explicación adecuada</b>	alta	Medio	Se impartió formación mediante notas de voz y se distribuyeron hojas de referencia plastificadas.
<b>Los cuidadores extravían la postal</b>	media	Medio	Se utilizaron fundas de plástico transparentes y se recordó que se pegara la postal cerca del calendario en casa.
<b>Los registros de datos no se actualizan de manera constante</b>	media	alto	Se integró un recordatorio rápido para el registro al final de cada turno a través de avisos de WhatsApp.
<b>Interrupciones contextuales</b> (por ejemplo, huelga de transporte, condiciones meteorológicas)	baja a media	alto	Se asignaron puntos focales locales para la reasignación flexible de las rutas de entrega.

Cada riesgo se asignó al equipo de UNICEF o a un supervisor del Ministerio de Salud Pública para su seguimiento, con plazos vinculados al calendario de implementación.

# Aplicación del análisis de costo-beneficio

A continuación se ilustra cómo aplicar la **herramienta de análisis de costo-beneficio** presentada en la descripción de la guía de campo, utilizando el estudio de caso del Líbano. Esta herramienta muestra cómo se pueden identificar, cuantificar y comparar sistemáticamente los costos y beneficios de un programa para evaluar su rentabilidad. El ejemplo proporciona una referencia práctica para los equipos que desean estimar la eficiencia económica de las intervenciones de comportamiento y tomar decisiones informadas sobre escalar, la adaptación o la asignación de recursos.

## Análisis de costo-beneficio

El objetivo principal de la intervención era aumentar la cobertura de vacunación oportuna entre los cuidadores de las clínicas urbanas de bajos recursos del Líbano. En ausencia de la intervención, los datos sugerían que muchos cuidadores retrasarían las visitas de seguimiento, con el riesgo de que se perdieran o se completaran las vacunas. Con un sencillo recordatorio de comportamiento, la postal tenía como objetivo cambiar esa trayectoria.

Los costos fueron relativamente modestos. Aunque el estudio no informó directamente sobre los datos financieros, una estimación razonable situó el

### Análisis de costo-beneficio (ACB)

Utilice esta hoja de trabajo para sopesar los costes y beneficios de su intervención y decidir si merece la pena escalarla, adaptarla o interrumpirla.

Intervención: Tarjeta de recordatorio de citas

#### Definir el objetivo

El objetivo del proyecto es mejorar la puntualidad de la vacunación infantil mediante una sencilla tarjeta postal recordatoria de bajo costo. Los cuidadores –especialmente las familias refugiadas y con bajo nivel de alfabetización– se beneficiaron de recibir un recordatorio claro de la próxima visita. Sin la intervención, las tasas de abandono y de no vacunación seguían siendo elevadas.

#### Lista de costes

- Directos: Diseño, impresión, formación y distribución de tarjetas (~0,20 \$/tarjeta).
- Indirectos: Tiempo del personal, supervisión y seguimiento.
- Oportunidad: Mínima, ya que la entrega se realizó durante las visitas existentes.
- Total: Estimado <\$10.000 para la fase piloto.

#### Lista de todos los beneficios

- Directos: Más niños vacunados a tiempo.
- Indirectos: Menos abandonos, menos citas perdidas, mejor compromiso de los cuidadores.
- Equidad: Mayor impacto entre los grupos sirios y con bajo nivel de alfabetización.

#### Asignar valores

- Costes valorados a través de las tasas de adquisición/personal.
- Beneficios: Aumento de 7 puntos porcentuales en las devoluciones a tiempo, ~350 niños vacunados adicionales.
- Valor aproximado por vacunación a tiempo: ~\$50-\$150 (basado en estimaciones de la OMS).

#### Comparación de costes y beneficios

- Coste por vacunación puntual adicional: ~\$28
- BCR estimado: ~3:1
- Fuerte retorno de la inversión.

#### Comprobar los supuestos

Las comprobaciones de sensibilidad mostraron que los resultados se mantenían:

- Menores tamaños del efecto (3-5%)
- Mayores costes de las postales
- Incluso en el peor de los casos, los beneficios superaron a los costes.

#### Formular un juicio

La intervención es rentable, ampliable y equitativa. Se recomienda escalar en entornos similares de bajos recursos, con circuitos de retroalimentación continuos para optimizar la prestación.

costo por postal impresa en menos de 0,20 dólares, incluyendo el diseño y la distribución. Suponiendo un alcance piloto modesto (por ejemplo, menos de 10,000 cuidadores), el costo total probablemente se mantuvo por debajo de los 10,000 dólares, incluyendo los materiales, la supervisión y el tiempo del personal.

En cuanto a los beneficios, el estudio demostró que la postal aumentó las tasas de retorno en siete puntos porcentuales. La literatura sobre salud pública sugiere que cada vacuna adicional administrada a tiempo contribuye a obtener beneficios a largo plazo en la prevención de enfermedades, la reducción de la mortalidad infantil y la disminución de los costos de atención médica. Según las estimaciones de la OMS, una valoración conservadora de cada vacuna administrada a tiempo podría suponer entre 50 y 150 dólares en beneficios sociales. Si se aplica a todo el grupo de intervención, esto se traduce en ganancias agregadas significativas, que probablemente arrojen una relación beneficio-costos de entre 3:1 y 5:1.

Para comprobar la solidez, el equipo consideró una serie de hipótesis. Incluso en escenarios pesimistas (por ejemplo, con costos más elevados o efectos más débiles), la intervención seguía pareciendo rentable, debido en gran medida a su bajo costo unitario y a su diseño escalable.

Es importante destacar que el equipo también tuvo en cuenta la equidad y la inclusión. La intervención benefició de manera desproporcionada a los cuidadores marginados, especialmente a las familias sirias, lo que pone de relieve su potencial como estrategia de bajo costo para reducir las disparidades en el acceso a la salud. La postal recordatoria no sólo era rentable, sino que también mejoraba la equidad, una consideración clave para su futuro escalamiento.

# Más información

Esta guía de campo ofrece herramientas prácticas, marcos y hojas de trabajo para ayudar a los equipos a aplicar las ciencias del comportamiento a los retos de desarrollo del mundo real. Sin embargo, ninguna guía puede abarcarlo todo. Las ciencias del comportamiento se encuentran en la intersección de múltiples disciplinas, que van desde el diseño centrado en el ser humano y la ciencia de la implementación, hasta la ética, la medición y la evaluación. Por eso hemos incluido esta sección, para aquellos que sienten curiosidad por profundizar, perfeccionar su práctica ética, fortalecer el diseño de la implementación o explorar cómo seleccionar mejores medidas de resultados. Los recursos que se presentan a continuación ofrecen puntos de partida seleccionados para un viaje de aprendizaje a su propio ritmo.

## «Quiero una guía paso a paso más detallada sobre cómo realizar experimentos».

Existen múltiples manuales, recursos y cursos sobre cómo realizar experimentos para programas sociales. Algunos recursos gratuitos útiles son el [sitio web de J-PAL sobre Introducción a las evaluaciones aleatorias](#) y la [Guía práctica de evaluación de impacto del Banco Mundial](#).

## «Quiero mejorar mi enfoque de la ética en las ciencias del comportamiento aplicada».

La ética es fundamental en cualquier investigación o proyecto de comportamiento que involucre a personas. Ya sea que la tarea en cuestión sea redactar formularios de consentimiento, evaluar riesgos o navegar por las dinámicas de poder, estos recursos brindan un apoyo accesible y práctico:

- [El kit de herramientas éticas para proyectos de ciencias del comportamiento aplicadas de UNICEF](#) ayuda a los equipos a reflexionar sobre los riesgos éticos desde el principio e integrar medidas de protección a lo largo de la implementación.
- [El Procedimiento sobre normas éticas en la investigación, la evaluación, la recopilación de datos y el análisis de UNICEF](#) describe los protocolos y expectativas oficiales de la organización.
- [La lista de verificación del consentimiento informado \(J-PAL\)](#) es una plantilla comentada con orientación sobre lo que debe incluirse en los formularios de consentimiento de los participantes.
- [Las plantillas de consentimiento de UNICEF](#) (véase la página 41) incluyen ejemplos editables para participantes, cuidadores y guardianes.

## «Necesito hacer un curso de ética para el IRB».

Hay múltiples sesiones de capacitación disponibles, y algunas organizaciones incluso ofrecen su propia capacitación interna en ética con un certificado reconocido por diferentes IRB. Para quienes busquen capacitación externa, exploren los siguientes recursos:

- [Formación en protección de la investigación en seres humanos del HHS](#) (con sede en EE. UU., certificación gratuita, ~5-6 horas)
- [Curso sobre política de los tres consejos sobre ética de la investigación](#) (con sede en Canadá, certificación gratuita, ~4 horas)

## «Quiero explorar cómo diseñar y medir la implementación de manera más eficaz».

Comprender *qué* se ha logrado exactamente, junto con *cómo*, es esencial para reconocer si una intervención de comportamiento ha funcionado. El [Repositorio de Resultados de Implementación](#) ofrece orientación y ejemplos para medir constructos como la viabilidad, la fidelidad y la aceptabilidad.

### «Quiero mejorar la forma en que selecciono o adapto las medidas de resultados».

Una medida de resultados sólida no solo evalúa la eficacia, sino que captura el comportamiento adecuado de la manera correcta. Si planea evaluar el cambio de comportamiento o los resultados indirectos, las [Propiedades psicométricas de las medidas de implementación](#) revisan la validez y fiabilidad de las herramientas más utilizadas en la ciencia de la implementación.

### «Quiero evaluar la calidad y el rigor de los informes y estudios de evaluación».

Si es responsable de revisar, encargar o interpretar estudios, es importante comprender no solo lo que dice un informe, sino también la fiabilidad de sus conclusiones. Estas herramientas y artículos ayudan a evaluar la calidad de los estudios, ya sea al revisar una evaluación de impacto, un informe de implementación o un artículo académico.

### Evaluación del diseño general y el rigor de los informes

- [La herramienta de evaluación DAC \(DAT\) de Gates](#) ayuda a evaluar si un estudio está bien diseñado, bien analizado y se comunica con claridad. Creada originalmente para ensayos clínicos, es aplicable a todos los sectores.
- El artículo [«Publicar artículos cuantitativos con rigor y transparencia»](#) ofrece una guía fácil de entender sobre la transparencia y la solidez para los equipos que redactan los resultados.

### Revisión de revisiones sistemáticas

[La herramienta de la evidencia Project Risk of Bias Tool](#) evalúa el rigor tanto en estudios aleatorios como no aleatorios. Es especialmente útil cuando se leen revisiones sistemáticas o síntesis de métodos mixtos.

### Evaluación del rigor de la investigación cualitativa

- [Indicadores de rigor en la investigación cualitativa](#) explican cómo juzgar la credibilidad, la transferibilidad y la fiabilidad de los estudios cualitativos.
- [El poder de la información en el muestreo cualitativo](#) ofrece una alternativa útil a la idea de «saturación» para justificar el tamaño de las muestras en las entrevistas.

## Recursos:

1. Akbari, M., Nikijoo, I., Khodapanah, B., Foroudi, P., & Padash, H. (2025). Forty Years of Microfinance Research and Its Impact on Consumers: A Review and Research Agenda Using the ADO-TCM Framework. *International Journal of Consumer Studies*, 49(4), e70101.
2. Behavioural Insights Team. How to Run Simple Behavioural Insight Projects. 2022. <https://www.bi.team/wp-content/uploads/2022/11/BIT-Handbook-How-to-run-simple-BI-projects.pdf>.
3. Blanc, J. (2014). *Microfinance, Debt and Over-Indebtedness: Juggling with Money*, Isabelle Guérin, Solène Morvant-Roux et Magdalena Villarreal (dir.). Editions Routledge, Londres, Royaume-Uni, 2014, 316 pages. *Revue internationale de l'économie sociale: recma*, (334), 122-124.
4. Bloomberg. "Big Money Backs Tiny Loans That Lead to Debt, Despair and Even Suicide." Bloomberg.com, May 3, 2022. <https://www.bloomberg.com/graphics/2022-microfinance-banks-profit-off-developing-world/>.
5. Clemens, Michael A., and Gabriel Demombynes. "When Does Rigorous Impact Evaluation Make a Difference? The Case of the Millennium Villages." *Journal of Development Effectiveness* 3, no. 3 (2011): 305–339. <https://doi.org/10.1080/19439342.2011.587017>.
6. Cristia, Julian, Pablo Ibararán, Santiago Cueto, Ana Santiago, and Eugenio Severín. "Technology and Child Development: Evidence from the One Laptop per Child Program." *American Economic Journal: Applied Economics* 9, no. 3 (2017): 295–320. <https://doi.org/10.1257/app.20150385>.
7. Evaluation Hub. "Run Evaluations." <https://www.bitevaluationhub.com/run-evaluations>.
8. John, B. (2024, November 14). Challenges and limitations of microfinance in achieving large-scale poverty reduction and job creation [Working paper].
9. J-PAL. "Design and Iterate the Implementation Strategy." <https://www.povertyactionlab.org/resource/design-and-iterate-implementation-strategy>.
10. J-PAL. "Ethical Conduct of Randomized Evaluations." <https://www.povertyactionlab.org/resource/ethical-conduct-randomized-evaluations>.
11. J-PAL. "Impact Evaluation Methods Table." <https://www.povertyactionlab.org/sites/default/files/research-resources/impact-evaluation-methods-table.pdf>.
12. J-PAL. "Power Calculations Exercise." [https://www.povertyactionlab.org/sites/default/files/Exercise-PowerCalcs\\_0.pdf](https://www.povertyactionlab.org/sites/default/files/Exercise-PowerCalcs_0.pdf).
13. J-PAL. "Questionnaire Piloting." <https://www.povertyactionlab.org/resource/questionnaire-piloting>.
14. J-PAL. "Data Security Procedures for Researchers." <https://www.povertyactionlab.org/resource/data-security-procedures-researchers>.
15. J-PAL and IPA. *Implementing Impact Evaluations: Case Study*. 2023. <https://poverty-action.org/sites/default/files/2023-03/Case-Study-Implementing-Impact-Evaluations.pdf>.
16. Karlan, Dean, and Jacob Appel. *More Than Good Intentions: Improving the Ways the World's Poor Borrow, Save, Farm, Learn, and Stay Healthy*. Penguin, 2011.
17. NYU Office of Research. "IRB Decision Tree." <https://www.nyu.edu/content/dam/nyu/research/documents/IRB/IRBDecisionTree.pdf>.

18. Shelly, Sarah, et al. "Improving Communication with Participants in Behavioural Trials." 2023.
19. UNICEF. An Evaluation of the PlayPump® Water System as an Appropriate Technology for Water, Sanitation and Hygiene Programmes. 2007. [http://www-tc.pbs.org/frontlineworld/stories/southernafrica904/flash/pdf/unicef\\_pp\\_report.pdf](http://www-tc.pbs.org/frontlineworld/stories/southernafrica904/flash/pdf/unicef_pp_report.pdf).
20. UNICEF. Ethical Considerations When Applying Behavioural Science to Programmes with Children. Innocenti, 2021. <https://www.unicef.org/innocenti/media/5186/file/UNICEF-Ethical-Considerations-Behavioural-Science-Children-2021.pdf>.
21. UNICEF. "UNICEF Procedure for Ethical Standards in Research, Evaluation, Data Collection and Analysis." <https://www.unicef.org/evaluation/documents/unicef-procedure-ethical-standards-research-evaluation-data-collection-and-analysis>.
22. UK What Works Evaluation Hub. "Pilot Impact Studies." <https://evaluationhub.eif.org.uk/pilot-impact-studies/>.
23. University of California Santa Barbara Library. "Data Evaluation Checklist." <https://www.library.ucsb.edu/sites/default/files/attachments/data-curation/resources/DataEvaluationChecklist.pdf>.
24. World Health Organization. Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies. 2010. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44708/9789241502320\\_eng.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44708/9789241502320_eng.pdf).
25. Australian Institute of Family Studies. Process Evaluation. 2025. [https://aifs.gov.au/sites/default/files/2025-03/2502%20EES%20process%20evaluation\\_1.pdf](https://aifs.gov.au/sites/default/files/2025-03/2502%20EES%20process%20evaluation_1.pdf).
26. Tableau. "What Is Data Cleaning?" <https://www.tableau.com/learn/articles/what-is-data-cleaning>.
27. BetterEvaluation. "Data Cleaning." <https://www.betterevaluation.org/methods-approaches/methods/data-cleaning>.



# Escalar

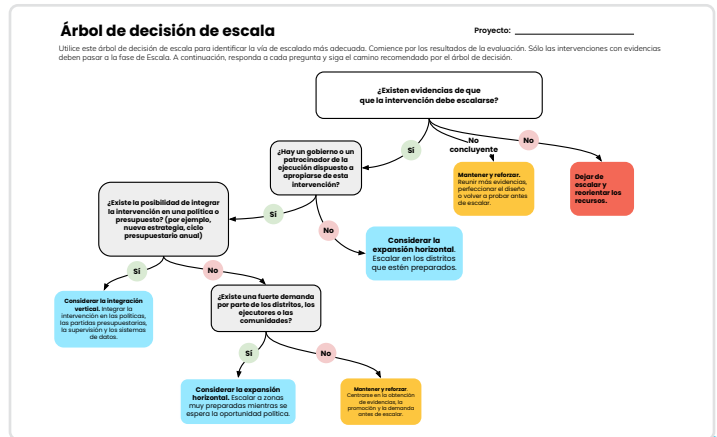
## ¡Bienvenido a *Escalar*!

En esta fase se analiza cómo una intervención probada puede aprovechar las lecciones aprendidas, junto con la planificación de su expansión, ya sea llegando a poblaciones más amplias, adaptándose a nuevas regiones o formando parte de políticas y sistemas.

El objetivo de escalar una intervención es sencillo: ampliar su alcance y adaptarla a nuevos contextos sin perder eficacia. Esto se logra identificando los componentes esenciales que impulsan la eficacia de una intervención, junto con la implementación de una infraestructura de apoyo y la obtención de los recursos necesarios para su ejecución sostenida.

### Las actividades clave en esta fase incluyen:

- Decidir si se amplía la intervención horizontalmente (a nuevas zonas geográficas o grupos) y/o verticalmente (integrándola en políticas y sistemas) utilizando un **árbol de decisión de escala**.
- Realizar una **lista de verificación de preparación para el escalado** a fin de evaluar la preparación de la intervención para escalar.
- Preparar un **plan de ampliación** que describa los pasos, las funciones, las responsabilidades y los aspectos financieros de escalar.



Árbol de decisión de escala

Atributo	Preparación Si/No/No claro	Notas / Acciones
<b>Credibilidad</b> ¿Es genuino el éxito del piloto? ¿Respaldo por evidencias sólidas o por el apoyo de instituciones respetadas, en lugar de un falso positivo (un resultado que parece sólido pero que se produjo por casualidad o en condiciones inusuales)?		
<b>Observabilidad</b> ¿Son los resultados visibles y fáciles de ver en la práctica? Por ejemplo, ¿pueden los responsables políticos, los financiadores o los clientes reconocer claramente los beneficios?		
<b>Relevancia</b> ¿Resuelve la intervención un problema real y accionable para la población destinataria, en lugar de una cuestión marginal o de bajo prioridad?		
<b>Equidad</b> ¿Se benefician los grupos más difíciles de alcanzar y no sólo los más fáciles de alcanzar?		
<b>Ventaja relativa</b> ¿La intervención supera claramente las prácticas existentes, con beneficios que superan los costos?		
<b>Facilidad de adopción</b> ¿Puede replicarse, instalarse y utilizarse la intervención sin complejidad o formación innecesarias?		
<b>Compatibilidad</b> ¿Está en consonancia con los valores, normas, sistemas y programas locales para que su adopción resulte natural y no perturbadora?		
<b>Testabilidad</b> ¿Puede probarse la intervención en nuevos lugares o contextos a pequeña escala y con los limitados recursos habituales, antes de ampliarse?		
<b>Viabilidad</b> ¿Se puede mantener el éxito en condiciones normales, ejecutado por personal rutinario con presupuestos, capacidades y tiempo típicos?		
<b>Asesibilidad y escalabilidad de insumos</b> ¿Los costos unitarios según siendo manejables o escala o los ingredientes esenciales (como la tecnología o los recursos) están al alcance de ser demandado a gran escala o de no estar disponibles?		
<b>Adecuación de los sistemas</b> ¿Existen políticas presupuestarias, códigos de suministro, formación, supervisión y sistemas de datos para mantener la ejecución a escala?		
<b>Apropiación</b> ¿Existe una unidad gubernamental o un socio creíble comprometido con la atención y la institucionalización de la intervención?		
<b>Riesgos y efectos imprevistos</b> ¿Qué podría romperse, resultar contraproducente o causar efectos secundarios negativos a escala, y qué estrategias existen?		
<b>Definición de éxito</b> ¿Existen claros los medidores de los resultados y los fuentes de datos? ¿Qué le haría confiar en que la intervención está realmente lista para escalar?		

Lista de verificación para la preparación del pesaje

**Plan de ampliación horizontal** Proyecto: \_\_\_\_\_

Utilice esta línea para planificar cómo se adaptará la intervención piloto para escalarla horizontalmente, identificando a quién debe llegar, los barreros probables y los ajustes contextuales.

	Intervención piloto	Adaptación horizontal
<b>Quién</b> ¿Qué grupos o individuos son los principales usuarios o beneficiarios? ¿Quién más debe participar?		
<b>Posibles nuevos barreros (utilizando COM-aj)</b> ¿Qué barreras de capacidad, oportunidad o motivación se observan en el proyecto piloto? ¿Qué barreras adicionales o diferentes pueden surgir en nuevos contextos?		
<b>Ubicación</b> ¿Dónde tuvo lugar el proyecto piloto y en qué condiciones locales? ¿Dónde tendrá lugar la ampliación y qué factores contextuales deben tenerse en cuenta?		

Plan de ampliación horizontal	
<b>Difusión y promoción</b> ¿Quiénes son los principales responsables de la toma de decisiones y los mensajes clave? ¿Cómo se comunicará la intervención? ¿Son los mensajes claros y adaptados a la audiencia?	
<b>Costes y recursos</b> ¿Cuánto costará la expansión? ¿Puede la sociedad reducir los gastos? ¿Puede ser más eficiente la prestación de los servicios?	
<b>Seguimiento y evaluación</b> ¿Cómo se supervisará la ampliación? ¿Se siguen obteniendo los resultados previstos en el proyecto piloto?	

Plano a escala

# ¿Por qué escalar?

Sin una planificación cuidadosa, incluso las intervenciones más prometedoras pueden estancarse, fracasar o causar daños si se escalan demasiado o demasiado rápido. En esta sección se destaca la importancia de escalar, los riesgos de escalar sin adaptación, el desafío de la sostenibilidad y la integración de los sistemas, y el potencial que tiene escalar cuando está bien hecho.

## La importancia de escalar

Para UNICEF, escalar implica un esfuerzo deliberado para garantizar que las soluciones probadas beneficien a los niños y las comunidades a nivel de la población, y no solo en los sitios piloto. Dado que los proyectos piloto suelen funcionar en condiciones especiales que no necesariamente se dan a gran escala, escalar no es una simple réplica, sino un proceso guiado y estratégico que requiere una planificación sistemática, junto con una cuidadosa consideración de la capacidad institucional y la sostenibilidad.

Compartir forma parte de este proceso. Mediante la difusión intencionada de perspectivas, evidencia y lecciones, otras comunidades, socios o responsables políticos pueden adoptar, adaptar y multiplicar el impacto en sus propios contextos.<sup>1</sup> Este proceso garantiza que las perspectivas puedan influir en la práctica y las políticas del mundo real, incluso cuando no es posible replicar íntegramente una intervención.

Sin embargo, la evidencia de la eficacia durante las pruebas piloto no garantiza el éxito al escalar. Considere los siguientes factores:

- **Viabilidad:** si la intervención es asequible y puede integrarse en los procesos rutinarios.
- **Estrategia:** si la intervención aporta un valor claro a las partes interesadas clave, como el gobierno.
- **Adaptabilidad:** si la intervención es lo suficientemente flexible como para adaptarse a las políticas y los contextos organizativos.

- **Aceptabilidad:** si la intervención cuenta con la confianza y la aceptación de la población destinataria

Incluso cuando se cumplen estos criterios, hay muchos otros factores que son fundamentales para determinar si una intervención escala con éxito, como la implicación y la experiencia de los equipos de implementación, la capacidad de ejecución, el compromiso político, los modelos de financiamiento y la alineación con las ventanas políticas.

Lo ideal es considerar el escalar desde el inicio del proceso DEPTHS, a fin de garantizar que las intervenciones se diseñen para sistemas del mundo real y para su futura adaptación. Sin embargo, también es esencial resistir la presión de escalar demasiado pronto, antes de que se haya establecido la viabilidad y la eficacia de una intervención. Escalar depende tanto de los sistemas, las relaciones y el momento como de la evidencia. Reconocer desde el principio los factores de intervención y no intervención que influyen en la escalabilidad aumenta la probabilidad de que las innovaciones superen la fase piloto y se conviertan en soluciones sostenibles e institucionalizadas.<sup>2</sup>

1 World Health Organization (2010). *Nine steps for developing a scaling-up strategy*. Geneva: World Health Organization. Available at: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44432/9789241500319\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44432/9789241500319_eng.pdf?sequence=1) [Accessed 26 Aug. 2025].

2 World Health Organization (2010). *Nine steps for developing a scaling-up strategy*. Geneva: World Health Organization. Available at: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44432/9789241500319\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44432/9789241500319_eng.pdf?sequence=1) [Accessed 26 Aug. 2025].

## 1. Los riesgos de escalar sin adaptación ni apoyo

No todas las ideas que tienen éxito en un entorno piloto producirán un impacto en otros lugares si se ignoran las diferencias de contexto, sistemas o capacidad de ejecución. Escalar requiere tanto la adaptación a nuevos entornos (**ampliación horizontal**) como el apoyo *dentro de* los sistemas existentes (**ampliación vertical**).

### Escalar horizontalmente: ignorar las diferencias contextuales

El saneamiento total impulsado por la comunidad (CLTS) es un enfoque que moviliza a comunidades enteras para poner fin a la defecación al aire libre mediante la acción colectiva, la presión de los pares y el orgullo local, en lugar de mediante subsidios o la imposición externa. El modelo demostró ser muy eficaz en Bangladesh, donde la fuerte cohesión de la comunidad permitió un rápido cambio de comportamiento y la adopción generalizada de letrinas domésticas.

Inspirados por este éxito, los gobiernos y sus socios escalaron el CLTS en África y Asia. Sin embargo, los resultados variaron cuando se introdujo en entornos con una cohesión social más débil, un acceso limitado a los materiales o una facilitación menos intensa. Por ejemplo, evaluaciones a gran escala realizadas en Mali<sup>3</sup> e Indonesia<sup>4</sup> revelaron que los avances en materia de saneamiento eran modestos o disminuían con el tiempo cuando faltaban las condiciones locales propicias, como la motivación colectiva y el apoyo de seguimiento. Este ejemplo muestra que cuando se escala sin ajustar a la dinámica social y a las condiciones de recursos de los nuevos entornos, su éxito inicial puede desvanecerse rápidamente.

### Escalar verticalmente: descuido del apoyo al sistema

Un ejemplo es el tratamiento de la malaria: las terapias basadas en la artemisinina, adoptadas a principios de la década de 2000, revolucionaron la atención sanitaria, pero la rápida escalada sin sistemas reguladores sólidos permitió la circulación generalizada de medicamentos de calidad inferior y falsificados, lo que alimentó la resistencia a la artemisinina y amenazó el progreso global.<sup>5,6</sup> Este ejemplo pone de relieve que escalar las innovaciones biomédicas sin invertir en garantía de calidad, regulación y responsabilidad institucional puede socavar tanto los resultados sanitarios como la confianza pública.

Los programas de cambio social y de comportamiento suelen enfrentarse a desafíos similares. Por ejemplo, los trabajadores comunitarios de salud (WCS) desempeñaron un papel fundamental en el aumento de la demanda de vacunación infantil mediante actividades de divulgación presenciales en Nepal, Senegal y Zambia. Sin embargo, cuando muchos de estos programas se ampliaron sin inversiones sostenidas en la formación continua de los WCS, la supervisión y/o adaptaciones específicas a cada país, el impacto de los programas disminuyó, lo que demuestra que escalar requiere sistemas de apoyo resilientes y sensibles al contexto, y no solo la replicación.<sup>7</sup>

3 Pickering, A. J., Djebbari, H., Lopez, C., Coulibaly, M., & Alzua, M. L. (2015). Effect of a community-led sanitation intervention on child diarrhoea and child growth in rural Mali: A cluster-randomised controlled trial. *The Lancet Global Health*, 3(11), e701–e711. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)00144-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00144-8)

4 Cameron, L., Olivia, S., & Shah, M. (2019). Scaling up sanitation: Evidence from an RCT in Indonesia. *Journal of Development Economics*, 138, 1–16. <https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2018.12.001>

5 Karunamoorthi K. The counterfeit anti-malarial is a crime against humanity: a systematic review of the scientific evidence. *Malar J*. 2014 Jun 2;13:209. doi: 10.1186/1475-2875-13-209. PMID: 24888370; PMCID: PMC4064812.

6 Newton PN, McGready R, Fernandez F, Green MD, Sunjio M, Bruneton C, et al. (2006) Manslaughter by Fake Artesunate in Asia—Will Africa Be Next? *PLoS Med* 3(6): e197. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030197>

7 Ogotu, E. A., Ellis, A. S., Hester, K. A., Rodriguez, K., Sakas, Z., Jaishwal, C., Yang, C., Dixit, S., Bose, A. S., Sarr, M., Kilembe, W., Bednarczyk, R., & Freeman, M. C. (2024). Success in vaccination programming through community health workers: a qualitative analysis of interviews and focus group discussions from Nepal, Senegal and Zambia. *BMJ open*, 14(4), e079358. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-079358>

Escalar sin integrar las intervenciones en los sistemas de financiamiento, mantenimiento y rendición de cuentas puede producir un impacto a corto plazo, pero no garantiza la sostenibilidad a largo plazo. El éxito a gran escala nunca

se basa únicamente en la replicación; este proceso requiere una adaptación al contexto, una inversión en los sistemas de prestación de servicios y una integración en estructuras que puedan mantener los resultados a lo largo del tiempo.

## 2. Por qué compartir es una parte integral de escalar y compartir

Compartir permite a otros adoptar y adaptar soluciones de manera que se amplíen las perspectivas, incluso cuando la replicación a gran escala es difícil o imposible.

La cloración del agua, reconocida como una de las formas más eficaces de potabilizar el agua, es otro ejemplo. Cuando se puso a prueba a principios de la década de 2000 mediante la distribución de pequeños paquetes de cloro para uso doméstico, los primeros resultados fueron alentadores: disminuyeron las enfermedades diarreicas, los hogares informaron de menos enfermedades infantiles y muchos valoraron la comodidad de una solución para el hogar.

Sin embargo, cuando se intentó escalar rápidamente estos programas, su aceptación se estancó. Una revisión sistemática de las intervenciones de cloración en el punto de uso reveló que las tasas de adopción solían rondar el 47 %, con fuertes descensos a lo largo del tiempo, y solo mejoraban cuando la participación de los hogares con los trabajadores sanitarios era frecuente.<sup>8</sup> El sabor del agua clorada era desagradable, los hábitos relacionados con el almacenamiento del agua

estaban muy arraigados y su uso constante requería cambios de comportamiento que no eran fáciles de implementar en la vida cotidiana. Las barreras en cuanto a la asequibilidad y la debilidad de los sistemas de distribución socavaron aún más su uso sostenido.

Sin embargo, la evidencia obtenida en estas pruebas piloto resultó muy valiosa. Las ONG y los gobiernos compartieron ampliamente sus conclusiones, no solo sobre el producto en sí, sino también sobre las barreras de comportamiento a las que se enfrentaban los hogares. Estas perspectivas del comportamiento hicieron que las estrategias pasaran de centrarse en las bolsitas a adoptar una combinación más amplia de soluciones para satisfacer las necesidades y los patrones de comportamiento de la comunidad: cloración a granel en los puntos de agua de la comunidad, integración de mensajes sobre el agua potable en las visitas de los trabajadores sanitarios y tratamiento a nivel de sistema en las plantas municipales.<sup>9</sup> Al compartir perspectivas del comportamiento junto con lecciones técnicas, los proyectos piloto dieron lugar a innovaciones que, en última instancia, llegaron a un mayor número de hogares.

## 3. Cuando escalar tiene éxito

Escalar bien hecho puede transformar la salud pública, y un claro ejemplo de ello es el esfuerzo mundial para erradicar la poliomielitis. A mediados del siglo XX, la poliomielitis era una de las enfermedades más temidas en todo el mundo, ya que paralizaba a cientos de miles de niños cada año. Las primeras vacunas demostraron ser muy eficaces en ensayos a pequeña escala, pero el éxito a nivel de la población requería algo más

que el producto en sí: exigía sistemas coordinados, alianzas mundiales y la confianza de la comunidad.

Escalar la vacunación contra la poliomielitis fue un esfuerzo doble. En cuanto a los sistemas, la OMS, UNICEF, los gobiernos y los socios crearon amplias plataformas de distribución, desde la logística de la cadena de frío y las campañas de inmunización masiva hasta las redes de vigilancia que podían detectar rápidamente los brotes y responder a ellos. En cuanto al comportamiento, los

8 Crider, Yoshika & Tsuchiya, Miki & Mukundwa, Magnifique & Ray, Isha & Pickering, Amy. (2023). Adoption of Point-of-Use Chlorination for Household Drinking Water Treatment: A Systematic Review. *Environmental Health Perspectives*. 131. 10.1289/EHP10839.

9 Crider, Yoshika & Tsuchiya, Miki & Mukundwa, Magnifique & Ray, Isha & Pickering, Amy. (2023). Adoption of Point-of-Use Chlorination for Household Drinking Water Treatment: A Systematic Review. *Environmental Health Perspectives*. 131. 10.1289/EHP10839.

trabajadores sanitarios y los líderes comunitarios de confianza llevaron a cabo una labor de divulgación puerta a puerta, abordando los temores, la desinformación y la resistencia. En muchos entornos, la promoción sostenida de los líderes religiosos y los defensores locales fue fundamental para lograr la aceptación.

Los resultados son históricos. Los casos de poliomielitis han disminuido en más de un 99 % desde 1988, y la enfermedad está ahora cerca de su erradicación. Este éxito no fue automático: se logró gracias a la combinación de herramientas con base empírica con una integración deliberada de los sistemas, el compromiso político y estrategias de comportamiento que apoyaron su adopción.

# ¿Cómo podemos escalar?

Del mismo modo que el diseño y la prueba de las intervenciones requieren métodos estructurados, escalar su impacto exige estrategias y herramientas específicas. Este capítulo se basa en los [nueve pasos para desarrollar una estrategia de escalamiento de ExpandNet/OMS](#) (2010). El marco se ha adaptado para apoyar las intervenciones de comportamiento.

A continuación se describe cada paso del proceso, junto con una lista de herramientas prácticas para apoyar su implementación.

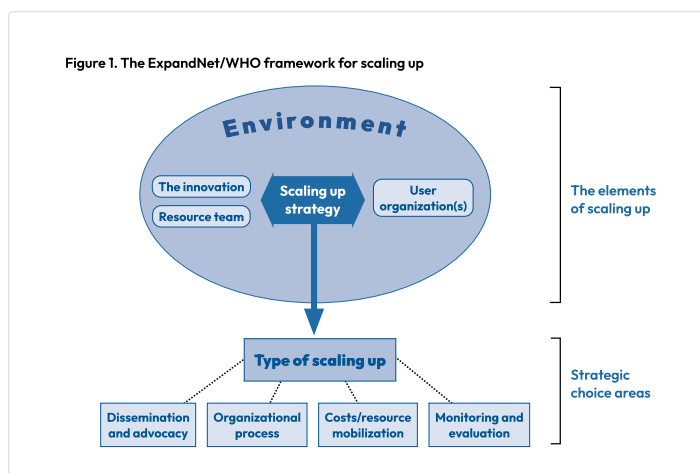
TABLA 1. RESUMEN DE LA FASE DE AMPLIACIÓN

PASOS	HERRAMIENTAS
Decidir la vía: Elija la vía (ampliación horizontal, ampliación vertical o ambas) y evalúe la preparación de la intervención para la ampliación.	<a href="#">Árbol de decisión de escala</a> <a href="#">Lista de verificación de preparación para el escalado</a>
Obtener apoyo: Asegurar la implicación y armonizar los sistemas, las funciones y las responsabilidades entre los actores y las partes interesadas.	<a href="#">Matriz de apoyo de las partes interesadas</a>
Planificar para escalar: crear un plan de acuerdo con el enfoque de ampliación seleccionado en el paso 1.	<a href="#">Plan de ampliación horizontal</a> <a href="#">Plan de ampliación vertical</a>

## Errores comunes

A lo largo de la fase de escalar, tenga en cuenta estos posibles problemas:

- **Escasa participación de las partes interesadas.** Escalar requiere un fuerte apoyo por parte de los gobiernos, los socios y el personal que lleva a cabo la intervención. La creación de coaliciones, la armonización de incentivos y la negociación previa de funciones pueden mitigar el riesgo de fracaso.
- **Subestimación de los costos y los recursos necesarios.** Escalar suele costar más de lo previsto. El esfuerzo por servir a las comunidades requiere más tiempo y trabajo, y, más allá de la fase piloto, a menudo no se presupuestan los recursos humanos y financieros necesarios. Si se subestiman los costos, los programas no pueden mantenerse.
- **Complejidad creciente y financiamiento a corto plazo.** A medida que las intervenciones escalan, a menudo se añaden herramientas, capacitación o tecnología adicionales, especialmente si los nuevos socios o financiadores incorporan herramientas basadas en sus propias prioridades, lo que dificulta la ejecución de los programas por parte de los trabajadores y la gestión de los sistemas. Muchas iniciativas escaladoras dependen del financiamiento de proyectos o del apoyo temporal de donantes; por lo tanto, cuando este financiamiento finaliza, los programas suelen reducirse o detenerse, incluso si están teniendo éxito. Lamentablemente, esto ocurre cuando el financiamiento a largo plazo y los presupuestos gubernamentales no se incorporan desde el principio.



# El caso del aumento de la cobertura de vacunación infantil en el Líbano

En el capítulo anterior, «*Prueba de hipótesis*», el equipo del proyecto llevó a cabo un ensayo controlado aleatorio (ECA) de la tarjeta postal de recordatorio y descubrió que aumentaba la cobertura de vacunación en 6,7 puntos porcentuales en comparación con el grupo de control. Aunque la evidencia de la eficacia era clara, el equipo aún necesitaba confirmar que la intervención estaba realmente lista para escalar.

El Ministerio de Salud Pública (MoPH), un socio clave, estaba dispuesto a garantizar la intervención, y existía una fuerte demanda por parte de otros distritos no incluidos en la prueba piloto. Estos factores apuntaban a un enfoque dual para la ampliación: la expansión horizontal (escalar la intervención a nuevas regiones) junto con la integración vertical (incorporar la tarjeta postal en los sistemas nacionales de salud del MoPH). Aunque los resultados de la evaluación eran alentadores, el equipo era consciente de que escalar requeriría algo más que evidencia de eficacia.

Para mitigar cualquier riesgo al escalar, el equipo trabajó con una lista de verificación de buenas prácticas y señales que debían revisarse antes de escalar. Esto les ayudó a identificar varias consideraciones clave. Por ejemplo, los resultados del ECA y el análisis de subgrupos dieron credibilidad a la intervención, demostrando que el enfoque podía mejorar la equidad al beneficiar a las familias de bajos ingresos y refugiadas a un costo menor que las prácticas existentes. Sin embargo, también identificaron un riesgo clave: la adecuación de los sistemas era solo parcial. Aunque eran fáciles de usar, las postales aún no se habían integrado en las cadenas de suministro o adquisición rutinarias, lo que creaba un riesgo de desabastecimiento a escala.

Para abordar este riesgo, el equipo volvió al mapa de partes interesadas creado en la fase de *Definición* y añadió nuevas partes interesadas que serían clave para escalar el éxito. Con esta lista actualizada, planificaron el enfoque de participación, mapearon los intereses e identificaron lo que cada actor necesitaba saber y hacer. Por ejemplo, el Ministerio de Salud Pública necesitaba datos sobre la relación costo-beneficio para aprobar una partida presupuestaria, los supervisores de los centros de salud necesitaban materiales de capacitación sencillos y los donantes necesitaban evidencia de una estrategia de salida sostenible.

El equipo también se aseguró de que los donantes financiaran al gobierno durante la transición, hasta que se establecieran los sistemas para integrar la tarjeta postal en las cadenas de suministro rutinarias dentro de la política de vacunación.

Por último, el equipo preparó planes tanto para la expansión geográfica y demográfica (ampliación horizontal) como para la integración con el sistema del Ministerio de Salud Pública (ampliación vertical). El plan de ampliación horizontal detallaba una implantación por fases en tres nuevas regiones, aprovechando las cadenas de suministro de vacunas existentes para la distribución y utilizando un sencillo panel de control para supervisar la fidelidad, la equidad y la rentabilidad. Paralelamente, el plan de ampliación vertical esbozaba los pasos para la institucionalización: la emisión de una circular por parte del Ministerio de Salud Pública (un documento oficial que formalizaba la integración de la intervención en los servicios de salud), la asignación de un presupuesto permanente para la impresión y la inclusión de la postal en los formularios oficiales de pedido de suministros y en los módulos de capacitación.

Al decidir sistemáticamente una vía, comprobar la preparación, generar apoyo y crear planes detallados, el equipo pudo escalar estratégicamente la intervención, ampliando su impacto y, al mismo tiempo, integrándola en los sistemas que la sostendrían en los años venideros.

**\*Nota:** Aunque se trata de un proyecto real que siguió un proceso muy similar al de DEPTHS, hubo algunas herramientas del kit de herramientas que el equipo del proyecto no aplicó durante la implementación. En esos casos, hemos vuelto atrás y hemos aplicado retrospectivamente las herramientas utilizando datos reales del proyecto para ilustrar cómo habrían sido si se hubieran utilizado en ese momento.

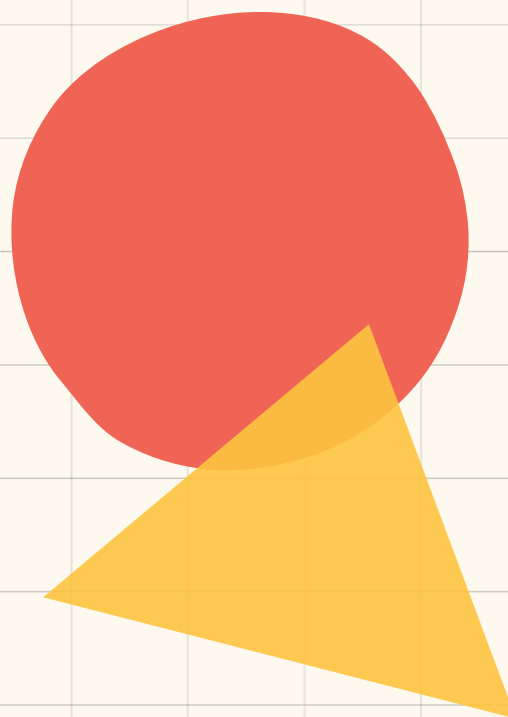


## PASO 1:

# Decidir la vía

### Herramientas asociadas:

- [Árbol de decisión de escala para la ampliación](#)
- [Lista de verificación de preparación para el escalado](#)



### En este paso:

Aquí, la atención se centra en dos tareas clave:

- 1. Elegir la vía para escalar.** Utilice el **árbol de decisión de escala** para reflexionar sobre el enfoque de escalar más adecuado para la intervención, incluyendo lo siguiente:
  - Expansión horizontal, en la que las intervenciones se escalan a nuevas zonas geográficas y/o grupos.
  - Integración vertical, en la que la intervención se integra en las políticas, los presupuestos y los sistemas existentes.
- 2. Comprobar la preparación.** Una vez tomada la decisión sobre el tipo de enfoque para escalar, utilice la lista de verificación de preparación para el escalado para reflexionar sobre si es probable que la intervención siga siendo eficaz cuando se aplique a mayor escala y en condiciones rutinarias del sistema.

Si no existe demanda política y comunitaria, la evidencia es débil o los resultados no logran demostrar de manera consistente su valor o viabilidad, detenga el proceso de escalar y refuerce la intervención.

## Por qué es importante:

Lanzarse a escalar sin reflexionar primero sobre el enfoque más adecuado puede llevar a los equipos por el camino equivocado y hacerles perder tiempo y recursos.

Además de los resultados positivos de la evaluación, otros indicadores sólidos del éxito son el financiamiento, la capacidad de ejecución y el apoyo político. Por ejemplo, un equipo móvil de vacunación puede tener éxito en una ciudad, pero encontrar dificultades en zonas remotas si los costos de combustible son elevados o el personal no puede desplazarse con regularidad.

## Cómo hacerlo:

### 1. Reflexionar sobre la mejor vía para escalar

a. El primer paso es decidir si vale la pena escalar la intervención y, en caso afirmativo, si es más adecuado un camino horizontal o vertical. Ambos pueden ser deseables a largo plazo, pero identificar un enfoque principal desde el principio ayuda a concentrar los esfuerzos para lograr el máximo impacto.

- **La ampliación horizontal** consiste en extender una intervención a nuevos lugares o grupos, asegurándose de que se adapta a las condiciones locales y sigue conservando los elementos del comportamiento fundamentales que impulsan su impacto. Esto también se puede denominar expansión o replicación.
- **La ampliación vertical** consiste en integrar una intervención en sistemas de nivel superior —como políticas, normativas y marcos institucionales— para garantizar su adopción formal y su apoyo a gran escala. Por ejemplo, una intervención que mejore la prestación de servicios puede incorporarse a las directrices nacionales o incluirse en los presupuestos gubernamentales para que pueda continuar sin apoyo externo. La ampliación vertical suele depender del liderazgo y el compromiso a largo plazo del gobierno, así como de un financiamiento estable y una alineación de las políticas.

La mayoría de los equipos ya tienen una idea del camino que quieren seguir. El **árbol de decisión de escala** ayuda a poner a prueba

esta dirección provisional para la escala, planteando preguntas claras sobre la evidencia, el respaldo del gobierno, las oportunidades políticas y la demanda de los usuarios.

b. Comience por revisar los resultados de la fase **de hipótesis de prueba**. Escalar solo debe considerarse cuando los resultados de la evaluación demuestren que la intervención tiene un impacto positivo significativo en los resultados descritos en la teoría de cambio de la fase **de diseños de prototipo**. Se necesitan tres criterios para evaluar si la evidencia respalda el escalar de una intervención:

- **Eficacia:** La evidencia de la fase de hipótesis de prueba muestra mejoras cuantificables en el comportamiento al que se dirige la intervención. Esto puede provenir de diferentes tipos de evidencia: en algunos casos, ensayos rigurosos como los ECA o los diseños cuasi-experimentales proporcionan resultados estadísticamente significativos; en otros, evidencias observacionales sólidas muestran patrones consistentes en todos los sitios, o los datos de monitoreo a gran escala revelan mejoras en la cobertura y la demanda.

La eficacia también puede establecerse cuando diferentes fuentes de datos convergen para mostrar un impacto significativo, o cuando los resultados se

consideran «suficientemente buenos» para justificar su adopción a escala, teniendo en cuenta el costo, la viabilidad y la demanda. Por ejemplo, se probó un recordatorio por mensaje de texto para el uso de anticonceptivos en varias clínicas y se observó una mejora constante en el cumplimiento, con resultados que se mantuvieron en diferentes entornos, no solo en un sitio.

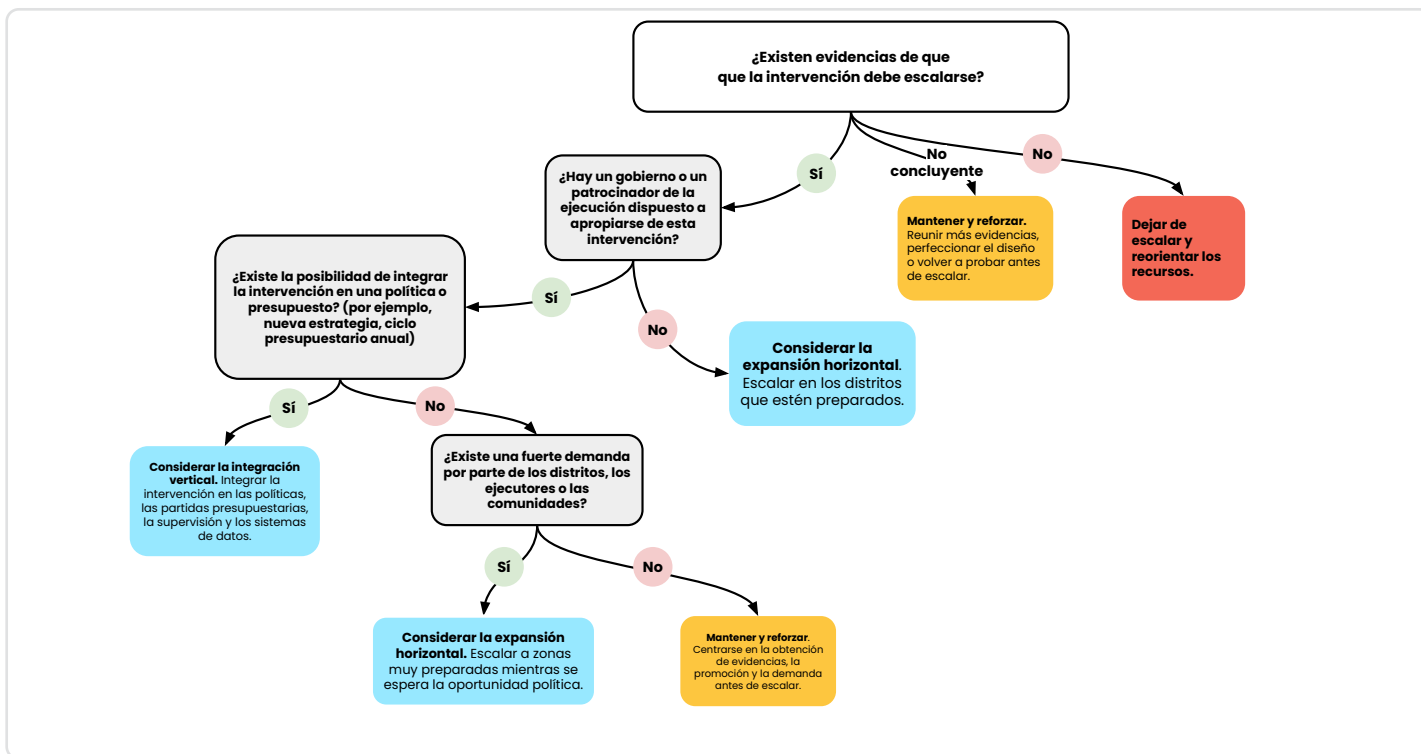
- **Equidad:** A partir de los resultados de eficacia, considere si la intervención beneficia a las poblaciones vulnerables, no solo a las que son más fáciles de alcanzar. El análisis de subgrupos de los resultados piloto puede ayudar a evaluar esto, por ejemplo, desglosando los resultados por género, edad, geografía o situación socioeconómica. En algunos casos, es posible que dicho análisis no sea factible, y las valoraciones sobre la equidad se basarán en evaluaciones más subjetivas o contextuales, como si la intervención aborda las barreras conocidas a las que se enfrentan los grupos marginados.

Por ejemplo, los mensajes de recordatorio sobre anticonceptivos pueden evaluarse no solo por su impacto entre las mujeres urbanas con acceso estable al teléfono, sino también por su relevancia y accesibilidad para los adolescentes y las poblaciones rurales que se enfrentan a mayores barreras.

- **Asequibilidad:** El análisis de costo-beneficio de la prueba piloto debe demostrar que los costos de la intervención son proporcionales a su impacto y manejables dentro de los presupuestos habituales. Por ejemplo, los recordatorios masivos por SMS pueden costar solo unos céntimos por usuario al mes, lo que hace que sea realista integrarlos en las plataformas de comunicación nacionales existentes.
- c. Si la evaluación revela que no hay mejoras en los resultados de comportamiento, que los beneficios se limitan a los grupos más fáciles de alcanzar o que los costos superan lo que los sistemas pueden sostener de manera realista, no se justifica escalar la intervención. En tales casos, detenga el proceso

de escalamiento y concéntrese en evaluar las lecciones aprendidas.

- d. Si la intervención no cumple los tres criterios, la evidencia no es lo suficientemente sólida como para justificar escalar. En estas situaciones, se debe detener el proceso de escalar. Considere la posibilidad de perfeccionar la intervención, recopilar datos adicionales o realizar otra ronda de pruebas antes de seguir adelante.
- e. Cuando los datos piloto indican que una intervención es eficaz, equitativa y asequible, escalar está justificado. Sin embargo, la elección de la vía para escalar depende del contexto y las condiciones imperantes. Para decidir qué vía seguir, considere las siguientes tres preguntas:
  - **¿Hay algún patrocinador gubernamental o institucional dispuesto a asumir la responsabilidad?** En caso afirmativo, el siguiente paso es buscar oportunidades para integrar la intervención en las políticas, los presupuestos o los sistemas de prestación de servicios. Esta es la vía para la ampliación vertical. Por ejemplo, se podría incorporar un servicio de recordatorio de anticonceptivos en la plataforma nacional de salud digital o financiarlo con cargo a los presupuestos gubernamentales de planificación familiar.
  - **Si no hay ningún patrocinador dispuesto, ¿existe una fuerte demanda por parte de los distritos, los ejecutores o las comunidades?** Si la demanda local es fuerte, la expansión horizontal puede ser el mejor primer paso. La intervención puede ampliar su alcance en las zonas con un alto grado de preparación, al tiempo que se sigue abogando por el apoyo del gobierno. Por ejemplo, es posible que las clínicas de determinados distritos ya cuenten con el personal y los recursos necesarios para difundir rápidamente mensajes de recordatorio sobre anticonceptivos.
  - **Si ni la propiedad ni la demanda están claras, ¿qué se puede reforzar ahora?** En este caso, es mejor hacer una pausa y centrarse en crear las condiciones propicias. Esto puede significar promover la creación de voluntad política, realizar más pruebas para adaptar el diseño o trabajar con socios



para desarrollar la capacidad y el interés. Por ejemplo, si los mensajes de recordatorio sobre anticonceptivos aún no han atraído el patrocinio del gobierno o la demanda de la comunidad, considere la posibilidad de detener el proceso de escalar mientras se recopila más evidencia, se adapta el diseño y se involucra a las partes interesadas para generar apoyo.

La vía de escala más adecuada se identificará al final del **árbol de decisión de escala**, lo que conducirá al siguiente paso: revisar la preparación de la intervención para seguir la vía elegida.

## 2. Evaluar la preparación

Una vez establecida la vía de ampliación, el siguiente paso es evaluar rigurosamente la preparación de la intervención para avanzar en esa dirección. La evaluación de la preparación requiere probar sistemáticamente la intervención en función de condiciones clave, identificando cuáles están firmemente establecidas, dónde persisten los vacíos críticos y qué inversiones o adaptaciones serán necesarias para permitir escalar.

**La lista de verificación de preparación para el escalado** ayuda en este proceso. Se basa en tres marcos complementarios:

- **El marco del efecto voltaje de John List<sup>10</sup>**: este marco explora por qué los proyectos piloto prometedores a menudo fracasan al escalar, por ejemplo, por depender de condiciones especiales o subestimar los costos reales.
- **Atributos CORRECT (OMS/ExpandNet<sup>11</sup>)**: este marco establece criterios prácticos para la escalabilidad, entre los que se incluyen la credibilidad, la relevancia, la facilidad de adopción y la compatibilidad con los sistemas existentes.
- **Pensamiento de la opción C<sup>12</sup>**: este marco pone a prueba la resistencia de si el éxito se puede mantener cuando los presupuestos son más ajustados, los sistemas están sobrecargados o las condiciones de entrega difieren de las del programa piloto

Antes de completar la lista de verificación, revise las dimensiones operativas que determinan si una intervención puede tener éxito en condiciones normales. Los programas piloto suelen beneficiarse de recursos adicionales o circunstancias ideales que no se pueden dar por sentadas a gran escala. El Apéndice 2 describe las áreas que más

probablemente fallarán durante la expansión, como la dotación de personal y la supervisión, las cadenas de suministro, el financiamiento y el acceso de la comunidad. Tener en cuenta estas dimensiones en primer lugar proporcionará una base más realista para completar la **Lista de verificación de preparación para el escalado**, lo que ayudará a detectar riesgos ocultos e identificar elementos que necesitan adaptación o refuerzo.

Para completar la **lista de verificación de preparación para el escalado**:

1. Comience por revisar la tabla 2 a continuación, que detalla por qué es importante cada atributo de preparación, los riesgos si no se cumple y las posibles medidas para abordar los vacíos.
2. Para cada atributo que figura en la **lista de verificación de preparación para el escalado**, decida si la intervención cumple actualmente los requisitos para el escalado. Anote su opinión como Sí (listo), No (no listo) o No está claro (la evidencia es contradictoria o falta).
3. En la columna Notas/Acciones, describa lo que falta y qué medidas podrían fortalecer la intervención antes de escalarla.

Atributo	Preparación sí/no/claro	Notas / Acciones
<b>Credibilidad</b> ¿La ganancia al hecho del piloto? Respaldado por evidencias sólidas o por el apoyo de instituciones respetadas, en lugar de un falso positivo (un resultado que parecía sólido pero que se produjo por casualidad o en condiciones inusuales)?		
<b>Observabilidad</b> ¿Son los resultados visibles y fáciles de ver en la práctica? Por ejemplo, ¿pueden los responsables políticos, los financiadores o los usuarios reconocer claramente los beneficios?		
<b>Relevancia</b> ¿Resuelve la intervención un problema real y urgente para la población destinataria, en lugar de una cuestión marginal o de baja prioridad?		
<b>Equidad</b> ¿Se benefician los grupos más difíciles de alcanzar y no solo los más fáciles de atender?		
<b>Ventaja relativa</b> ¿La intervención supera claramente las prácticas existentes, con beneficios que superan los costos?		
<b>Facilidad de adopción</b> ¿Puede explicarse, instalarse y utilizarse la intervención sin complejidad ni formación innecesarias?		
<b>Compatibilidad</b> ¿Está en consonancia con los valores, normas, sistemas y programas locales para que su adopción resulte natural y no perturbadora?		
<b>Testabilidad</b> ¿Puede probarse la intervención en nuevos lugares o contextos a pequeña escala y con las limitaciones de recursos habituales, antes de ampliarla?		
<b>Viabilidad</b> ¿Se puede mantener el éxito en condiciones normales, ejecutado por personal rutinario con presupuestos, capacidades y tiempos típicos?		
<b>Asequibilidad y escalabilidad de insumos</b> ¿Los costos unitarios seguirán siendo manejables a escala o los ingredientes esenciales (como la tecnología o los incentivos) corren el riesgo de ser demastados caros o de no estar disponibles?		
<b>Adecuación de los sistemas</b> ¿Existen partidos presupuestarios, cadenas de suministro, formación, supervisión y sistemas de datos para mantener la ejecución a escala?		
<b>Apremiación</b> ¿Existe una unidad gubernamental o un socio creíble comprometido con la dirección y la institucionalización de la intervención?		
<b>Riesgos y efectos imprevistos</b> ¿Qué podría romperse, resultar contraproducente o causar efectos secundarios negativos a escala, y qué salvaguardas existen?		
<b>Definición del éxito</b> ¿Están claros los medidas de los resultados y las fuentes de datos? ¿Qué le haría confiar en que la intervención está realmente lista para escalar?		

10 Para obtener más información sobre el marco del efecto voltaje de John List, consulte el apéndice 1 al final del capítulo.

11 World Health Organization & ExpandNet. *Nine Steps for Developing a Scaling-Up Strategy*. WHO, 2010.

12 Al-Ubaydli, Omar, and John A. List. "Will It Scale?" *Issues in Science and Technology* 41, no. 1 (Fall 2024): 34–36.

TABLA 2. ATRIBUTOS DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE PREPARACIÓN PARA EL ESCALADO

ATRIBUTO	DESCRIPCIÓN	EJEMPLO	POSIBLES MEDIDAS DE MITIGACIÓN
<p><b>Credibilidad:</b></p> <p>¿El éxito de la intervención es genuino, respaldado por evidencia fiable o avales respetados?</p>	<p><i>El efecto voltaje</i> de John List advierte que muchos proyectos piloto corren el riesgo de ser «falsos positivos», es decir, que parecen exitosos en condiciones especiales, pero fracasan cuando se escalan. Como se explica en el capítulo «Hipótesis de prueba», un falso positivo se produce cuando una evaluación sugiere un efecto que en realidad no existe, de forma muy similar a una prueba de embarazo que da un resultado positivo, cuando la persona no está embarazada.</p>	<p>El programa Climate Schools era una intervención escolar en línea que utilizaba lecciones interactivas y escenarios de dibujos animados para prevenir la depresión y la ansiedad en los adolescentes. Los primeros estudios a pequeña escala mostraron resultados prometedores. Sin embargo, cuando se probó en un ensayo a gran escala en 18 escuelas, no mejoró los resultados básicos de salud mental y, en algunas medidas, los estudiantes de las escuelas de intervención obtuvieron peores resultados que los del grupo de control. Esto pone de relieve el riesgo de credibilidad: los resultados positivos iniciales pueden no mantenerse en condiciones rutinarias o en entornos más amplios y diversos.<sup>13</sup></p>	<p>Confirme que los resultados piloto son estadísticamente sólidos y no dependen de circunstancias excepcionales (por ejemplo, «impacto observado solo en un distrito con un apoyo del personal inusualmente alto»). Si estas comprobaciones no se han completado ya durante la fase de comprobación de hipótesis, deben incluir ajustes de comparación múltiple, una revisión del tamaño del efecto y los intervalos de confianza, y análisis de sensibilidad o solidez.</p>
<p><b>Observabilidad:</b></p> <p>¿Pueden otros ver y reconocer los beneficios de la intervención?</p>	<p>La observabilidad, uno de los atributos CORRECT identificados por la OMS/ExpandNet, se refiere a si los beneficios de una intervención pueden ser vistos y reconocidos por otros. Las intervenciones tienen más probabilidades de escalar cuando los resultados positivos son visibles. Si los resultados no son observables de forma natural, pueden hacerse más tangibles mediante estrategias como demostraciones, eventos comunitarios o reconocimiento público.</p>	<p>En un programa con estudiantes universitarios de EE. UU., algunos participantes veían sus pasos reflejados en una tabla de clasificación pública, mientras que otros solo recibían comentarios privados. Los que formaban parte del grupo público caminaban más, lo que demuestra que los resultados visibles (en este caso, el ejercicio de los compañeros) pueden motivar una mayor aceptación.<sup>14</sup></p>	<p>Evalúe si los beneficios de la intervención son perceptibles para los demás. Si no es así, haga que los resultados sean más visibles mediante estrategias como demostraciones públicas, eventos de reconocimiento o la presentación de datos en formatos que las comunidades, los trabajadores sanitarios o los líderes puedan ver y comprender fácilmente.</p>

La tabla continúa en la página siguiente.

13 Andrews JL, Birrell L, Chapman C, Teesson M, Newton N, Allsop S, McBride N, Hides L, Andrews G, Olsen N, Mewton L, Slade T. Evaluating the effectiveness of a universal eHealth school-based prevention programme for depression and anxiety, and the moderating role of friendship network characteristics. *Psychol Med.* 2023 Aug;53(11):5042-5051. doi: 10.1017/S0033291722002033. Epub 2022 Jul 15. PMID: 35838377.

14 Lee JJ, Kim Y, Welk GJ, Hannon JC. The effect of using onymous and anonymous normative feedback on physical activity in college students: a randomized controlled trial. *BMC Sports Sci Med Rehabil.* 2020;12:27. doi:10.1186/s13102-020-00202-y.

ATRIBUTO	DESCRIPCIÓN	EJEMPLO	POSIBLES MEDIDAS DE MITIGACIÓN
<p><b>Relevancia:</b></p> <p>¿Aborda la intervención un problema que la población considera urgente?</p>	<p>La relevancia, otro atributo CORRECT de la OMS/ExpandNet, hace hincapié en que escalar tiene más éxito cuando la cuestión resuena como una prioridad clara para las personas y las instituciones. Si el problema no se considera importante, la motivación para adoptarlo es menor. Por lo tanto, los equipos deben examinar si la cuestión se reconoce como una prioridad y ajustar el enfoque si es necesario.</p>	<p>En España, el <b>estudio EIRA</b> tenía como objetivo cambiar múltiples comportamientos poco saludables — tabaquismo, actividad física y dieta— entre adultos de 45 a 75 años en centros de atención primaria. Si bien la intervención mejoró la dieta, tuvo poco impacto en el tabaquismo o la actividad física. Una de las razones fue que algunos comportamientos, en particular el aumento de la actividad física, no se percibían como urgentes en comparación con otras preocupaciones de salud o de vida. Esta falta de resonancia redujo la motivación para participar, lo que limitó una mayor aceptación.<sup>15</sup></p>	<p>Evalúe si el grupo destinatario y los responsables políticos consideran que la cuestión es una prioridad máxima. Si no es así, adapte el enfoque de la intervención. Por ejemplo, relacione la intervención con preocupaciones existentes que ya interesan a las personas, como proteger la salud familiar, ahorrar dinero o reducir el estrés.</p>
<p><b>Equidad:</b></p> <p>¿Llega la intervención a las personas desfavorecidas o con mayor riesgo?</p>	<p>Ampliar una solución que solo funciona para los grupos con recursos puede aumentar los vacíos. La equidad significa garantizar que las poblaciones más difíciles de alcanzar también participen y se beneficien de una intervención, asegurando además que escalar no agrave las desigualdades.</p>	<p>Un ensayo aleatorio de un programa de salud móvil para adultos con diabetes tipo 2 en los Estados Unidos mostró una participación desigual. Los participantes no blancos, aquellos con menor alfabetización en salud y los adultos mayores eran significativamente menos propensos a utilizar el programa. Como resultado, los grupos más necesitados eran los menos propensos a beneficiarse, lo que suponía un riesgo para la equidad si se escalaba el programa.<sup>16</sup></p>	<p>Revise los resultados piloto por diferentes grupos, como edad, género o nivel de alfabetización. Si aparecen vacíos, planifique adaptaciones antes de escalar el programa. Esto puede incluir el uso de mensajes más sencillos, llamadas de voz, apoyo presencial o ayudantes comunitarios de confianza.</p>

La tabla continúa en la página siguiente.

15 Zabaleta-del-Olmo, E., Casajuana-Closas, M., López-Jiménez, T. et al. Multiple health behaviour change primary care intervention for smoking cessation, physical activity and healthy diet in adults 45 to 75 years old (EIRA study): a hybrid effectiveness-implementation cluster randomised trial. *BMC Public Health* 21, 2208 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11982-4>

16 Nelson LA, Mulvaney SA, Gebretsadik T, Ho Y-X, Johnson KB, Osborn CY. Disparities in the use of a mHealth medication adherence promotion intervention for low-income adults with type 2 diabetes. *J Am Med Inform Assoc.* 2016;23(1):12-18.

ATRIBUTO	DESCRIPCIÓN	EJEMPLO	POSIBLES MEDIDAS DE MITIGACIÓN
<p><b>Ventaja relativa:</b></p> <p>¿La intervención supera claramente a la práctica actual?</p>	<p>Las personas adoptan innovaciones que ahorran tiempo, esfuerzo o costos. Si el beneficio con respecto a la práctica actual es débil o se desvanece con el uso rutinario, la adopción se estancará. Es importante garantizar que las mejoras sean claras, duraderas y valiosas para los usuarios.</p>	<p>En un gran ensayo aleatorio realizado en la India, las cocinas mejoradas validadas en laboratorio redujeron inicialmente la exposición al humo, pero las ventajas desaparecieron al cabo de dos años. No se observaron mejoras en la salud ni en el uso de combustible porque los hogares utilizaban las cocinas de forma irregular, no las mantenían y su uso disminuyó con el tiempo. Las cocinas no ofrecían una ventaja relativa lo suficientemente convincente con respecto a las prácticas existentes como para mantener el comportamiento a escala.<sup>17</sup></p>	<p>Al revisar la ventaja relativa, registre si la intervención ofrece mejoras claras y comprensibles con respecto a la práctica actual para los usuarios y las instituciones (por ejemplo, menos pasos, menos tiempo, menor costo continuo, mayor confiabilidad). Anote cualquier indicio del programa piloto que indique que los beneficios se desvanecen sin apoyo adicional, o que las cargas de mantenimiento/ capacitación erosionan el valor diario. Si la ventaja relativa es débil, identifique las adaptaciones que podrían fortalecerla, como simplificar el mantenimiento, combinarla con los servicios existentes o reducir el esfuerzo del usuario, antes de intentar escalar.</p>
<p><b>Facilidad de adopción:</b></p> <p>: ¿Se puede utilizar la intervención sin demasiada capacitación, supervisión o esfuerzo?</p>	<p>Las intervenciones que son sencillas y convenientes se difunden más fácilmente. Si su adopción requiere habilidades especializadas, apoyo continuo o tolerancia a los efectos secundarios negativos, su aceptación es limitada. Es posible que sea necesario simplificarlas.</p>	<p>Un ensayo aleatorio por conglomerados realizado en Bangladesh evaluó la cloración del agua potable en el punto de uso doméstico. Si bien la cloración redujo eficazmente la diarrea a corto plazo, la adopción sostenida fue muy baja. Muchos hogares informaron que la dosificación era confusa, el proceso resultaba engorroso y el sabor del agua clorada desalentaba su uso constante. A pesar de los beneficios para la salud, la dificultad para adoptar la intervención dificultó escalarla sin modificaciones importantes.<sup>18</sup></p>	<p>Evalúe si las personas pueden utilizar la intervención de forma rápida y constante en condiciones normales, sin necesidad de apoyo externo continuo. Tenga en cuenta si las tareas requieren habilidades especializadas, recordatorios repetidos o la tolerancia de efectos secundarios negativos. Si las barreras para su adopción son elevadas, identifique las simplificaciones o los apoyos necesarios antes de escalarla, por ejemplo, la dosificación automatizada, la integración con los servicios rutinarios o el rediseño de la prestación para mayor facilidad y comodidad.</p>

La tabla continúa en la página siguiente.

17 Hanna R, Dufo E, Greenstone M. Up in Smoke: The Influence of Household Behavior on the Long-Run Impact of Improved Cooking Stoves. *American Economic Journal: Economic Policy*. 2016;8(1):80–114. doi:10.1257/pol.20140008.

18 Pickering AJ, Crider Y, Sultana S, Swarthout J, Goddard FG, Anjerul Islam S, Sen S, Ayyagari R, Luby SP. Effect of in-line drinking water chlorination at the point of collection on child diarrhoea in urban Bangladesh: a double-blind, cluster-randomised controlled trial. *Lancet Glob Health*. 2019 Sep;7(9):e1247–e1256. doi: 10.1016/S2214-109X(19)30315-8. PMID: 31402005.

ATRIBUTO	DESCRIPCIÓN	EJEMPLO	POSIBLES MEDIDAS DE MITIGACIÓN
<p><b>Compatibilidad:</b></p> <p>¿La intervención se ajusta a las normas de la comunidad y a las rutinas institucionales?</p>	<p>Incluso las intervenciones eficaces pueden fracasar si chocan con los valores culturales o los sistemas establecidos. La compatibilidad aumenta cuando la intervención se adapta a la vida cotidiana y a los sistemas existentes.</p>	<p>Un ensayo controlado aleatorio sobre la promoción de letrinas domésticas en la India rural (el programa MANTRA) reveló que, incluso cuando se construían letrinas, su uso seguía siendo bajo. Una de las razones principales era la incompatibilidad cultural: la defecación al aire libre se consideraba más saludable y conveniente, y las letrinas no se consideraban espacios aceptables dentro de los recintos domésticos. A pesar de las subvenciones económicas y la infraestructura, la baja compatibilidad con las normas de la comunidad limitó la adopción y socavó el impacto de la intervención.<sup>19</sup></p>	<p>Al revisar la compatibilidad, evalúe si la intervención se ajusta a las normas comunitarias y las prácticas institucionales. Considere si los valores, las tradiciones o las rutinas podrían entrar en conflicto con el diseño de la intervención. Si la compatibilidad es débil, tome nota de las adaptaciones necesarias antes de intentar escalarla. Por ejemplo, modificar la intervención para alinearla con las normas culturales, reformular los mensajes para que se ajusten a los valores de la comunidad o integrar el enfoque en los sistemas de prestación de servicios existentes.</p>
<p><b>Probabilidad de prueba:</b></p> <p>¿Se puede probar la intervención en nuevas áreas en condiciones rutinarias, antes de su implementación total?</p>	<p>Las personas y las instituciones son más propensas a adoptar una intervención si pueden «probarla antes de comprarla». Las implementaciones por fases y los sitios piloto reducen el riesgo y permiten la adaptación. Si se necesita una gran inversión inicial, los puntos de entrada deben ser más pequeños.</p>	<p>En las zonas rurales de Kenia, se instalaron dispensadores de cloro en las fuentes de agua comunitarias. A diferencia de los enfoques anteriores basados en los hogares, los dispensadores permitieron a las familias probar el tratamiento del agua de forma inmediata, con un costo y una carga mínimos. La aceptación fue mayor y más sostenida porque las personas pudieron experimentar los beneficios en condiciones normales antes de comprometerse a un uso a largo plazo.<sup>20</sup></p>	<p>Evalúe si los costos unitarios observados en el sitio piloto pueden mantenerse o reducirse a escala, y si los insumos esenciales (por ejemplo, productos básicos, tecnologías, personal e infraestructura) pueden suministrarse de manera constante. Si los costos aumentan o las cadenas de suministro son frágiles, documente estos riesgos de manera explícita. Explore estrategias como canales de distribución alternativos, compras agrupadas o la integración en los sistemas logísticos existentes para que los insumos sean más asequibles y escalables.</p>

La tabla continúa en la página siguiente.

19 Clasen T, Boisson S, Routray P, Torondel B, Bell M, Cumming O, Ensink J, Freeman M, Jenkins M, Odagiri M, Ray S, Sinha A, Suar M, Schmidt WP. Effectiveness of a rural sanitation programme on diarrhoea, soil-transmitted helminth infection, and child malnutrition in Odisha, India: a cluster-randomised trial. *Lancet Glob Health*. 2014 Nov;2(11):e645-53. doi: 10.1016/S2214-109X(14)70307-9. Epub 2014 Oct 9. PMID: 25442689.

20 Kremer M, Miguel E, Mullainathan S, Null C, Zwane AP. Spring cleaning: Rural water impacts, valuation, and property rights institutions. *Q J Econ*. 2011;126(1):145-205. doi:10.1093/qje/ajq010.

ATRIBUTO	DESCRIPCIÓN	EJEMPLO	POSIBLES MEDIDAS DE MITIGACIÓN
<p><b>Viabilidad:</b></p> <p>¿Puede el personal habitual llevar a cabo la intervención dentro de los presupuestos y cargas de trabajo normales?</p>	<p>Los proyectos piloto suelen beneficiarse de una supervisión, financiamiento o incentivos adicionales que no son sostenibles. La viabilidad significa que la intervención puede tener éxito en condiciones rutinarias con el personal y los recursos existentes.</p>	<p>Una revisión sistemática de las estrategias para mejorar las prácticas de los proveedores en los países de ingresos bajos y medios reveló que muchas intervenciones que dependían de una supervisión intensiva, una formación repetida o grandes incentivos financieros produjeron buenos resultados en los proyectos piloto, pero no lograron mantener su impacto a gran escala. Los sistemas de salud no pudieron replicar el apoyo excepcional proporcionado durante los ensayos, lo que pone de relieve que la viabilidad depende de si las mejoras pueden llevarse a cabo con los presupuestos habituales y las limitaciones de personal.<sup>21</sup></p>	<p>Observe si la intervención puede ser llevada a cabo por el personal de primera línea en condiciones normales (por ejemplo, carga de trabajo típica, capacitación existente y presupuestos habituales). Si la prueba piloto dependió de supervisión adicional, incentivos o subsidios de donantes, registre estos vacíos. Considere qué adaptaciones podrían reducir la intensidad de los recursos para que el modelo sea viable a gran escala. Por ejemplo, protocolos simplificados, herramientas digitales o integración en los flujos de trabajo existentes.</p>
<p><b>Asequibilidad y escalabilidad de los insumos:</b></p> <p>¿Los costos y los suministros seguirán siendo manejables a gran escala?</p>	<p>Los insumos que son asequibles en los proyectos piloto pueden no seguir siéndolo cuando se escalan. Asegúrese de que los costos unitarios y las cadenas de suministro sean sostenibles y confiables a nivel nacional.</p>	<p>En una síntesis de evidencia de varios países, un ensayo controlado aleatorio realizado en Nepal evaluó el uso de polvos de micronutrientes (MNP) para reducir la anemia infantil. Aunque resultaron eficaces en proyectos piloto a pequeña escala, las evaluaciones de implementaciones a mayor escala revelaron que los costos de adquisición y distribución, junto con la debilidad de las cadenas de suministro, dificultaban la distribución rutinaria. Los desabastecimientos eran habituales y el financiamiento sostenido suponía un desafío para los sistemas gubernamentales. La eficacia de la intervención no se cuestionaba, pero la escalabilidad de los insumos (coste y suministro fiable de sobres de MNP) se convirtió en la principal barrera para escalar.<sup>22</sup></p>	<p>Registre si los costos unitarios observados en el programa piloto pueden mantenerse o reducirse al escalar, y si los insumos clave (productos básicos, tecnologías, personal e infraestructura) pueden suministrarse de manera confiable. Si los costos se disparan o las cadenas de suministro son frágiles, anote estos riesgos de manera explícita. Considere si los canales de distribución alternativos, la adquisición conjunta o la integración en los sistemas logísticos existentes podrían hacer que la intervención fuera más asequible y escalable.</p>

La tabla continúa en la página siguiente.

21 Rowe AK, Rowe SY, Peters DH, Holloway KA, Chalker J, Ross-Degnan D. Effectiveness of strategies to improve health-care provider practices in low-income and middle-income countries: a systematic review. *Lancet Glob Health*. 2018;6(11):e1163–e1175. doi:10.1016/S2214-109X(18)30398-X.

22 Locks LM, Reerink I, Hedlund K, Peña-Rosas JP, Jefferds ME, Mclean MS, et al. Micronutrient powder programs: lessons learned for integrated infant and young child feeding. *Am J Clin Nutr*. 2017;105(5):1126–1136. doi:10.3945/ajcn.116.144055.

ATRIBUTO	DESCRIPCIÓN	EJEMPLO	POSIBLES MEDIDAS DE MITIGACIÓN
<p><b>Adecuación de los sistemas:</b></p> <p>¿Existen los sistemas de apoyo necesarios para mantener la prestación?</p>	<p>Escalar requiere presupuestos, cadenas de suministro, capacitación, supervisión y sistemas de datos. Si estos son débiles, incluso las intervenciones sólidas pueden fracasar tras la expansión.</p>	<p>En la India, el programa de transferencias monetarias condicionadas a gran escala Janani Suraksha Yojana (JSY) aumentó los partos en centros de salud, pero sobrecargó la capacidad del sistema sanitario. Las evaluaciones revelaron que muchos centros carecían de personal, medicamentos y suministros suficientes para hacer frente al aumento. Aunque la aceptación fue alta, la ausencia de inversiones paralelas en la infraestructura y la supervisión del sistema sanitario socavó la calidad de la atención y limitó el impacto global del programa.<sup>23</sup></p>	<p>Registre si los sistemas clave (presupuestos, logística, capacitación de la fuerza laboral, supervisión y monitoreo de datos) son lo suficientemente sólidos como para respaldar la implementación a gran escala. Si existen vacíos, regístrelos claramente e identifique qué inversiones o alianzas se necesitan. Sin la alineación con los sistemas de apoyo, escalar corre el riesgo de una expansión a corto plazo seguida de un colapso.</p>
<p><b>Apropiación:</b></p> <p>¿Existe un compromiso firme por parte de los gobiernos, las instituciones y las comunidades?</p>	<p>Sin apropiación, las intervenciones suelen fracasar una vez que finaliza el apoyo externo. La apropiación significa que los líderes, el personal y las comunidades consideran la intervención como propia y comprometen recursos para mantenerla.</p>	<p>En Zambia, una evaluación aleatoria de un plan de financiamiento basado en el rendimiento (PBF) mostró que, aunque la prueba piloto mejoró los indicadores de prestación de servicios, la apropiación por parte del gobierno fue limitada. El programa fue impulsado en gran medida por los donantes y, cuando finalizó el financiamiento externo y el apoyo técnico, muchos de los avances no se mantuvieron. Los analistas concluyeron que la falta de un compromiso firme por parte del gobierno para financiar e institucionalizar el modelo fue una de las razones principales por las que la PBF no escaló con éxito.<sup>24</sup></p>	<p>Obsérvese si los gobiernos y las comunidades consideran la intervención como propia, lo que puede reflejarse en el compromiso político, la asignación de recursos nacionales y la integración en las instituciones existentes. Si la apropiación es débil, obsérvese si es necesario realizar actividades de promoción, alinearse con las prioridades nacionales o llevar a cabo procesos de diseño participativo antes de escalar.</p>

La tabla continúa en la página siguiente.

23 Lim SS, Dandona L, Hoisington JA, James SL, Hogan MC, Gakidou E. India's Janani Suraksha Yojana, a conditional cash transfer programme to increase births in health facilities: an impact evaluation. *Lancet*. 2010;375(9730):2009–2023. doi:10.1016/S0140-6736(10)60744-1.

24 Friedman J, Qamruddin J, Chansa C, Das AK, McMahon S, McPake B. Impact evaluation of Zambia's health results-based financing pilot project. *Health Policy Plan*. 2016;31(9):1117–1124. doi:10.1093/heapol/czw049.

ATRIBUTO	DESCRIPCIÓN	EJEMPLO	POSIBLES MEDIDAS DE MITIGACIÓN
<p><b>Riesgos y efectos no deseados:</b></p> <p>¿Qué podría salir mal una vez escalado?</p>	<p>Escalar puede crear problemas como la sobrecarga del sistema, las desigualdades o los efectos secundarios negativos. Anticipar los riesgos permite diseñar medidas de protección.</p>	<p>El análisis de siete intervenciones escaladas de actividad física y nutrición en Australia reveló que, incluso cuando los programas lograban los resultados previstos, escalar a veces producía consecuencias no deseadas. Entre ellas se encontraban el aumento de la carga de trabajo del personal de primera línea, la reducción de la sostenibilidad en algunos entornos y el cambio de prioridades que socavaba el valor del programa. El estudio concluyó que los mecanismos de escalar pueden generar efectos tanto positivos como negativos, y que es fundamental anticipar los riesgos.<sup>25</sup></p>	<p>Explore qué podría salir mal si se escala la intervención, por ejemplo, sobrecarga de servicios, desigualdades o efectos secundarios no deseados. Examine la evidencia del programa piloto o de intervenciones similares en las que se hayan producido esos riesgos y registre si se han establecido medidas de protección, como implementaciones por fases, sistemas de monitoreo o seguimiento de la equidad. Si los riesgos son probables, los planes para escalar la intervención deben incorporar estrategias de mitigación, en lugar de dar por sentado que la expansión simplemente multiplicará los beneficios.</p>
<p><b>Definición de éxito:</b></p> <p>¿Son claros y medibles los resultados y las fuentes de datos?</p>	<p>Sin una definición clara de éxito, es difícil saber si escalar está funcionando. Los resultados deben ser específicos, creíbles y significativos para las comunidades, los gobiernos y los financiadores.</p>	<p>En Kenia, el ensayo controlado aleatorio WelTel Kenya1 utilizó mensajes de texto semanales para apoyar la adherencia a la terapia antirretroviral. A diferencia de muchos proyectos piloto de mHealth que solo hacen un seguimiento de la participación (por ejemplo, el número de mensajes enviados), este ensayo definió el éxito en términos de adherencia verificada biológicamente y supresión viral, medidas mediante monitoreo electrónico y resultados clínicos. Al utilizar definiciones de resultados claras y rigurosas, el ensayo dio a los financiadores y a los responsables políticos la confianza de que los efectos de la intervención eran reales y merecían ser considerados para una inversión más amplia.<sup>26</sup></p>	<p>Registre si los resultados de interés están definidos explícitamente y vinculados a fuentes de datos fiables. Pregunte: ¿Cómo sería el éxito a gran escala y cómo se mediría? Si los resultados son vagos (por ejemplo, «mayor concientización»), señale la necesidad de precisar las definiciones. Siempre que sea posible, asegúrese de que los indicadores estén vinculados al cambio de comportamiento o a los resultados de salud, y no solo a las medidas del proceso, para que los equipos y los financiadores puedan hacer un seguimiento de si escalar realmente está aportando valor.</p>

La tabla continúa en la página siguiente.

25 Koorts H, Eakin E, Estabrooks P, Timperio A, Salmon J, Bauman A. Mechanisms of scaling up: combining a realist perspective and systems analysis to understand successfully scaled interventions. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2021;18:61. doi:10.1186/s12966-021-01103-0.

26 Lester RT, et al. *Lancet.* 2010;376(9755):1838-1845. doi:10.1016/S0140-6736(10)61997-6.

## Estudio de caso: Aumento de la cobertura de vacunación infantil en el Líbano

Las herramientas mencionadas en este paso de la fase de escalar no fueron desarrolladas por el equipo original del proyecto. Este estudio de caso es un ejemplo recreado basado en datos y contexto reales del proyecto.

### La decisión

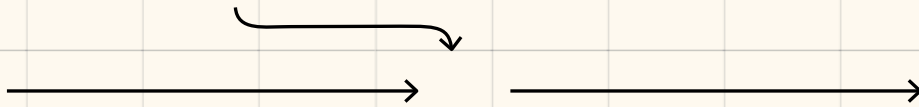
Tras revisar los resultados de la evaluación, el equipo concluyó que era posible tanto la ampliación horizontal como la ampliación vertical, pero que la prioridad inmediata era la ampliación horizontal. Varios distritos fuera de la zona piloto ya habían expresado su interés, y la intervención con tarjetas postales era sencilla y de bajo costo de replicar. Al mismo tiempo, el equipo decidió prepararse para la integración vertical en el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) del Ministerio de Salud Pública, lo que requeriría ajustes en las políticas y el presupuesto. Este doble enfoque equilibraba la expansión a corto plazo con la sostenibilidad a largo plazo.

### Comprobación de la preparación

Una vez tomada la decisión, el equipo aplicó la lista de verificación de preparación para el escalado a fin de comprobar si las postales podían soportar el escalado.

Atributo	Preparación <i>Sí/No/No está claro</i>	Notas / Acciones
<b>Credibilidad</b>	Sí	El ECA mostró un aumento significativo de 6,7 puntos porcentuales en la vacunación a tiempo. Los resultados fueron estadísticamente sólidos. Acción: Empaquetar los hallazgos en informes y presentaciones avalados por instituciones de confianza (por ejemplo, el Ministerio de Salud Pública, UNICEF) para reforzar la credibilidad.
<b>Observabilidad</b>	Sí	Los cuidadores llevan postales a las clínicas, que el personal puede ver. Los beneficios son tangibles y fáciles de demostrar. Acción: Animar al personal a compartir historias y ejemplos con los directores de distrito para reforzar la visibilidad.
<b>Relevancia</b>	Sí	La vacunación infantil es una prioridad sanitaria nacional, especialmente teniendo en cuenta los focos de subinmunización entre los grupos vulnerables. Acción: Enmarcar las postales como una forma económica de cumplir los objetivos de inmunización.
<b>Equidad</b>	Sí	El análisis mostró efectos positivos incluso entre las familias con bajos ingresos y los hogares de refugiados. Acción: Supervisar la distribución para garantizar que los grupos marginados sigan recibiendo las tarjetas de forma equitativa.
<b>Ventaja relativa</b>	Sí	Las tarjetas postales proporcionan un recordatorio fiable en comparación con el boca a boca informal. Son baratas, físicas y difíciles de pasar por alto. Acción: Recoger testimonios de los cuidadores para destacar el valor añadido sobre las prácticas existentes.
<b>Facilidad de adopción</b>	Mayoritariamente sí	Los trabajadores sanitarios informaron de que las postales eran fáciles de distribuir y rellenar, aunque se necesitaba formación para mantener la coherencia. Acción: Crear una ayuda gráfica para el personal sanitario con el fin de reducir la variación.
<b>Compatibilidad</b>	Sí	Las tarjetas postales encajan de forma natural en los flujos de trabajo de la clínica y en las normas de la comunidad. Los cuidadores están familiarizados con guardar los documentos sanitarios en casa. Acción: Vincular las postales a las tarjetas de vacunación existentes para facilitar la integración.
<b>Testeabilidad</b>	Sí	Los distritos pueden adoptar las postales con una inversión mínima y probarlas en condiciones rutinarias. Acción: Planificar la introducción gradual en 3-4 distritos antes del despliegue nacional.
<b>Viabilidad</b>	Mayoritariamente sí	Los dispensarios pueden gestionar la distribución de tarjetas postales con el personal actual, pero la supervisión puede ser irregular. Acción: Añadir una casilla en las listas de supervisión para controlar el uso.
<b>Asequibilidad y escalabilidad de insumos</b>	Sí	Los costes de impresión son bajos (menos de 0,20 dólares por postal). Las tarjetas pueden incluirse en los envíos de vacunas. Acción: Garantizar acuerdos marco con imprentas locales para mantener los costes estables.
<b>Adecuación de los sistemas</b>	En parte	Los sistemas de logística y abastecimiento pueden gestionar la entrega de postales, pero los presupuestos aún no están institucionalizados. Acción: Abogar por una línea presupuestaria específica en el plan nacional de inmunización.
<b>Apropiación</b>	Poco clara	El Ministerio de Salud Pública ha expresado su interés, pero aún no ha formalizado su compromiso mediante políticas o presupuestos. Acción: Implicar a la unidad del Programa Ampliado de Inmunización desde el principio, demostrar los resultados de los proyectos piloto de distrito y preparar una circular para su adopción formal.
<b>Riesgos y efectos no deseados</b>	Sí, algunos riesgos	Entre los riesgos se incluyen la falta de existencias si no se gestiona bien la impresión, el desvanecimiento de la novedad entre los cuidadores y el uso inconsistente en las clínicas. Acción: Planificar renovaciones del diseño cada 2 años e integrar las postales en los códigos de la cadena de suministro nacional.
<b>Definición de éxito</b>	Sí	El éxito se define como el aumento de la vacunación a tiempo, medido a través de los registros clínicos. Los efectos de equidad para los grupos vulnerables se controlan por separado. Acción: Mantener las medidas de resultados vinculadas al impacto sanitario, no sólo a las cifras de distribución.

- **Credibilidad:** el ensayo aleatorio mostró un aumento de 6,7 puntos porcentuales en la vacunación a tiempo. El efecto fue consistente en todos los sitios, lo que redujo el riesgo de falsos positivos.
- **Equidad:** El análisis de subgrupos mostró que las familias de bajos ingresos y los refugiados también se beneficiaron, no solo los hogares con ingresos más altos. Esto reforzó los argumentos a favor de la adopción a nivel nacional.
- **Observabilidad y ventaja relativa:** las postales eran muy visibles. Los trabajadores sanitarios veían a los cuidadores llevarlas a las clínicas, y a estos les resultaba más fácil hacer un seguimiento de ellas que de los recordatorios verbales. Esto supuso una clara mejora con respecto a la práctica existente.
- **Viabilidad y adecuación a los sistemas:** La impresión y la distribución fueron sencillas en la prueba piloto, pero aún no se han incorporado a los sistemas nacionales. Sin una partida presupuestaria específica o un código de suministro, existía el riesgo de que se agotaran las existencias si el programa se ampliaba demasiado rápido.
- **Apropiación y calendario:** El Ministerio de Salud Pública expresó su interés, pero no había formalizado la adopción de la intervención. El equipo señaló la importancia de alinearse con el próximo ciclo presupuestario para crear un punto de entrada para la institucionalización.
- **Riesgos:** si las postales se gestionaban mal, el agotamiento de las existencias podría dañar la confianza. Los cuidadores también podrían perder interés con el tiempo. El equipo señaló la necesidad de renovar el diseño cada dos años y de integrar la cadena de suministro para mitigar estos riesgos.
- **Definición de éxito:** El éxito se definió no solo como el número de tarjetas postales distribuidas, sino también como la mejora de las tasas de vacunación a tiempo, en particular entre los grupos vulnerables.



## PASO 2:

# Generar apoyo

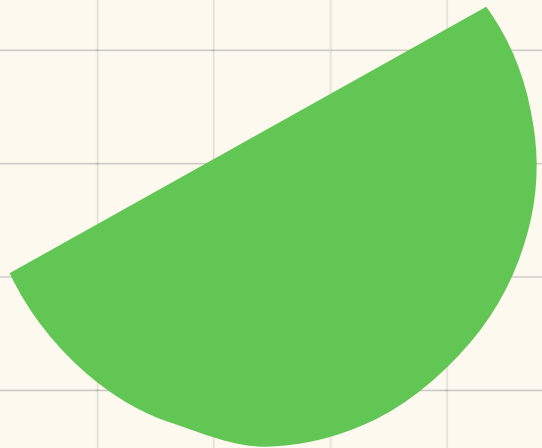
### Herramientas asociadas:

- [Matriz de apoyo de las partes interesadas](#)

### En este paso:

Escalar no solo depende de la solidez de la intervención, sino también de la alineación, el compromiso y la preparación de los actores clave. Después de seleccionar la vía para escalar y evaluar la preparación, el siguiente paso es preparar a las personas e instituciones que impulsarán el proceso.

Comience por identificar a los actores más influyentes, definir sus funciones y planificar cuándo y cómo involucrarlos. Vaya más allá de una simple lista de partes interesadas y pregúntese: *¿Qué necesitan saber?* *¿Qué decisiones deben tomar?* *¿Qué medidas deben adoptar?* Esto transforma una amplia lista de partes interesadas en un plan de participación práctico.



## Por qué es importante:

Incluso las intervenciones más sólidas pueden fracasar si las partes interesadas clave no están alineadas. Prepararse para escalar significa involucrar a estos actores desde el principio, aclarar las responsabilidades y garantizar que estén coordinados, se comuniquen y avancen en la misma dirección.

## Cómo hacerlo:

La [matriz de apoyo de las partes interesadas](#) está diseñada para ayudar a aclarar quiénes son los actores fundamentales y qué papel debe desempeñar cada uno, prestando especial atención a su nivel de influencia, las decisiones que controlan y el tipo de compromiso que necesitarán para mantener su implicación.

### 1. Esbozar los actores clave que participan en el proceso de escalar

- a. A partir del mapa de partes interesadas y el público objetivo creados durante la fase de *Definición*, comience por enumerar los actores e instituciones cuyas decisiones, recursos y acciones darán forma al proceso de escalar.

Es más probable que escalar tenga éxito cuando cada una de estas funciones se define desde el principio. Utilice la tabla 3 para identificar todos los posibles grupos de actores clave.

Escalar requiere la colaboración entre diferentes grupos de partes interesadas. Algunos llevarán a cabo la intervención, otros proporcionarán recursos y otros guiarán o apoyarán el proceso.

#### Matriz de apoyo de los actores clave

Intervención: \_\_\_\_\_

Enumerar los actores más importantes para escalar. Para cada uno de ellos, indique su papel, influencia, nivel de apoyo, lo que necesitan hacer/saber, y cómo y cuándo involucrarlos.

Actor clave/ Parte interesada ¿Quién es importante para escalar?	Papel en el escalado ¿Política, ejecución, promoción, financiación?	Influencia ¿Tienen autoridad para facilitar o bloquear el escalado (Alto/Medio/Baja )?	Nivel de apoyo/ interés Alto/Medio/Bajo	Qué deben hacer Decisiones, acciones, compromisos	Lo que necesitan saber Evidencia, costes, beneficios, implicaciones para la equidad	Momento oportuno/ punto de entrada ¿Cuál es el mejor momento para participar?	Mejor formato /canal ¿Cómo llegar a ellos?	Estrategia de compromiso ¿Cómo conseguir o mantener el apoyo?

**Nota:** Los ejemplos que se proporcionan en esta columna proceden de diferentes sectores de UNICEF, entre ellos los derechos del niño, la protección, la salud y la nutrición, la educación, el agua, el saneamiento y la higiene, y la respuesta a emergencias, con el fin de ilustrar cómo se aplican los principios de escalar en diversos contextos.

**TABLA 3: GRUPOS Y ACTORES CLAVE COMUNES QUE DEBEN TENERSE EN CUENTA**

PARTE INTERESADA	QUIÉNES SON	QUÉ HACEN	POR QUÉ SON IMPORTANTES
<b>Organización líder</b>	La organización que finalmente será propietaria y ejecutará la intervención. Algunos ejemplos son los ministerios de salud, las organizaciones no gubernamentales o las redes de proveedores, como grupos de clínicas u hospitales.	Poner en práctica la intervención a gran escala. Prestan servicios, gestionan al personal, integran el trabajo en los presupuestos y llegan a las comunidades.	Su capacidad y voluntad de asumir la responsabilidad determinan si es posible y sostenible escalar. Por ejemplo, cuando un Ministerio de Medio Ambiente adopta un sistema de alerta de inundaciones dirigido por la comunidad y lo integra en su marco nacional de preparación para desastres, la intervención pasa a formar parte de la planificación a largo plazo de la resiliencia climática, en lugar de ser una actividad basada en un proyecto
<b>Equipos de recursos</b>	Socios técnicos y personas que desarrollaron o probaron la intervención. Algunos ejemplos son los equipos de proyecto, las instituciones de investigación o las agencias técnicas.	Aportan sus conocimientos especializados en materia de diseño, evidencia y adaptación. Fortalecen los sistemas y apoyan a las organizaciones líderes y a los grupos de partes interesadas para que adopten y apliquen la intervención a gran escala.	Vinculan la fase piloto con el sistema más amplio, garantizando la transferencia de conocimientos y el mantenimiento de la calidad durante la expansión. Por ejemplo, un equipo de investigación universitario que ha puesto a prueba una plataforma de aprendizaje digital para aulas remotas puede ayudar a un ministerio de educación a adaptar su contenido a los idiomas locales y a las escuelas con baja conectividad.
<b>Miembros del equipo de UNICEF</b>	Personal de UNICEF en la sede, a nivel regional y nacional que participa en la gestión de programas, la promoción o el apoyo técnico.	Coordinan los esfuerzos, se alinean con las prioridades gubernamentales y se conectan con otros sectores y recursos de UNICEF.	Su influencia y capacidad para reunir a los socios pueden acelerar la adopción y garantizar que las lecciones aprendidas se incorporen al trabajo más amplio de UNICEF. Por ejemplo, el personal de UNICEF en los países puede ayudar a una autoridad nacional de registro civil a obtener financiamiento para digitalizar los sistemas de registro de nacimientos, garantizando que se registre la identidad de todos los niños y niñas y se vincule a los servicios esenciales.
<b>Donantes</b>	Donantes, bancos de desarrollo, organizaciones filantrópicas u organismos financieros gubernamentales.	Proporcionan recursos financieros, establecen las prioridades de financiamiento y fijan los requisitos de presentación de informes.	La escala duradera depende de un financiamiento fiable que se ajuste tanto a los planes gubernamentales como a las prioridades de los financiadores. Por ejemplo, un donante podría financiar la primera fase de la ampliación de los centros de aprendizaje temprano, lo que daría tiempo al gobierno para incluir el programa en su presupuesto educativo ordinario.

PARTE INTERESADA	QUIÉNES SON	QUÉ HACEN	POR QUÉ SON IMPORTANTES
<b>Multiplicadores</b>	Actores que pueden aumentar la influencia y el alcance. Algunos ejemplos son las asociaciones profesionales, los medios de comunicación, las redes regionales o las iniciativas globales.	Compartir evidencia, dar forma a los mensajes, abogar por un cambio de políticas y fomentar la adopción de una intervención.	Pueden difundir el impacto más allá de la fase piloto influyendo tanto en los responsables políticos como en los profesionales a nivel nacional y mundial. Por ejemplo, cuando un sindicato nacional de docentes respalda nuevas prácticas docentes adaptadas a los niños, anima a las escuelas de todo el país a adoptar ese enfoque y refuerza el apoyo político a entornos de aprendizaje más seguros.
<b>Partes interesadas locales</b>	Líderes comunitarios, trabajadores de primera línea, grupos de la sociedad civil o autoridades tradicionales.	Movilizar la demanda, adaptar las intervenciones a las normas locales y mantener la confianza de la comunidad.	Sin el apoyo local, las intervenciones corren el riesgo de ser rechazadas o desaparecer una vez que finaliza el apoyo externo. Por ejemplo, cuando los consejos municipales y los grupos de padres organizan jornadas de limpieza comunitaria y gestionan los puntos de agua para compartir, se refuerza la apropiación local de los servicios de agua potable y saneamiento.
<b>Otras partes interesadas</b>	Socios que aportan conocimientos y recursos adicionales. Algunos ejemplos son los actores del sector privado, las universidades o los ministerios, como los de educación, finanzas o tecnología de la información.	Proporcionan habilidades, productos o infraestructura que ayudan con la prestación y la adaptación.	Aportan fuerza y resiliencia al aportar recursos e innovaciones ajenos al sector sanitario. Por ejemplo, durante las emergencias, las empresas de logística y suministro que se asocian con el gobierno pueden ayudar a garantizar que los suministros de socorro, como agua potable, materiales didácticos o kits de nutrición, lleguen a las comunidades afectadas de forma rápida y eficiente.

- b.** Comience por identificar la organización líder. Empiece con la lista de partes interesadas resultante de la lluvia de ideas y determine cuál de ellas tiene el mandato de liderar el proceso de escalar. La organización líder es el actor con responsabilidad formal sobre la cuestión, como un departamento ministerial, un organismo gubernamental u otra institución con mandato. La organización también debe demostrar una demanda clara de la intervención y tener la capacidad de ejecutarla a gran escala. Esto la distingue de las partes interesadas que prestan apoyo, que pueden estar muy interesadas pero carecen del mandato o la autoridad para liderar.

Para identificar la organización líder, revise la Tabla 4, que establece cuatro ámbitos de evaluación: demanda, capacidad, oportunidad y contexto, junto con las fortalezas y limitaciones. Una vez identificada, anote la organización líder en la columna 1 de la hoja de trabajo.

TABLA 4. GUÍA PARA EVALUAR LA ORGANIZACIÓN PRINCIPAL

ÁMBITO QUE SE DEBE REVISAR	EJEMPLO: IMAGINE UN PAÍS QUE ESTÁ CONSIDERANDO LA POSIBILIDAD DE ESCALAR LAS VISITAS DOMICILIARIAS DE LOS TRABAJADORES SOCIALES COMUNITARIOS, PARA IDENTIFICAR Y APOYAR A LAS NIÑAS EN RIESGO DE MATRIMONIO INFANTIL.
<p><b>Demanda:</b> ¿La intervención se ajusta a las prioridades de la organización? ¿Existen defensores internos que la impulsen? ¿Los beneficios superan los costos o los riesgos?</p>	<p>Un ministerio de bienestar social puede comprometerse públicamente a poner fin al matrimonio infantil, lo que genera una fuerte demanda política. Sin embargo, si la atención y el financiamiento se centran en las transferencias de efectivo o la asistencia social, es posible que la energía de liderazgo para ampliar los programas de trabajadores sociales sea limitada.</p>
<p><b>Capacidad:</b> ¿Están el personal, los supervisores y los sistemas de suministro preparados para asumir nuevas tareas sin debilitar otros servicios?</p>	<p>Es posible que el ministerio ya cuente con trabajadores sociales comunitarios, pero el elevado número de casos y la supervisión limitada podrían dificultar la incorporación de nuevas responsabilidades. Para mantener la calidad, podría ser necesario contar con tutorías adicionales, herramientas de presentación de informes simplificadas o vínculos más sólidos con las ONG locales.</p>
<p><b>Momento y contexto:</b> ¿Existen oportunidades, como ciclos presupuestarios, nuevas estrategias o ventanas políticas, que puedan ayudar? ¿O existen riesgos, como elecciones, cambios de liderazgo o preocupaciones públicas, que podrían ralentizar el progreso?</p>	<p>Escalar puede alinearse con una nueva estrategia nacional de protección infantil o con la atención mundial prestada a la erradicación del matrimonio infantil, pero podría perder impulso si la reestructuración del gobierno modifica la supervisión del programa o cambian las prioridades de los donantes.</p>
<p><b>Fortalezas y limitaciones:</b> Tome nota de ambas. Registrar las medidas para llenar estos vacíos permite crear una hoja de ruta clara para fomentar la apropiación y el impulso.</p>	<p>Es posible que el ministerio tenga una fuerte coordinación con los comités locales de protección, pero que sus sistemas de datos digitales para el seguimiento de casos sean deficientes. Identificar este vacío pone de manifiesto la necesidad de reforzar las herramientas de presentación de informes digitales y formar al personal antes de escalar a nivel nacional.</p>

- c. A continuación, identifique el equipo de recursos, que apoya a la organización principal en la transición de la fase piloto a escalar. A menudo incluye a quienes diseñaron o probaron la intervención, pero también debe aportar capacidades más allá de los conocimientos técnicos, como la gestión, el financiamiento, la promoción y el fortalecimiento de los sistemas. Para identificar el equipo de recursos, revise los actores clave en los ámbitos pertinentes de la tabla 5. Anote el equipo de recursos en la columna 1 de la hoja de trabajo.

TABLA 5. GUÍA PARA EVALUAR EL EQUIPO DE RECURSOS

ÁREA A REVISAR	EJEMPLO: IMAGINE UN PAÍS QUE ESTÁ CONSIDERANDO SI ESCALAR LAS VISITAS DOMICILIARIAS DE LOS TRABAJADORES DE SALUD COMUNITARIOS PARA AUMENTAR LA VACUNACIÓN INFANTIL.
<p><b>Composición:</b> ¿Quién debe formar parte del equipo de recursos? ¿Hay una combinación de personas con habilidades técnicas, de gestión y de promoción?</p>	<p>El equipo piloto estaba compuesto principalmente por investigadores y personal de ONG. Para escalar, el equipo de recursos cuenta ahora con expertos en cambio de comportamiento, gestión de la cadena de suministro y participación comunitaria, además de representantes del Ministerio de Salud para garantizar la coordinación.</p>
<p><b>Credibilidad y liderazgo:</b> ¿El equipo incluye figuras de confianza que puedan influir en la organización principal y tranquilizar a las comunidades?</p>	<p>Un pediatra respetado, conocido por defender la inmunización, se une al equipo. Su voz transmite confianza a los líderes del ministerio y a las comunidades en cuanto a la credibilidad y el valor de las visitas domiciliarias.</p>
<p><b>Habilidades y experiencia:</b> ¿Cuenta el equipo con el equilibrio adecuado de habilidades en materia de supervisión, financiamiento, sistemas de suministro, seguimiento y comunicación? ¿Alguien ha dirigido antes una ampliación?</p>	<p>La ONG asociada ha llevado a cabo programas de capacitación a nivel nacional, mientras que el equipo de investigación tiene experiencia en el seguimiento de resultados. Sin embargo, nadie ha liderado una ampliación a gran escala de programas de trabajadores comunitarios de salud. Esto se señala como un vacío que requiere apoyo externo o tutoría.</p>
<p><b>Recursos y estabilidad:</b> ¿Cuenta el equipo con suficiente personal, financiamiento y compromiso a largo plazo para proporcionar apoyo continuo durante el escalamiento?</p>	<p>El financiamiento para el apoyo técnico sólo está garantizado durante dos años. Esto supone un riesgo si escalar requiere un acompañamiento más prolongado. El equipo lo registra como un vacío y trata de incorporar más responsabilidad al Ministerio de Salud con el tiempo.</p>

**Matriz de apoyo de los actores clave** Intervención: \_\_\_\_\_

Enumerar los actores más importantes para escalar. Para cada uno de ellos, indique su papel, influencia, nivel de apoyo, lo que necesitan hacer/saber, y cómo y cuándo involucrarlos.

Actor clave/ Parte interesada <small>¿Quién es importante para escalar?</small>	Papel en el escalado <small>¿Política, ejecución, promoción, financiación?</small>	Influencia <small>¿Tienen autoridad para facilitar o bloquear el escalado (Alto/Medio/Bajo)?</small>	Nivel de apoyo/ interés <small>Alto/Medio/Bajo</small>	Qué deben hacer <small>Decisiones, acciones, compromisos</small>	Lo que necesitan saber <small>Evidencia, costos, beneficios, implicaciones para la equidad</small>	Momento oportuno/ punto de entrada <small>¿Cuál es el mejor momento para participar?</small>	Mejor formato / canal <small>¿Cómo llegar a ellos?</small>	Estrategia de compromiso <small>¿Cómo conseguir o mantener el apoyo?</small>

d. Fuera de la organización líder y el equipo de recursos, escalar también depende de un conjunto más amplio de partes interesadas que influyen en la aceptación, los recursos y el apoyo a largo plazo. El éxito de escalar depende de su alineación y del flujo eficaz de conocimientos y recursos entre ellos (como se muestra en el diagrama 1). Identifique los actores clave necesarios para escalar y registre todos los grupos de partes interesadas o actores en la columna 1 de la hoja de trabajo.



### 3. Planificar la participación de las partes interesadas

- a. Determine el **momento y los puntos de entrada** para involucrar a cada grupo de partes interesadas. Algunos grupos trabajan en ciclos fijos, como las aprobaciones presupuestarias o las revisiones de políticas. Otros pueden ser más receptivos durante las demostraciones piloto o las consultas comunitarias. Planificar en torno a estas ventanas evita que se pierdan oportunidades. Por ejemplo, presentar los resultados justo antes de un ciclo presupuestario anual puede aumentar las posibilidades de obtener financiamiento.
- b. Elija el **mejor formato o canal** para comunicarse con los grupos de partes interesadas. Por ejemplo, los altos cargos del gobierno pueden preferir informes políticos breves o reuniones directas. Los responsables de la implementación pueden participar mejor a través de talleres, mientras que las comunidades pueden responder mejor a mensajes de radio o eventos locales. Elegir el formato adecuado aumenta la claridad, la credibilidad y la aceptación.
- c. Planifique la mejor **estrategia de participación** para cada grupo de partes interesadas, describiendo cómo generar y mantener el apoyo a lo largo del tiempo. Esto puede implicar una promoción específica, una gestión regular de las relaciones o el fomento de defensores dentro de las instituciones. El objetivo es convertir el interés inicial en un compromiso a largo plazo. Por ejemplo, asignar a un funcionario del distrito respetado como defensor puede mantener el impulso incluso cuando cambie el liderazgo.

Intervención: \_\_\_\_\_

**Matriz de apoyo de los actores clave**  
 Enumerar los actores más importantes para escalar. Para cada uno de ellos, indique su papel, influencia, nivel de apoyo, lo que necesitan hacer/saber, y cómo y cuándo involucrarlos.

Actor clave/ Parte interesada ¿Quién es importante para escalar?	Papel en el escalado ¿Política, ejecución, promoción, financiación?	Influencia ¿Tienen autoridad para facilitar o bloquear el escalado (Alto/Medio/Baja )?	Nivel de apoyo / interés Alto/Medio/Bajo	Qué deben hacer Decisiones, acciones, compromisos	Lo que necesitan saber Evidencia, costes, beneficios, implicaciones para la equidad	Momento oportuno / punto de entrada ¿Cuál es el mejor momento para participar?	Mejor formato / canal ¿Cómo llegar a ellos?	Estrategia de compromiso ¿Cómo conseguir o mantener el apoyo?

## ESTUDIO DE CASO:

# Aumento de la cobertura de vacunación infantil en el Líbano

Las herramientas mencionadas en este paso de la fase de escalar no fueron desarrolladas por el equipo original del proyecto. Este estudio de caso es un ejemplo recreado basado en datos y contexto reales del proyecto.

## Descripción de las partes interesadas clave

El equipo comenzó revisando el mapa inicial de partes interesadas que habían creado al inicio del proyecto, en la fase de *Definición*. Analizaron y luego elaboraron la lista con las nuevas partes interesadas que consideraban importantes para escalar. Por ejemplo, algunos de los grupos de partes interesadas clave identificados fueron el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) del Ministerio de Salud Pública, los centros de atención primaria de salud (PHCC), posibles financiadores como Gavi y la Unión Europea, asociaciones pediátricas y medios de comunicación locales, y partes interesadas locales como líderes comunitarios, trabajadores sanitarios y ONG.

## Identificación de la organización líder

Se identificó al Ministerio de Salud Pública como la organización líder. Esta elección se basó en su mandato y capacidad para supervisar los servicios nacionales de inmunización. El equipo evaluó al ministerio en cuatro ámbitos:

- **Demanda:** la vacunación era una prioridad sanitaria fundamental, y los defensores de la unidad del PAI mostraron un gran interés en las postales.
- **Capacidad:** los sistemas de suministro y distribución eran relativamente sólidos, pero el personal necesitaría formación para utilizar las postales de forma coherente sin supervisión adicional.
- **Momento y contexto:** se estaban llevando a cabo debates sobre el presupuesto, lo que brindaba la oportunidad de proponer una nueva partida presupuestaria para la impresión. Al mismo tiempo, los cambios en la dirección del Ministerio generaban cierta incertidumbre, por lo que era esencial realizar actividades de promoción a múltiples niveles.
- **Fortalezas y limitaciones:** El Ministerio contaba con sólidos sistemas de adquisición, pero su alcance comunitario era débil. El equipo tomó nota de ello y señaló que las asociaciones con ONG podrían ayudar a colmar este vacío.

## Identificación del equipo de recursos

El equipo de recursos estaba formado por personal de UNICEF y los investigadores que habían dirigido la prueba. Juntos aportaron evidencia técnica, credibilidad y experiencia. El equipo se evaluó a sí mismo utilizando los cuatro ámbitos siguientes:

- **Composición:** mientras que los investigadores aportaron conocimientos técnicos, el equipo incorporó a personal de UNICEF con experiencia en la colaboración con el gobierno y la gestión de la cadena de suministro.
- **Credibilidad y liderazgo:** se invitó a un pediatra de prestigio como asesor para aumentar la confianza entre los dirigentes del Ministerio y las comunidades.
- **Habilidades y experiencia:** el equipo tenía experiencia en evaluación y comunicación, pero poca en la ampliación a escala nacional. Señalaron esto como un vacío y solicitaron la orientación de colegas de UNICEF que habían trabajado en otras intervenciones sanitarias para escalar.
- **Recursos y estabilidad:** se consiguió financiamiento externo para dos años, suficiente para apoyar la expansión inicial, pero no a largo plazo. Esto convirtió la asignación presupuestaria del gobierno en un objetivo fundamental.

## Definición de otras partes interesadas

Más allá del Ministerio y del equipo de recursos, escalar dependía de grupos de partes interesadas más amplios. El personal de UNICEF en la oficina del país proporcionó la alineación de políticas y el poder de convocatoria. Los financiadores ofrecieron apoyo financiero y legitimidad. Los multiplicadores, como las asociaciones profesionales, ayudaron a difundir la visibilidad y el respaldo. Las partes interesadas locales, los líderes comunitarios, las ONG y el personal de primera línea garantizaron que la intervención siguiera siendo fiable y relevante en la práctica diaria. Juntos, estos grupos formaron un ecosistema en el que el papel de cada grupo de partes interesadas era distinto, pero estaba interconectado.

## Determinación de funciones, influencia y apoyo

La matriz de apoyo de los actores clave ayudó a aclarar el papel de cada grupo de actores clave. El Ministerio de Salud Pública tenía una alta autoridad y un apoyo medio-alto, con responsabilidades que iban desde la emisión de circulares hasta el financiamiento. Los financiadores tenían una gran influencia a través de las prioridades presupuestarias. UNICEF desempeñó un papel de puente, coordinando entre los expertos técnicos y el gobierno. Los multiplicadores y los actores clave locales tenían una autoridad formal menor, pero una gran influencia informal, lo que influía en la confianza y la aceptación del público.

## Lo que tenían que hacer y saber

El equipo definió responsabilidades concretas para cada parte interesada. El Ministerio debía aprobar una partida presupuestaria, actualizar las directrices y supervisar la ejecución. Los financiadores debían comprometerse a proporcionar financiamiento a corto plazo. El personal de los centros de salud comunitarios debía distribuir y explicar las tarjetas postales a los cuidadores. Las partes interesadas locales debían animar a las familias a conservar y utilizar las tarjetas. Para actuar, cada grupo necesitaba información adaptada: los responsables políticos necesitaban datos sobre los costos y la equidad, los financiadores necesitaban evidencia de la eficacia y las comunidades necesitaban garantías de que la intervención era sencilla, segura y útil.

## Calendario, canales y estrategias de participación

La participación se planificó en torno a puntos de entrada naturales. Para el Ministerio, el momento óptimo era el ciclo presupuestario anual y la próxima reunión del Grupo Técnico Asesor Nacional de Inmunización. Para los financiadores, la ventana clave era el foro de coordinación de donantes. Para los grupos de partes interesadas locales, los puntos de entrada eran las reuniones comunitarias rutinarias y las consultas del PHCC.

Se adaptaron los formatos de comunicación: un breve informe de políticas para el Ministerio, una presentación con los costos para los financiadores y material gráfico para las comunidades. Las estrategias también variaron: promoción de alto nivel con el gobierno, gestión de las relaciones con los financiadores y participación de los líderes comunitarios.

## Poniendo todo junto

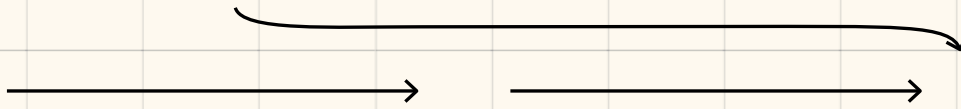
Mediante el uso de la matriz de apoyo de las partes interesadas, el equipo convirtió una larga lista de posibles grupos de partes interesadas en un plan práctico de participación. A cada parte interesada se le asignaron funciones, responsabilidades y puntos de entrada. Esto garantizó que, cuando más adelante se desarrollaran los planes de ampliación horizontal y de ampliación vertical, estos se basaran en compromisos reales y estuvieran alineados con las instituciones que sostendrían la intervención.

### Matriz de apoyo de los actores clave

Intervención: **Tarjeta de recordatorio de citas**

Enumerar los actores más importantes para escolar. Para cada uno de ellos, indique su papel, influencia, nivel de apoyo, lo que necesitan hacer/saber, y cómo y cuándo involucrarlos.

Actor clave / Parte interesada	Papel en el escalado	Influencia	Nivel de apoyo / interés	Qué deben hacer	Lo que necesitan saber	Momento oportuno / punto de entrada	Mejor formato / canal	Estrategia de compromiso
Ministerio de Salud Pública (MSP)	Política, financiación, supervisión	Alta	Alta	Respaldo las tarjetas recordatorias como parte de la estrategia nacional de inmunización, incluir en las directrices, asignar presupuesto para su impresión y distribución.	Evidencia de una mayor aceptación de la vacunación, datos de desigualdad (por costo/costear niño), potencial para aumentar la equidad en zonas desatendidas.	Revisión anual del programa de inmunización, ciclo presupuestario	Informes políticos, presentaciones técnicas, reuniones de alto nivel	Posicionar las tarjetas como una intervención rentable y ampliable que refuerza la inmunización sistemática. Vincular a las prioridades nacionales de salud infantil.
Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS)	Prestación, supervisión	Medio	Medio a alto	Distribución de tarjetas postales, formación del personal para rellenarlas y explicarlas, seguimiento de su uso mediante supervisión	Evidencia de la simplicidad del proceso, menor carga de trabajo adicional, mejor de las tasas de retorno de los cuidadores	Durante las sesiones de formación del personal y los ciclos de supervisión	Sesiones de formación práctica, ayudas de trabajo ilustradas	Hacer hincapié en cómo las tarjetas reducen los costos perdidos y facilitan el trabajo de seguimiento. Proporcionar supervisión de apoyo para reforzar el uso.
Trabajadoras sanitarias comunitarias (TSC)	Prestación de servicios, promoción	Bajo a medio	Medio	Animar a los cuidadores a utilizar y conservar las tarjetas postales, responder a los programas, realizar un seguimiento en la comunidad.	Beneficios para los cuidadores (menos vacunas olvidadas, niños más sanos), evidencia de facilidad de uso.	Reuniones comunitarias, ciclos mensuales de divulgación	Sesiones de orientación, material gráfico sencillo	Posicionar las tarjetas como una herramienta que refuerza la confianza con las familias. Reforzar el papel de mensajeras de confianza.
Cuidadores / comunitarias	Usuarios finales, promoción	Bajo individualmente, alto colectivamente (a través de la aceptación y el boca a boca)	Variable (alto cuando la confianza en la vacunación es fuerte, bajo cuando existen dudas)	Llevar postales a los visitas, seguir recordatorios, animar a los compañeros	Evidencia de que las tarjetas ayudan a proteger a los niños, historias de otros cuidadores que se benefician, tranquilidad sobre la confiabilidad	Reuniones comunitarias, sesiones de vacunación	Carteles en los centros, radio comunitaria, grupos de madres, homologas	Crear demanda mediante el uso visible de postales, testimonios y el respaldo de la comunidad.
UNICEF Líbano	Apoyo técnico, promoción, movilización de fondos.	Alto	Alto	Abogar ante el gobierno, alinear con estrategias más amplias de salud infantil, proporcionar financiación inicial y asistencia técnica.	Evidencia de la eficacia del ensayo, contenido atractivo, costes y relevancia para el programa de salud infantil de UNICEF.	Debates políticos con el Ministerio de Sanidad, reuniones de donantes	Informes políticos, informes técnicos, presentaciones, reuniones con el Ministerio de Salud Pública y UNICEF.	Utilizar la credibilidad de UNICEF para reforzar la cooperación gubernamental, garantizar la alineación con los comités del Ministerio de Salud Pública para la sostenibilidad.
Donantes (por ejemplo, Gavi, UE, GMS, donantes locales)	Financiación, promoción	Alta	Medio a alto	Proporcionar financiación para escolar tempranamente, integrar en subvenciones o proyectos	Datos sobre rentabilidad, vía de sostenibilidad, impacto potencial a escala nacional	Ciclos de financiación de donantes, ventanas de propuestas	Propuestas de financiación, informes de resultados, mesas redondas en los sistemas del Ministerio de Salud Pública para la sostenibilidad.	Enmarcar las tarjetas postales como una intervención "granadara rápida" con evidencias sólidas y bajo costo, desarrollando al mismo tiempo la integración en los sistemas del Ministerio de Salud Pública para la sostenibilidad.
ONG locales / OSC	Promoción, compromiso comunitario	Medio	Medio	Ayudar a sensibilizar, integrar los canales en la divulgación, proporcionar información sobre el terreno	Historias de impacto local, evidencia de la aceptación de los cuidadores, papel en la reducción de los abandonos.	Durante el despliegue del proyecto, actividades de movilización de la comunidad	Reuniones comunitarias, talleres conjuntos con el Ministerio de Sanidad y UNICEF.	Reforzar la confianza y el involucramiento local haciendo partícipes de los circuitos de adaptación y retroalimentación.



## PASO 3:

# Escalar el plan

### Herramientas asociadas:

- [Plan de ampliación horizontal](#)
- [Plan de ampliación vertical](#)

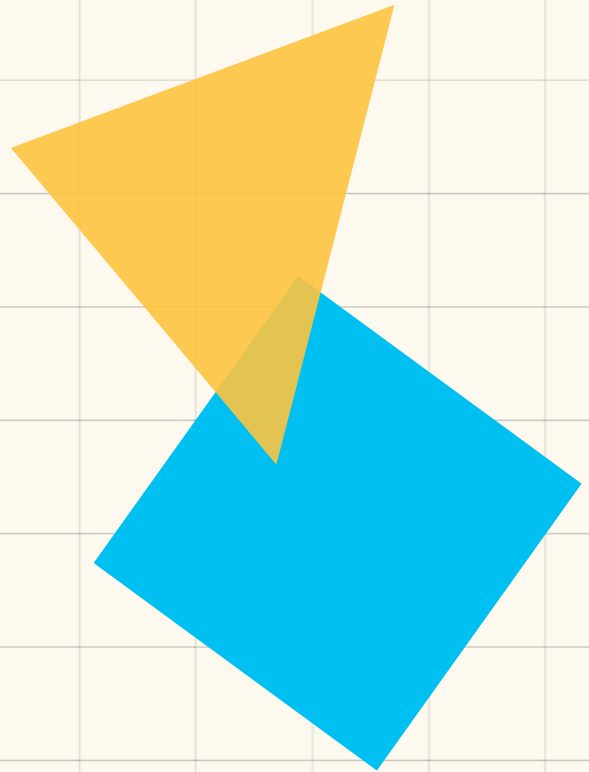
### En este paso:

El paso final consiste en desarrollar un plan de ampliación para la vía identificada en el paso 1. Escalar requiere decisiones deliberadas sobre si crecer hacia afuera, hacia nuevos entornos, distritos o comunidades (ampliación horizontal), o integrar la intervención en políticas, presupuestos e instituciones (ampliación vertical). Ambas opciones pueden favorecer la sostenibilidad a largo plazo, pero cada una tiene consideraciones distintas.

La ampliación horizontal fomenta la sostenibilidad al demostrar que una intervención funciona en diversos contextos y al distribuir la demanda y la propiedad entre diversas comunidades. El desafío consiste en preservar los elementos fundamentales que la hacen eficaz, al tiempo que se adapta a las nuevas condiciones.

La ampliación vertical garantiza los recursos y el compromiso a largo plazo al institucionalizar la intervención dentro de los sistemas gubernamentales. Sin embargo, su éxito depende de la voluntad política y la capacidad institucional.

Sea cual sea la vía elegida, el éxito depende de la protección de los elementos fundamentales de la intervención y de la creación de las alianzas, los sistemas y los recursos necesarios para escalarla.



## Por qué es importante:

La evidencia obtenida en una prueba piloto puede demostrar que una intervención funciona, pero sin una estrategia de crecimiento puede seguir siendo un éxito aislado que escalar. Escalar no solo depende del diseño, sino también de la política, los recursos y las instituciones. Un plan claro hace visibles estas fuerzas, ayuda a los equipos a anticipar los desafíos y orienta las concesiones. Aclara las funciones de los diferentes

actores y garantiza que se disponga de los sistemas y recursos necesarios para llevar adelante el impacto.

## Cómo hacerlo:

Las herramientas de este paso ayudan a identificar los elementos fundamentales que deben conservarse, las adaptaciones necesarias y las nuevas barreras o demandas que pueden surgir. El resultado es una hoja de ruta concreta para escalar.

## 1. Ampliación horizontal: ampliar el alcance

Utilizando la parte I del [plan de ampliación horizontal](#), compare las realidades del programa piloto con las adaptaciones necesarias para la expansión en dimensiones clave: dónde se implementará la intervención, a quién se pretende llegar y cómo pueden cambiar las barreras de comportamiento durante el escalamiento.

- a. Comenzando por «**Quién**» en el recuadro superior de la hoja de trabajo, registre los principales usuarios o beneficiarios del programa piloto, junto con los actores que apoyaron su ejecución. A continuación, considere la expansión: a medida que la intervención llegue a nuevas zonas geográficas o poblaciones, ¿seguirán siendo estos mismos grupos los principales, o será necesario involucrar a otros adicionales?

- **Escalar a nuevos grupos de población:** al escalar, un programa piloto diseñado para adolescentes que no asisten a la escuela también puede necesitar la participación de padres, maestros y mentores de la comunidad para apoyar la inscripción y la participación sostenida.

En ambos casos, ya sea la expansión a nuevas zonas geográficas o a nuevos grupos de población, la ampliación horizontal requiere aclarar cómo cambia *el quién* de la fase piloto a la ampliación. Esto incluye no solo a los destinatarios directos de la intervención, sino también a los intermediarios y personas influyentes cuya participación es esencial

- **Expansión a nuevas zonas geográficas:** es posible que un programa piloto en un distrito haya contado con un pequeño grupo de maestros dedicados y jóvenes voluntarios de la comunidad. Escalar a varios distritos puede requerir la movilización de otras partes interesadas, como líderes religiosos, consejos locales o asociaciones de padres que tengan influencia en esos nuevos contextos.

### Plan de ampliación horizontal

Intervención: \_\_\_\_\_

Utilice este lienzo para planificar cómo se adaptará la intervención piloto para escalarla horizontalmente, identificando a quién debe llegar, las barreras probables y los ajustes contextuales.

	Intervención piloto	Adaptación horizontal
<b>Quién</b> ¿Qué grupos o individuos son los principales usuarios o beneficiarios? ¿Quién más debe participar?		
<b>Posibles nuevas barreras (utilizando CMI-B)</b> ¿Qué barreras de capacidad, oportunidad o motivación se abordaron en el proyecto piloto? ¿Qué barreras adicionales o diferentes pueden aparecer en nuevos contextos?		
<b>Ubicación</b> ¿Dónde tuvo lugar el proyecto piloto y en qué condiciones locales? ¿Dónde tendrá lugar la ampliación y qué factores contextuales deben tenerse en cuenta?		

Plan de ampliación horizontal	
<b>Difusión y promoción</b> ¿Quiénes son los principales responsables de la toma de decisiones y las personas influyentes? ¿Cómo se comunicará la innovación? ¿Son los mensajes claros y adaptados a la audiencia?	
<b>Costes y recursos</b> ¿Cuánto costará la expansión? ¿Puede la escalada reducir los gastos? ¿Puede ser más eficiente la prestación de los servicios?	
<b>Seguimiento y evaluación</b> ¿Cómo se supervisará la ampliación? ¿Se siguen obteniendo los resultados previstos en el proyecto piloto?	

para mantener y ampliar el impacto. El mapeo de estos cambios sienta las bases para el siguiente paso: identificar cómo los nuevos grupos pueden introducir nuevas barreras que deben anticiparse para que la intervención tenga éxito a gran escala.

- b.** El siguiente paso es examinar cómo los factores impulsores del comportamiento de estos nuevos grupos pueden diferir de los del programa piloto. La aplicación del modelo COM-B proporciona una forma estructurada de identificar las posibles barreras a la capacidad, la oportunidad o la motivación a gran escala, y de compararlas con las barreras ya abordadas durante el programa piloto.

- **Expansión a nuevas zonas geográficas:** en un entorno, los recordatorios pueden reducir una barrera de capacidad al ayudar a las personas a recordar la reposición de anticonceptivos o las visitas de seguimiento. Pero cuando se introduce la misma intervención en zonas rurales, pueden aparecer nuevas barreras. Las mayores distancias a las oficinas de servicios sociales pueden impedir que las familias accedan a la asistencia jurídica o a la protección infantil (barrera de oportunidad) y, en algunas zonas, los trabajadores sociales pueden tener una formación limitada para identificar y responder a las preocupaciones relacionadas con la seguridad infantil (barrera de capacidad).

- **Expansión a nuevos grupos de población:** Es posible que un sistema de recordatorios de asistencia escolar diseñado originalmente para los padres deba adaptarse a los propios estudiantes mayores. Esto puede introducir nuevas barreras; por ejemplo, algunos adolescentes pueden considerar que los recordatorios de asistencia son innecesarios o intrusivos (barrera de motivación), o pueden no saber cómo actualizar o responder a los mensajes en la plataforma (barrera de capacidad).

La segunda parte del Plan de Ampliación Horizontal pasa a la planificación de los elementos adicionales necesarios para el éxito a gran escala. Los equipos deben considerar cómo comunicar y promover la intervención,

cómo asegurar y asignar los recursos, y cómo supervisar y evaluar los progresos para que los resultados se mantengan a medida que se amplía el alcance de la intervención.

- c.** Escalar requiere comparar cuidadosamente las **condiciones** del programa piloto con las de los lugares donde se llevará a cabo la ampliación. La geografía, la infraestructura, los sistemas de prestación de servicios y la dinámica local pueden ayudar o dificultar la eficacia. ¿Qué factores contribuyeron al éxito del programa piloto y qué cambiará en el nuevo contexto? Documentar estas diferencias evita dar por sentado que lo que funcionó en un lugar tendrá automáticamente éxito en otro.

- **Expansión a nuevas zonas geográficas:** un programa que ha prosperado en un distrito urbano con transporte fiable, escuelas bien equipadas y personal docente estable puede tener dificultades en zonas rurales donde las escuelas están muy alejadas entre sí, el transporte es costoso e irregular y los recursos llegan de forma inconsistente. Estas diferencias pueden dificultar la asistencia regular de los niños y la impartición eficaz de las clases por parte de los maestros.
- **Expansión a nuevas poblaciones:** un programa piloto probado en un entorno lingüístico o cultural puede necesitar una adaptación significativa cuando se introduce en zonas con idiomas, normas sociales o comportamientos diferentes. Por ejemplo, los mensajes diseñados para comunidades en las que las madres toman las decisiones sobre salud pueden no tener el mismo impacto en lugares donde los padres o los ancianos desempeñan un papel más importante, o donde la traducción a los idiomas locales cambia la claridad o el tono del mensaje.

La segunda parte del Plan de Ampliación Horizontal pasa a la planificación de los elementos adicionales necesarios para el éxito a gran escala. Los equipos deben considerar cómo comunicar y promover la intervención, cómo asegurar y asignar los recursos, y cómo supervisar y evaluar los progresos para que los resultados se mantengan a medida que se amplía el alcance de la intervención.

- d. Comience con **la difusión y la promoción**. Escalar a nuevas regiones o poblaciones depende de la obtención del apoyo de las personas e instituciones que pueden actuar como facilitadores o bloquear el progreso. Esta sección se basa directamente en el mapa de apoyo a la ampliación de las partes interesadas del paso 2 y traduce ese análisis en un plan de acción claro.

Utilice la hoja de trabajo para redactar un párrafo único, coherente y accesible que responda a tres preguntas fundamentales:

- ¿Quiénes son los principales responsables de la toma de decisiones y las personas influyentes?
- ¿Cómo se les comunicará la intervención?
- ¿Los mensajes se adaptan a sus prioridades?

- e. A continuación, reflexione sobre **los costos y los recursos**. La expansión requiere decisiones deliberadas sobre cómo se distribuirán los costos entre los distintos contextos y si los recursos pueden movilizarse de manera sostenible a gran escala. Esta parte del Plan de Ampliación Horizontal se centra en evaluar tanto la asequibilidad como la sostenibilidad a largo plazo, anticipando patrones de costos desiguales entre los distintos contextos en lugar de asumir la uniformidad.

La ampliación horizontal a menudo revela variaciones ocultas. Por ejemplo, las zonas rurales pueden requerir transporte, supervisión o incentivos adicionales para llegar a poblaciones dispersas, mientras que las zonas urbanas pueden requerir una mayor inversión en canales de comunicación y divulgación comunitaria. Algunas preguntas útiles para planificar mejor los costos y los recursos necesarios durante la ampliación horizontal son:

- **¿Cuánto costará la expansión en diferentes entornos?** Estime los requisitos financieros para la capacitación, los suministros, el transporte, la supervisión y la comunicación en nuevas geografías o poblaciones. Considere dónde pueden aumentar los costos y dónde la eficiencia de escala puede compensarlos. Por ejemplo, los distritos rurales pueden requerir combustible y subsidios adicionales para los

equipos de divulgación, mientras que en las zonas urbanas densamente pobladas es común gastar más en divulgación comunitaria.

- **¿Qué recursos existentes se pueden aprovechar?** Revise qué recursos respaldaron el programa piloto, como el tiempo del personal, la infraestructura o las contribuciones de los voluntarios, y evalúe si estos pueden ampliarse para respaldar la ampliación. Identifique los vacíos que deben llenarse. Por ejemplo, los comités escolares y los grupos locales de usuarios de agua pueden organizar actividades de higiene durante las reuniones comunitarias, y los registros de mantenimiento existentes o las aplicaciones móviles pueden ayudar a realizar un seguimiento de cuándo deben realizarse las reparaciones.
- **¿Cómo se movilizarán los nuevos recursos?** Determine si la expansión se financiará con presupuestos distritales o nacionales, asociaciones con donantes o la integración en mecanismos de financiamiento sectoriales. Planifique estrategias para asegurar y mantener los recursos, de modo que los costos no se conviertan en una barrera para escalar. Por ejemplo, UNICEF puede ayudar al Ministerio de Educación a incluir materiales de capacitación y estipendios para maestros en el presupuesto anual de educación y asociarse con estaciones de radio locales para proporcionar contenido educativo a un costo reducido.
- f. Por último, planifique **el seguimiento y la evaluación (M&E)**. A medida que las intervenciones se expanden a nuevas zonas geográficas o poblaciones, los sistemas de seguimiento deben equilibrar la comparabilidad con la adaptabilidad: los indicadores deben ser lo suficientemente coherentes como para realizar un seguimiento del rendimiento en todos los sitios, pero también lo suficientemente flexibles como para captar las adaptaciones locales. Por ejemplo, una línea nacional de ayuda a la infancia podría hacer un seguimiento de un indicador básico como el «número de llamadas atendidas en 24 horas», al tiempo que permite medidas específicas de cada país, como «llamadas recibidas en idiomas locales»

o «porcentaje de derivaciones completadas con éxito», para reflejar las prioridades específicas del contexto.

El seguimiento y la evaluación también deben evaluar si la ampliación está llegando a todos los grupos previstos, si los resultados se mantienen en poblaciones diversas y si los mecanismos básicos de comportamiento que impulsaron el éxito de la prueba piloto siguen intactos. Las comparaciones entre los sitios piloto y los de ampliación son especialmente importantes para detectar dónde se debilitan los resultados y por qué.

Por ejemplo, si una campaña piloto de lectura mejoró la asistencia y los resultados de alfabetización en las escuelas urbanas, la M&E a escala debería incluir medidas de impartición de clases y participación de los alumnos, para garantizar que los niños de las escuelas rurales o con recursos limitados se beneficien por igual.

A continuación se presentan algunas preguntas orientativas útiles que deben tenerse en cuenta al elaborar un plan de seguimiento y evaluación.

- **¿Cómo se medirá el éxito?** Los planes de M&E deben diseñarse para medir más que el alcance. Se deben recopilar datos para determinar si la intervención se está llevando a cabo según lo previsto (proceso), si sigue generando los cambios deseados (resultados) y si contribuye a cambios a más largo plazo (impactos). Seleccione un pequeño conjunto de indicadores que equilibren la viabilidad (datos que se pueden recopilar de forma realista en múltiples sitios) con la relevancia (datos que confirmen que la intervención está generando el impacto previsto y que los mecanismos de comportamiento se mantienen).
- **¿Qué sistemas y herramientas se utilizarán?** La sostenibilidad depende de la integración del monitoreo en las estructuras existentes siempre que sea posible. Explore cómo integrar nuevos indicadores en los sistemas gubernamentales o en las estadísticas de servicios existentes. Cuando los sistemas rutinarios sean deficientes, considere la posibilidad de utilizar herramientas complementarias más ligeras, como formularios de informe

sencillos o seguimiento basado en dispositivos móviles, que puedan proporcionar datos oportunos sin sobrecargar al personal.

- **¿Qué evaluaciones adicionales se necesitan?** El monitoreo rutinario rara vez capta el panorama completo. Los estudios cualitativos rápidos, las discusiones de grupo focal o las herramientas de retroalimentación de la comunidad pueden ayudar a explicar por qué los resultados difieren entre los distintos sitios, mientras que pueden ser necesarias evaluaciones especiales para comprobar los resultados o los impactos de forma más rigurosa. Estas evaluaciones complementarias garantizan que escalar no solo se siga, sino que también se comprenda.
- **¿Cómo influirán los resultados en la estrategia?** Los datos solo son valiosos si se utilizan. Establezca mecanismos de revisión periódicos (cuadros de mando mensuales, reuniones de reflexión trimestrales o revisiones conjuntas con las partes interesadas) para garantizar que los resultados se incorporen directamente a la toma de decisiones. Los resultados deben orientar cualquier ajuste en la implementación, perfeccionar las estrategias de ejecución y hacer que los socios rindan cuentas por el apoyo para escalar.

## 2. Ampliación vertical: institucionalización y cambio de sistemas

bien la ampliación horizontal es una vía más común, la ampliación vertical es igual de importante. Cuando una actividad se integra en los sistemas, las políticas y los presupuestos, pasa a formar parte de la ejecución rutinaria y ofrece resultados duraderos. La ampliación vertical depende de la alineación con los responsables políticos, los financiadores, los funcionarios públicos y las partes del gobierno que pueden formalizar y mantener las acciones. En resumen, el éxito depende de la medida en que las actividades puedan encajar en las instituciones y los sistemas existentes.

Por ejemplo, una actividad de nutrición escolar puede funcionar bien en una prueba piloto, pero solo perdurará si se incluye en la formación del profesorado, se integra en los presupuestos educativos y se supervisa mediante inspecciones escolares.

**El plan de ampliación vertical** ayuda a identificar las categorías de cambio, especificar los ajustes necesarios y esbozar cómo se comunicará, financiará y supervisará el cambio.

- El primer paso es aclarar el **tipo de ampliación vertical** en la columna izquierda de la hoja de trabajo. Pregunte: *¿Qué forma de ampliación es el objetivo?* La tabla siguiente resume los tipos comunes de ampliación vertical y ofrece orientación sobre cuándo cada tipo puede ser más útil.

### Plan de ampliación vertical

Intervención: \_\_\_\_\_

Utilice este lienzo para planificar cómo se adaptará la intervención piloto para escalarla verticalmente.

Tipo de escalado <small>Elija todos los que correspondan</small>	Categoría de cambio	Cambio necesario <small>(sí/no/desconocido)</small>	Describe los cambios específicos necesarios <small>o cómo deben evaluarse las necesidades</small>
[ ] Puesta en marcha de un nuevo programa o política - Crear y lanzar un programa o política completamente nuevos basados en la intervención.	Política		
[ ] Integración de la política en un programa existente - Integrar la intervención en un programa, servicio o marco político establecido.	Compromiso político		
[ ] Integración a nivel de servicio - Incorporar la intervención a las plataformas de prestación de servicios rutinarios (por ejemplo, añadiéndola a los protocolos de los trabajadores sanitarios o a los planes de estudios escolares).	Cambio jurídico		
[Institucionalización - Hacer que la intervención forme parte de procedimientos operativos estándar, directrices o descripciones de puestos de trabajo, con líneas presupuestarias específicas.	Reglamentos, normas, directrices		
[Adopción legislativa o reglamentaria - Codificar la intervención mediante leyes, reglamentos o mandatos gubernamentales formales.	Financiación y presupuestos		
	Logística		
	Sistemas de gestión de la información		
	Supervisión		
	Evaluación del personal, incentivos al rendimiento		
	Planes y enfoques de formación		
	Cambios en el personal sanitario		
	Material de información, educación y comunicación		
	Otros		

**Difusión**

*¿Quiénes son los principales responsables de la toma de decisiones y las personas influyentes? ¿Cómo se comunicará la innovación (formación, compañeros, medios de comunicación, notas informativas)? ¿Son los mensajes claros y adaptados al público?*

**Costes y recursos**

*¿Cuánto costará la ampliación? ¿Puede la escalada reducir los gastos? ¿Puede ser más eficaz la prestación de los servicios?*

**Seguimiento y evaluación**

*¿Cómo se supervisará la escalada? ¿Se siguen obteniendo los resultados previstos en el proyecto piloto?*

TABLA 7. TIPOS DE AMPLIACIÓN VERTICAL

TIPO DE ESCALAR	MÁS ÚTIL CUANDO	EJEMPLO
<p><b>Puesta en marcha de un nuevo programa o política:</b> crear y lanzar un programa nacional o subnacional totalmente nuevo basado en la intervención.</p>	<p>No hay un lugar obvio para la intervención; se necesita una alta visibilidad y una implementación coordinada.</p>	<p>El Ministerio de Salud lanza un Programa Nacional de Llamadas de Seguimiento, que exige un bloque semanal de dos horas de llamadas en todas las clínicas, financiado por el gobierno.</p>
<p><b>Integración en políticas o programas existentes:</b> Incorporar la intervención en un programa establecido para que se convierta en un componente estándar.</p>	<p>Un programa existente puede absorber el trabajo con pequeños ajustes.</p>	<p>El programa nacional de inmunización actualiza su política para incluir llamadas semanales a los morosos, lo añade a los planes anuales y lo alinea con la supervisión y la presentación de informes.</p>
<p><b>Integración a nivel de servicio:</b> Incorporar la intervención en los flujos de trabajo y la supervisión rutinaria.</p>	<p>El principal cambio se produce en la práctica de primera línea, más que en la política de alto nivel, por lo que es factible una rápida adopción.</p>	<p>Las clínicas añaden una franja horaria de dos horas semanales para las llamadas a los horarios, las enfermeras utilizan un guión de 60 segundos y los supervisores comprueban un registro de llamadas de una página durante las visitas periódicas.</p>
<p><b>Institucionalización (procedimientos operativos estándar, funciones, presupuestos):</b> Incorporar la intervención a los procedimientos estándar, las descripciones de puestos, las herramientas de supervisión y los indicadores, y asignarle una partida presupuestaria específica.</p>	<p>Se necesita durabilidad a largo plazo y protección del financiamiento; pasar del proyecto al «funcionamiento habitual».</p>	<p>Las descripciones de los puestos de trabajo de las enfermeras incluyen llamar a los cuidadores de las citas perdidas, los formularios de supervisión añaden una casilla para marcar, se incluye una pequeña partida mensual para tiempo de aire en los presupuestos de las clínicas y se incluye un sencillo indicador de llamadas en los informes rutinarios.</p>
<p><b>Adopción legislativa o reglamentaria:</b> codificar la intervención mediante reglamentos o leyes para establecer la autoridad, las normas de privacidad y la práctica mínima.</p>	<p>Se necesita claridad jurídica (por ejemplo, en materia de privacidad/consentimiento), es probable que se produzca un cambio de liderazgo o se deben proteger las normas en todas las administraciones.</p>	<p>Una normativa sanitaria autoriza las llamadas breves de la clínica a los cuidadores utilizando un guión de privacidad aprobado, establece normas de tratamiento de datos y exige registros básicos de las llamadas.</p>

b. El siguiente paso es verificar qué partes del sistema deben cambiar para que la actividad pueda pasar de ser una prueba piloto a una política o prestación rutinaria. La columna central del plan de ampliación vertical enumera las áreas que deben revisarse: política, compromiso político, financiamiento, supervisión, capacitación y sistemas de información. Para cada área, anote si es necesario un cambio y describa el ajuste específico. Esta comparación muestra dónde se requiere un cambio institucional para ir más allá de los proyectos a corto plazo.

- **Política:** ¿Escalar requiere una nueva directiva política o la inclusión en un marco político existente? Por ejemplo, añadir funciones de asistente social comunitario y protocolos de notificación a la política nacional de protección infantil, de modo que la divulgación pase a formar parte de la prestación rutinaria de servicios gubernamentales.
- **Compromiso político:** ¿Se necesitan defensores en los niveles más altos del gobierno para apoyar la institucionalización? El liderazgo político puede ser fundamental para garantizar la aprobación o impulsar la adopción.
- **Financiamiento y presupuestos:** ¿Se necesitarán nuevas partidas presupuestarias o se puede absorber el financiamiento en las asignaciones sectoriales existentes? Por ejemplo, incluir los costos de formación de los maestros para una nueva iniciativa de lectura en el presupuesto nacional de educación, en lugar de depender de subvenciones externas para proyectos.
- **Supervisión y gestión del desempeño:** ¿Exige la institucionalización nuevas estructuras de supervisión, criterios de evaluación o líneas jerárquicas? Por ejemplo, garantizar que los administradores de distrito incluyan la intervención en su supervisión periódica.
- **Formación y planes de estudio:** ¿Se necesitan materiales de formación previa al servicio o en el servicio para institucionalizar las prácticas de los trabajadores sanitarios, los maestros u otro personal de primera línea?

- **Sistemas de información:** ¿deben añadirse nuevos indicadores a los conjuntos de datos administrativos, los registros escolares u otras plataformas de presentación de informes para garantizar la sostenibilidad y la rendición de cuentas.

c. A continuación, reflexione sobre **las necesidades de difusión**. La ampliación vertical depende de la visibilidad, la legitimidad y la propiedad compartida entre las instituciones que establecen las políticas y controlan las finanzas. En esta etapa, el enfoque pasa de compartir resultados a promover el cambio del sistema, utilizando canales que influyen en los responsables de la toma de decisiones, los encargados del presupuesto y los líderes institucionales.

La promoción puede incluir breves informes de políticas con recomendaciones claras, reuniones con ministerios y socios clave, la identificación de defensores internos y visitas a los lugares donde los líderes pueden ver la actividad en la práctica. La aportación a los procesos nacionales o subnacionales, como las revisiones presupuestarias y los planes sectoriales, suele ser el momento en el que se puede garantizar la adopción rutinaria.

Un objetivo fundamental es la amplia apropiación. Presente la actividad como parte de la prestación rutinaria, no como un complemento. Adapte los mensajes a los altos funcionarios, los directores de programas, el personal de primera línea y los representantes de la comunidad para que cada uno comprenda su papel en el mantenimiento de la labor.

Al adaptar los canales formales e informales a los próximos momentos políticos y prioridades institucionales, la actividad puede considerarse creíble y esencial para la práctica rutinaria.

Esta sección de la hoja de trabajo debe sintetizar las perspectivas de la matriz de apoyo escalador del paso 2 en un plan específico. Debe identificar a los actores prioritarios, esbozar cómo llegar a ellos y confirmar que los mensajes son sencillos, adaptados y alineados con las prioridades institucionales.

d. La ampliación vertical requiere **recursos** específicos. Las iniciativas piloto suelen depender de fondos externos o a corto plazo, pero la institucionalización depende de que los costos se ajusten a los presupuestos del gobierno y de los socios. La tarea clave es mostrar cómo los costos continuos de capacitación, supervisión, logística y suministros se ajustarán a los presupuestos existentes para salud, educación o bienestar social. El objetivo es pasar de un financiamiento temporal a una inversión estable, de modo que la actividad no esté expuesta a ningún ciclo de proyectos ni a cambios de donantes.

Esta sección debe producir un párrafo claro que responda a las cuatro preguntas siguientes:

- ¿Cuánto costará la expansión vertical?
- ¿Escalar puede reducir los costos o hacer que la prestación sea más eficiente?
- ¿Qué recursos hay ya disponibles?
- ¿Qué nuevos recursos se necesitan y a través de qué presupuestos o asociaciones se obtendrán?

e. Por último, planifique **el seguimiento y la evaluación (M&E)**. La ampliación vertical debe hacer un seguimiento tanto de los resultados como del progreso en la institucionalización. Los proyectos piloto se centran en el cambio de comportamiento y el uso de los servicios. A gran escala, el seguimiento también debe mostrar si la actividad se está incorporando a los sistemas, las políticas y los presupuestos, y si sigue dando resultados una vez incorporada. Por ejemplo, haga un seguimiento de si existen partidas presupuestarias específicas para imprimir recordatorios y si los supervisores registran que se han entregado recordatorios durante las visitas rutinarias.

Comience por preguntarse: *¿Cómo se supervisará y evaluará la ampliación vertical y qué indicadores son adecuados?* Esto puede implicar:

- **El seguimiento de los hitos de la institucionalización:** nuevas políticas, partidas presupuestarias, actualizaciones de la capacitación o simples indicadores añadidos a los registros rutinarios.

- **Supervisar los resultados a escala:** garantizar que se siguen obteniendo los resultados de comportamiento demostrados en la prueba piloto.
- **Utilizar las estadísticas de servicios existentes:** integrar los indicadores en los sistemas de presentación de informes rutinarios, de modo que el seguimiento sea sostenible y esté alineado con las prioridades del sector.
- **Complementar con estudios adicionales:** Investigación cualitativa rápida para identificar las barreras a medida que la actividad se convierte en rutinaria, y comprobaciones sencillas para ver si se está llevando a cabo según lo previsto y sigue obteniendo resultados.
- **Realizar correcciones de rumbo:** revisiones periódicas que utilicen los resultados para ajustar los planes cuando surjan obstáculos políticos, financieros o sistémicos.

La combinación de indicadores institucionales con datos sobre los resultados ayuda a confirmar que una actividad está anclada en sistemas que pueden sostenerla a lo largo del tiempo. Por ejemplo, si una iniciativa escolar sobre el lavado de manos mejoró la asistencia y los resultados en materia de higiene durante la fase piloto, escalar a nivel nacional también debería hacer un seguimiento de si el Ministerio de Educación ha incluido la promoción de la higiene en las listas de verificación de la supervisión escolar, los planes de formación del profesorado y los presupuestos anuales, lo que indicaría que la práctica se está convirtiendo en parte de la rutina.

Esta sección de la hoja de trabajo debe dar lugar a un párrafo claro que establezca el enfoque de seguimiento. Debe nombrar los indicadores clave de institucionalización que se van a medir, indicar cómo se comprobarán los resultados a escala y explicar cómo se incorporarán los resultados a las decisiones, de modo que las estrategias puedan ajustarse en tiempo real. El objetivo es elaborar un plan conciso que muestre tanto cómo se medirá la institucionalización como cómo se mantendrá la eficacia.

El plan de ampliación vertical ayuda a los ministerios, socios y financiadores a alinearse en las prioridades, establecer un orden realista de acciones y hacer un seguimiento del progreso a lo largo del tiempo. También aclara quién es responsable de los cambios de política, los presupuestos y el monitoreo, para que los compromisos se conviertan en una práctica habitual. El plan debe tratarse como un documento vivo y revisarse a intervalos fijos, con desencadenantes claros para corregir el rumbo si aparecen riesgos o retrasos.

Las herramientas de esta fase ayudan a poner a prueba la preparación, basar los esfuerzos de ampliación en evidencia y alineación, y establecer vías claras para la adaptación horizontal y la institucionalización vertical, convirtiendo los prometedores resultados piloto en un cambio duradero.

## ESTUDIO DE CASO:

# Aumento de la cobertura de vacunación infantil en el Líbano

Las herramientas mencionadas en este paso de la fase de escalar no fueron desarrolladas por el equipo original del proyecto. Este estudio de caso es un ejemplo recreado basado en datos y contexto reales del proyecto.

## Elección de las vías

Una vez establecida la preparación para escalar la intervención en el paso 1 y preparada la base en el paso 2, el equipo del proyecto se enfrentó a la decisión fundamental de cómo escalarla: expandirla a todos los entornos (ampliación horizontal) y, al mismo tiempo, integrarla en los sistemas (ampliación vertical). El mapa de apoyo de las partes interesadas sugería que ambas vías eran viables: los administradores de distrito y los actores comunitarios estaban preparados para la expansión, y el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) del Ministerio de Salud señaló su intención de institucionalizar el enfoque, a la espera de una breve implementación por fases.

El equipo planificó una ampliación en dos vías: una ampliación horizontal controlada a tres nuevas regiones con diferentes características geográficas y demográficas, junto con un proceso de integración vertical para incorporar la intervención en las políticas, los presupuestos y los sistemas de supervisión nacionales.

## Plan de ampliación horizontal — Parte I: Comparación entre la fase piloto y la ampliación.

El equipo confirmó quiénes seguían siendo fundamentales: los cuidadores como usuarios principales, los trabajadores sociales y los supervisores como ejecutores, y el PAI/UNICEF como facilitadores. Enumeraron los cambios previstos en el COM-B a escala:

- **Capacidad:** mayor proporción de cuidadores con bajo nivel de alfabetización en las zonas rurales, lo que requiere versiones ilustradas y multilingües de las tarjetas.
- **Oportunidad:** riesgo de distribución inconsistente en distritos sin canales de divulgación establecidos y dependencia de la supervisión estándar (no específica del proyecto).

## Plan de ampliación horizontal

Intervención: [Tarjeta recordatorio de cita](#)

Utilice este lienzo para planificar cómo se adaptará la intervención piloto a una escala horizontal, identificando a quién debe llegar, las barreras probables y los ajustes contextuales.

	Intervención piloto	Adaptación horizontal
<b>Quién</b> ¿Qué grupos o individuos son los principales usuarios o beneficiarios? ¿Quién más debe participar?	Usuarios/beneficiarios primarios: Cuidadores de niños no vacunados o insuficientemente vacunados, principalmente en hogares vulnerables.	Otros agentes implicados: Trabajadores de divulgación que reparten tarjetas postales, supervisores que controlan la fidelidad, Ministerio de Sanidad que aprueba el diseño, UNICEF que proporciona apoyo técnico.
<b>Posibles nuevas barreras (utilizando COM-B)</b> ¿Qué barreras de capacidad, oportunidad o motivación se abordaron en el proyecto piloto? ¿Qué barreras adicionales o diferentes pueden aparecer en nuevos contextos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Capacidad:</b> Los cuidadores carecían de capacidad de planificación (olvidaban las fechas).</li> <li>• <b>Motivación:</b> Poca relevancia</li> <li>• <b>Oportunidad:</b> Débiles indicaciones para asistir a las clínicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Capacidad:</b> los grupos con mayor nivel de alfabetización pueden ignorar los elementos visuales, mientras que los grupos con menor nivel de alfabetización pueden necesitar una mayor adaptación pictórica.</li> <li>• <b>Oportunidad:</b> La distribución puede ser inconsistente si la cadena de suministro es débil.</li> <li>• <b>Motivación:</b> La novedad puede desaparecer si no se renuevan los postales; las prioridades contrapuestas en los hogares pueden reducir la motivación para actuar.</li> </ul>
<b>Ubicación</b> ¿Dónde se llevó a cabo el proyecto piloto y en qué condiciones locales? ¿Dónde tendrá lugar la expansión y qué factores contextuales deben tenerse en cuenta?	Implementado en comunidades seleccionadas de bajos recursos con una fuerte presencia de divulgación, durante una campaña de vacunación a corto plazo.	Planificada para la vacunación sistemática en zonas urbanas, periurbanas y rurales. Los factores contextuales incluyen tasas de alfabetización variables, poblaciones móviles/migrantes y diferentes niveles de confianza en los servicios sanitarios gubernamentales.

	Plan de ampliación horizontal	
<b>Difusión y promoción</b> ¿Quiénes son los principales responsables de la toma de decisiones y las personas influyentes? ¿Cómo se comunicará la innovación? ¿Son los mensajes claros y adaptados a la audiencia?	<b>Responsables clave y personas influyentes:</b> Responsables del Ministerio de Sanidad, organismos donantes, directores de salud de distrito, supervisores de divulgación. <b>Adaptación:</b> Utilizar formatos multilingües e ilustrados para los cuidadores; hacer hincapié en la rentabilidad y la equidad para los responsables políticos/donantes.	<b>Enfoque de la comunicación:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Responsables políticos:</b> informes políticos con resultados costo-beneficio.</li> <li>• <b>Donantes:</b> presentaciones de dispositivos que muestren la equidad y la rentabilidad.</li> <li>• <b>Trabajadores de proximidad:</b> formación sencilla/ayudados para el trabajo.</li> <li>• <b>Comunidades:</b> historias de interés humano y demostraciones locales.</li> </ul>
<b>Costes y recursos</b> ¿Cuánto costará la expansión? ¿Puede la escalada reducir los gastos? ¿Puede ser más eficiente la prestación de servicios?	<b>Costes del proyecto piloto:</b> 0.20 dólares por postal, menos de 10.000 dólares en total para 10.000 hogares. <b>Estimación de escalado:</b> Impresión de 500.000 postales al año (= 100.000 dólares - con posibles descuentos por impresión al por mayor). <b>Recursos necesarios:</b> Financiación para la impresión y reposición, integración con la logística de suministro de vacunas y pequeños módulos de formación. <b>Eficiencia:</b> Probables economías de escala, especialmente si se agrupan con los envíos de vacunas y se adquieren a nivel nacional.	
<b>Seguimiento y evaluación</b> ¿Cómo se supervisará la escalada y si se siguen consiguiendo los resultados previstos en el proyecto piloto?	<b>Métodos de seguimiento:</b> Los supervisores comprueban la distribución de las postales durante las visitas de divulgación. Los registros de inmunización rutinarios hacen un seguimiento de la aceptación y la finalización. Las encuestas a los cuidadores en los hogares reflejan el recuerdo y la utilidad. Plantillas de seguimiento de costes para adquisiciones y logística.	<b>Criterios de éxito:</b> (1) Aumento de más de 5 puntos porcentuales en la finalización puntual de la vacunación en diversos contextos; (2) Fidelidad del 80% (targetos postales rellenados y entregados correctamente); (3) reducción de la brecha de equidad entre poblaciones vulnerables y no vulnerables; (4) coste estable por niño vacunado adicional (menos de 10 \$).

- **Motivación:** la novedad podría desvanecerse si el diseño de las tarjetas no cambiaba.

También señalaron las diferencias contextuales entre el sitio piloto y los nuevos sitios. El piloto original se llevó a cabo en un distrito urbano durante un periodo de campaña intensiva, mientras que escalar implicó la entrega rutinaria durante todo el año en tres nuevas regiones, incluidas zonas remotas y periurbanas con una cobertura de transporte y personal más limitada.

## Plan de ampliación horizontal – Parte II: Difusión, recursos y seguimiento

El plan trajo la comparación en acción. Se preveía que los directores de distrito recibieran un informe conciso sobre «por qué esto, por qué ahora», los supervisores realizarían una breve práctica durante la reunión mensual y las clínicas utilizarían una sencilla ayuda visual para mostrar la tarjeta postal a los cuidadores. Los costos y los recursos se incluyeron directamente en el plan, incluido un contrato de impresión para mantener el costo unitario por debajo de veinte centavos y un requisito inicial de aproximadamente 150,000 tarjetas para las tres primeras regiones. La distribución se basó en los envíos de vacunas existentes en tres regiones con diferentes

estructuras de divulgación, y la práctica se incorporó a las sesiones de actualización rutinarias de dos horas.

El seguimiento se mantuvo deliberadamente sencillo y vinculado a los sistemas rutinarios, con cuatro indicadores especificados y umbrales para comparar el rendimiento en las tres regiones e identificar dónde podría ser necesaria una adaptación. (Esto se consideró como una fidelidad igual o superior al 80 % de cumplimiento correcto, un aumento de las dosis puntuales de al menos cinco puntos porcentuales en relación con los distritos emparejados, una reducción de los vacíos para las familias marginadas y un costo por niño adicional totalmente vacunado inferior a diez dólares). Se registró una única puerta de decisión en lenguaje sencillo: no ampliar más a menos que al menos dos de las tres regiones cumplieran todos los umbrales después de dos trimestres; de lo contrario, pausar, corregir y volver a evaluar.

## Plan de ampliación vertical: selección de la vía

Paralelamente, el equipo seleccionó las rutas verticales del plan: integración de políticas en el PAI, integración a nivel de servicios mediante procedimientos operativos estándar, formularios de supervisión y pedidos, junto con la institucionalización mediante una circular

### Plan de ampliación vertical

Intervención: Tarjeta recordatorio de cita

#### Tipo de escalado

Integración política en un programa existente - Integrar la intervención en un programa, servicio o marco político establecido.

Integración a nivel de servicio - Incorporar la intervención a las plataformas de prestación de servicios habituales (por ejemplo, añadiéndola a los protocolos de los trabajadores sanitarios o a los planes de estudios escolares).

Institucionalización - Hacer que la intervención forme parte de procedimientos operativos estándar, directrices o descripciones de puestos de trabajo, con líneas presupuestarias específicas.

Categoría de cambio	Cambio necesario	Describe los cambios específicos necesarios
Política	Si	Las postales deben incluirse en las directrices operativas de vacunación del Ministerio de Sanidad y en las políticas de generación de demanda.
Compromiso político	Si	Los ministros y altos funcionarios deben respaldar y defender las tarjetas postales como prioridad nacional.
Cambio jurídico	No	No es necesario.
Reglamentos, normas, directrices	Si	Añadir postales a los POE de inmunización, las listas de comprobación de la supervisión y las plantillas de informes.
Financiación y presupuestos	Si	Asegurar una línea presupuestaria específica para el diseño, la impresión y la distribución de postales.
Logística	Si	Integrar el suministro de postales con las cadenas de distribución de vacunas existentes.
Sistemas de gestión de la información	Por definir	Puede necesitar pequeños ajustes para registrar la distribución de postales y hacer un seguimiento de la fidelidad.
Supervisión	Si	Los supervisores deben incluir el uso de tarjetas postales en las visitas de supervisión estándar.
Evaluación del personal, incentivos al rendimiento	Por definir	La entrega de postales puede estar vinculada a los resultados de las actividades de divulgación, pero es necesario evaluar este aspecto.
Planes y enfoques de formación	Si	Añadir postales a los módulos de formación de los trabajadores de divulgación y a las sesiones de actualización.
Cambios en el personal sanitario	No	No se necesita personal nuevo; se utiliza el existente.
Material de información, educación y comunicación	Si	Las tarjetas postales deben llevar los logotipos del Ministerio de Sanidad y UNICEF, estar traducidos a varios idiomas y adaptados gráficamente a los grupos con bajo nivel de alfabetización.
Otros	Si	Debe establecerse un mecanismo de rediseño periódico (para evitar la fatiga del mensaje).

#### Difusión

- **Responsables de la toma de decisiones:** Ministerio de Sanidad, UNICEF, OMS, directores de distrito.
- **Enfoque:** Resúmenes de políticas y de costes para el Ministerio de Sanidad y los donantes; aprendizaje entre iguales para los directores; ayudas para el trabajo para los trabajadores; resúmenes de evidencias y seminarios virtuales para los multiplicadores.
- **Mensaje:** Bajo coste, mejora de la equidad, fácil de integrar.

#### Costes y recursos

- **Costes:** A escala, 0,20 \$ por postal; 500.000 postales anuales (= 100.000 \$).
- **Eficiencia:** Se pueden conseguir economías de escala con la impresión a granel y la agrupación con envíos de vacunas.
- **Recursos necesarios:** Cofinanciación de donantes en las primeras fases; transición eventual a la línea presupuestaria del Ministerio de Sanidad. Expertos en comunicación para adaptar el diseño.

#### Seguimiento y evaluación

- **Seguimiento:** Los supervisores comprueban el uso de las tarjetas postales; los datos de inmunización hacen un seguimiento de la aceptación y la puntualidad; las encuestas puntuales evalúan el recuerdo de los cuidadores.
- **Indicadores clave:** % de postales distribuidas correctamente; % de aumento de la vacunación a tiempo; reducción de la brecha de equidad; costopor niño adicional vacunado.
- **Evaluación:** Cuasi-experimentos para evaluar el impacto en la aceptación de la vacunación.

ministerial, una partida presupuestaria del PAI y un módulo de capacitación. Se señaló que no era necesario un cambio legislativo para su adopción inmediata.

### Plan de ampliación vertical: categorías de cambio

Cada categoría de cambio se refiere a una parte específica del sistema que debe ajustarse para que la intervención se convierta en rutinaria, como la política, el financiamiento, la logística, la capacitación, la supervisión o los sistemas de información. A cada una se le asignó un responsable y un documento o proceso correspondiente para actualizar.

**Las políticas y directrices** requerían una circular ministerial y revisiones de las directrices operativas del PAI para formalizar el uso de las tarjetas postales en la inmunización rutinaria. **El financiamiento** exigía la creación de una partida presupuestaria específica para el PAI, inicialmente financiada con fondos de donantes y posteriormente absorbida por el financiamiento nacional. La logística requirió un código de pedido para las tarjetas de recordatorio, que se incluyeron en los envíos de vacunas, y recuentos trimestrales de las existencias de los distritos. **La capacitación** añadió un breve módulo sobre el uso de las tarjetas postales a los materiales de actualización en el servicio y previos al servicio. **La supervisión** integró una casilla para marcar el correcto llenado de las tarjetas postales en los formularios de visitas mensuales y el reconocimiento a los equipos de alto rendimiento. **Los sistemas de información** siguieron siendo ligeros, utilizando los indicadores de inmunización existentes para seguir los progresos, mientras que se añadió un sencillo calendario para el rediseño periódico de las tarjetas postales con el fin de mantener el interés de los usuarios a lo largo del tiempo.

### Plan de ampliación vertical: toma de decisiones y difusión

La difusión de las decisiones verticales siguió el plan al pie de la letra. Los responsables del PAI recibieron un informe de dos páginas y una breve presentación de decisiones, mientras que una visita discreta al lugar precedió a la presentación ante el Grupo Técnico Asesor Nacional de Inmunización. No se preparó nada: un cuidador mostró la postal en casa y una enfermera leyó en voz alta la siguiente fecha que ya estaba escrita. Las solicitudes al Ministerio fueron concretas y específicas: emitir la circular, activar la partida presupuestaria, añadir la casilla de supervisión y activar el código de pedido. El NITAG lo aprobó y la circular se firmó la semana siguiente.

## Más información:

Esta guía de campo presenta herramientas prácticas para ayudar a los equipos a evaluar la preparación, generar apoyo y planificar para escalar. Sin embargo, escalar es un campo complejo en sí mismo, que se basa en perspectivas de la ciencia de la implementación, el cambio de sistemas, la economía política y la gestión organizativa. Ninguna guía puede abarcar todas las perspectivas, lecciones o estrategias disponibles. Por ese motivo, esta sección señala recursos adicionales para aquellos que deseen profundizar, ya sea para explorar con más detalle los marcos presentados aquí o para ampliar su comprensión de los desafíos y enfoques para escalar.

### «Quiero comprender mejor el efecto voltaje de John List».

Este libro detalla las posibles «caídas de voltaje» que se producen cuando las intervenciones que parecen sólidas en una prueba piloto pierden eficacia o rentabilidad al escalar (véase el apéndice 1 para más detalles).

### «Quiero una verificación rápida y estructurada de la escalabilidad antes de invertir».

[La herramienta de evaluación de la escalabilidad de las intervenciones \(ISAT\) de Milat et al.](#) ofrece a los responsables políticos y a los encargados de la implementación una lista de verificación práctica para evaluar la preparación para escalar en ámbitos como la solidez de la evidencia, los costos, la fidelidad y el contexto.

### Quiero complementar la fase de escalado de DEPTHS con otra alternativa para escalar.

[OMS/ExpandNet: Nueve pasos para desarrollar una estrategia de escalar](#) es una hoja de ruta probada sobre el terreno que abarca qué escalar, quién lo adoptará, las necesidades de recursos, las asociaciones y el seguimiento. Combínala con [ExpandNet: Comenzar con el fin en mente](#) para diseñar proyectos piloto que tengan en cuenta la escalabilidad futura (presupuestos, funciones y sistemas de datos) desde el primer día.

Otra opción es el [kit de herramientas de ampliación de BehaviourWorks](#), que ayuda a los equipos a trazar un mapa de los elementos básicos frente a los adaptables, planificar las vías de adopción, anticipar las caídas

de tensión y elegir las tácticas de ampliación (por ejemplo, implantación por etapas, nuevos canales). Es un buen puente operativo entre el plan de ampliación horizontal y el plan de ampliación vertical.

### «Quiero marcos de implementación sólidos para comprender el contexto antes de la implementación».

Los equipos pueden utilizar el [CFIR \(Marco Consolidado para la Investigación de la Implementación\)](#), que ayuda a identificar las barreras y los facilitadores de la intervención, junto con el entorno, las personas y los procesos involucrados. [El EPIS \(Exploración, Preparación, Implementación, Sostenibilidad\)](#) añade una visión por fases y «factores de puente» entre los sistemas y los servicios. Para los equipos ocupados, utilicen el CFIR para estructurar su registro de riesgos/supuestos y el EPIS para planificar cuándo y cómo se producirán las adaptaciones.

### «Necesito diseñar adaptaciones sin perder la esencia».

[El proceso de adaptación dinámica \(DAP\)](#) muestra cómo planificar y documentar las adaptaciones mientras se protegen las funciones esenciales. Es útil cuando su plan de adaptación horizontal requiere cambios en los idiomas, los canales o los modelos de dotación de personal.

### «Quiero planificar para un ajuste a largo plazo, no solo para el lanzamiento».

El [Marco de Sostenibilidad Dinámica \(DSF\)](#) sostiene que el contexto cambia y, por lo tanto, también deben hacerlo las intervenciones. Úselo para establecer ciclos de mejora ligeros y continuos (por ejemplo, revisiones trimestrales de fidelidad y resultados) durante el escalamiento, de modo que la intervención siga siendo eficaz a medida que cambian las condiciones.

### «Quiero hacer un seguimiento y comunicar un valor público más amplio».

El modelo de beneficios de [la ciencia traslacional](#) ayuda a documentar los beneficios comunitarios, clínicos, económicos y políticos más allá del

tamaño del efecto principal. Es útil para informar a los donantes, justificar presupuestos y elaborar informes políticos durante la ampliación vertical.

## «Necesito convertir la evidencia en decisiones y productos».

[El Marco de Utilización de la Investigación de FHI 360](#) traza una ruta práctica desde la evidencia hasta la acción: mapeo de las partes interesadas, diseño de productos e institucionalización. Para la redacción y la planificación, el [Kit de Herramientas de Traducción de la Investigación del PRB](#) ofrece plantillas para informes de políticas, planes de las partes interesadas y hojas de ruta de la investigación a

la acción. El [Marco de Difusión de la Investigación de Valor Agregado](#) ofrece una visión sencilla y completa de cómo presentar y compartir los resultados para que se utilicen.

UNICEF también ofrece una sólida base de conocimientos y recursos internos para apoyar el escalar. El personal con experiencia directa, junto con documentos y orientaciones internos, está disponible para ayudar a los equipos a superar esta etapa. Aprovechar estos activos puede hacer que escalar sea más factible, especialmente teniendo en cuenta que a menudo es la parte más compleja de la aplicación de las ciencias del comportamiento en la práctica.

RECURSOS	QUÉ OFRECE Y CÓMO ES ÚTIL PARA ESCALAR
<b>Orientación sobre programas de cambio social y de comportamiento (SBC): todas las herramientas</b> ( <a href="#">Orientación de UNICEF sobre SBC</a> )	Conjunto de orientaciones internas, documentos marco y herramientas para el cambio social y de comportamiento. Ayuda a diseñar, implementar y repetir programas de cambio de comportamiento, lo que resulta útil a la hora de escalar para garantizar un enfoque y una calidad coherentes.
<b>Recursos para la investigación sobre la implementación</b> ( <a href="#">UNICEF</a> )	Orientación práctica y estudios de caso sobre cómo utilizar la investigación sobre la implementación (IR) para adaptar y escalar las intervenciones en entornos reales. Útil para identificar barreras, probar adaptaciones e informar sobre la ampliación sostenible.
<b>Escalar la protección infantil: un marco</b> ( <a href="#">volúmenes 1 y 2</a> )	Proporciona una hoja de ruta conceptual y práctica para escalar programas, políticas y servicios en materia de protección infantil. Los pasos incluyen la creación de consenso, la evaluación de la escalabilidad, la estrategia para escalar, la implementación, el seguimiento y la adaptación.
<b>Compendio de investigación sobre la implementación</b> ( <a href="#">UNICEF</a> )	Recopilación de estudios de caso de nueve países que muestran cómo la investigación sobre la implementación (IR) ayuda en entornos reales, especialmente para la adaptación y para escalar.
<b>Escalar la innovación para todos los niños</b> ( <a href="#">UNICEF</a> )	Principios y orientación del Grupo de Innovación de UNICEF para escalar las innovaciones, en particular las digitales, dentro del ecosistema de UNICEF.
<b>Herramientas y ética para la aplicación de perspectivas del comportamiento: kit de herramientas básico</b> ( <a href="#">Cumbre del Conocimiento de UNICEF</a> )	Ética y herramientas para la aplicación de perspectivas del comportamiento. Útil para garantizar que escalar se realice de manera responsable y que, a medida que aumenta el alcance, se gestione cualquier riesgo de daño, resultados no deseados o aplicación incorrecta.

# Anexos

## Apéndice 1: Cinco caídas de voltaje según John List<sup>27</sup>

SIGNO VITAL	QUÉ SIGNIFICA	EJEMPLO
<b>falsos positivos</b>	El programa piloto parecía eficaz, pero el resultado no era real ni replicable en primer lugar.	Con DARE (Educación para la Resistencia al Abuso de Drogas), los primeros programas piloto escolares informaron de cambios alentadores en las actitudes y las intenciones, y el programa se extendió a miles de escuelas. Estudios independientes posteriores que hicieron un seguimiento del comportamiento real encontraron poca o ninguna reducción en el consumo de drogas y, en algunos casos, pequeños efectos contraproducentes. El «éxito» inicial provino de medidas a corto plazo y autoinformadas que no se mantuvieron cuando se evaluaron grupos más grandes y seguimientos más largos. La lección es que hay que confirmar los resultados con datos reales y replicables antes de proceder a una implantación generalizada.
<b>Representatividad de la población</b>	El programa piloto funcionó para una población de muestreo, que es muy diferente de la población a gran escala.	Un plan de estudios preescolar en un suburbio de Chicago aumentó las calificaciones de las pruebas, más en las familias hispanas que en las familias blancas o afroamericanas, en parte porque los hogares hispanos en ese entorno eran más a menudo multigeneracionales, con abuelos que podían ayudar cuando los padres no estaban disponibles. Si el equipo hubiera escalado de forma indiscriminada, habría invertido en exceso en los grupos que se beneficiaban menos; por lo tanto, saber para quién funcionaba la intervención habría orientado la selección de los destinatarios y la adaptación.
<b>Efectos secundarios</b>	Si una intervención afecta a grupos distintos de los sometidos a muestreo, el impacto a escala no será el mismo que el impacto en la prueba inicial.	Se observaron efectos secundarios positivos en un caso de preescolar, en el que los niños que no estaban matriculados mejoraron al jugar con sus compañeros que sí lo estaban; escalar habría amplificado el impacto.
<b>Lado de la oferta</b>	Incluso si los beneficios persisten a gran escala, las «deseconomías de escala» pueden provocar una caída de tensión si la expansión del programa hace que los costos aumenten de manera desproporcionada.	Un equipo planificó los costos y la capacidad de ejecución a medida que se desarrollaba la intervención, diseñando deliberadamente el plan de estudios de Chicago Heights para que las comunidades normales que dependían de maestros «normales» pudieran llevar a cabo la intervención. Esto hizo que el modelo fuera más escalable desde el punto de vista financiero y operativo.

27 List, J.A. Optimally generate policy-based evidence before scaling. *Nature* 626, 491–499 (2024). <https://doi.org/10.1038/s41586-023-06972-y>

SIGNO VITAL	QUÉ SIGNIFICA	EJEMPLO
<b>Representatividad del contexto</b>	La intervención funcionó en una situación particular que era demasiado diferente del mundo a gran escala.	El programa para la primera infancia tuvo éxito con un número limitado de maestros excelentes, pero contratar a 30,000 maestros de este tipo no habría sido factible. Del mismo modo, Early Head Start tuvo dificultades cuando los padres con tiempo libre, su ingrediente clave, dejaron de estar disponibles. En resumen, la situación que permitió el éxito del programa piloto no se habría podido escalar.

**Apéndice 2:** Dimensiones operativas que suelen fallar al escalar.

Los programas piloto suelen funcionar porque se benefician de un financiamiento adicional, supervisión o condiciones ideales que ya no existen cuando se escala. En la tabla siguiente se enumeran las áreas operativas que suelen fallar en condiciones normales, desde la dotación de personal y la formación hasta los suministros, los datos y el acceso a la comunidad. Revisar estas áreas ayuda a detectar dónde no se pueden dar por sentadas las ventajas de un programa piloto y dónde será necesario realizar ajustes para que escalar sea posible.

DIMENSIÓN OPERATIVA	CONSIDERACIONES
<b>Personal y carga de trabajo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuántos empleados hay de guardia por sesión?</li> <li>• ¿Quién realiza cada tarea (enfermeras, administrativos, trabajadores sociales)?</li> <li>• Bajas por enfermedad habituales o personal que abandona el puesto, y cómo se cubren los vacíos</li> <li>• Tiempo protegido frente a tareas concurrentes</li> <li>• Tiempo necesario para cada tarea</li> <li>• Turnos y reglas sobre horas extras</li> <li>• Fiabilidad de los voluntarios</li> <li>• Cualquier limitación en lo que se permite hacer a cada función</li> <li>• Rapidez con la que se pueden contratar sustitutos</li> </ul>

*La tabla continúa en la página siguiente.*

DIMENSIÓN OPERATIVA	CONSIDERACIONES
<b>Formación e incorporación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Duración y estilo de la capacitación (en el aula o en el trabajo)</li> <li>• Tiempo de práctica y qué se considera aprobado</li> <li>• Número de formadores por grupo</li> <li>• Idiomas utilizados y si los materiales son fáciles de leer</li> <li>• Quién capacita a quién (equipo central o supervisores locales)</li> <li>• Frecuencia de los cursos de actualización</li> <li>• Ayudas para el trabajo proporcionadas</li> <li>• Cómo se pone al día al personal nuevo o rotatorio</li> <li>• Si la capacitación se adapta a las reuniones periódicas del personal y a los presupuestos</li> </ul>
<b>Supervisión y control de calidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con qué frecuencia visitan los supervisores y durante cuánto tiempo</li> <li>• Cuántos empleados tiene cada supervisor</li> <li>• Herramientas utilizadas por el personal (listas de verificación sencillas, formularios de observación) y cómo se proporciona la retroalimentación</li> <li>• Cómo se plantean los problemas, quién los plantea y con qué rapidez se solucionan</li> <li>• Cuántas sesiones se observan</li> <li>• Si se dispone de tutoría o apoyo entre compañeros</li> <li>• Si realmente se lleva a cabo la supervisión, teniendo en cuenta el tiempo de desplazamiento y la carga de trabajo</li> </ul>
<b>Patrón de prestación de servicios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Días y horas de apertura de las clínicas</li> <li>• Con qué frecuencia se realizan actividades de divulgación y cómo se planifican</li> <li>• Duración habitual de una sesión y si comienza a la hora prevista</li> <li>• Flujo de clientes (horas punta, colas, vía rápida para niños muy pequeños)</li> <li>• Tasas de citas y de ausencias</li> <li>• Qué servicios se ofrecen conjuntamente (por ejemplo, controles del crecimiento infantil con vacunas)</li> <li>• Conflictos con otros eventos, como campañas o días de mercado</li> <li>• Cambios estacionales en la demanda</li> </ul>

La tabla continúa en la página siguiente.

DIMENSIÓN OPERATIVA	CONSIDERACIONES
<b>Carga de trabajo y cobertura</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número promedio de clientes por día o sesión</li> <li>• Proporción de visitas nuevas frente a visitas recurrentes.</li> <li>• Tamaño y extensión de la zona de influencia</li> <li>• Temporadas altas</li> <li>• Descenso entre dosis</li> <li>• Número de personas que requieren seguimiento cada semana</li> <li>• Objetivos de cobertura y tendencias recientes</li> <li>• Vacíos entre barrios o grupos</li> <li>• Frecuencia con la que se actualizan las listas de objetivos y su precisión</li> </ul>
<b>Suministros y logística</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quién prevé las necesidades y cómo</li> <li>• Frecuencia de las entregas y tiempos de espera habituales</li> <li>• Espacio de almacenamiento en habitaciones y en refrigeradores o congeladores</li> <li>• Cómo se controla la temperatura</li> <li>• Niveles de existencias de reserva acordados</li> <li>• Con qué frecuencia se agotan los artículos y durante cuánto tiempo</li> <li>• El desperdicio y si se utilizan primero las existencias con fecha de caducidad más próxima</li> <li>• Si los artículos vienen en juegos completos (jeringas, cajas de seguridad, algodón, guantes)</li> <li>• Seguridad y orden en el almacenamiento</li> <li>• Precisión de los registros de existencias</li> </ul>

*La tabla continúa en la página siguiente.*

DIMENSIÓN OPERATIVA	CONSIDERACIONES
<b>Transporte y acceso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempo de desplazamiento a los lugares de distribución</li> <li>• Si hay vehículos disponibles y cómo se reservan</li> <li>• Normas y presupuestos sobre combustible</li> <li>• Averías y mantenimiento</li> <li>• Problemas relacionados con las carreteras y las condiciones meteorológicas</li> <li>• Fiabilidad del transporte público</li> <li>• Puestos de control o paradas de seguridad</li> <li>• Opciones de respaldo, como motocicletas o autos de alquiler</li> <li>• Costo y permisos necesarios para los viajes</li> </ul>
<b>Datos y TI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fuente principal de datos (registro en papel, recuento simple, registro electrónico) y cómo avanza a través del sistema</li> <li>• Frecuencia con la que se envían los informes y si llegan a tiempo y completos</li> <li>• Cuántas personas comparten un dispositivo</li> <li>• Cobertura de red y opciones sin conexión</li> <li>• Problemas de carga y batería</li> <li>• Quién ayuda cuando los dispositivos o el software fallan, y con qué rapidez</li> <li>• Errores comunes (confusiones de nombres, registros duplicados)</li> <li>• Cómo se siguen las normas de permiso y privacidad</li> <li>• Quién accede a los paneles de control y cómo se utilizan en las reuniones</li> </ul>
<b>Pagos e incentivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normas y tarifas para dietas diarias, comidas o viajes</li> <li>• Tiempo de aire o datos para llamadas telefónicas o mensajes</li> <li>• Cualquier bonificación por rendimiento, en qué se basa y con qué rapidez se paga</li> <li>• Remuneraciones para voluntarios u otros reconocimientos</li> <li>• Si el personal considera que los pagos son justos</li> <li>• La duración del trámite burocrático, desde la solicitud hasta el pago</li> <li>• La seguridad de la fuente de financiamiento</li> </ul>

La tabla continúa en la página siguiente.

DIMENSIÓN OPERATIVA	CONSIDERACIONES
<b>Canales de comunicación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Métodos oficiales para compartir las decisiones (memorandos, circulares, reuniones periódicas) y cuánto tiempo tarda el personal de primera línea en enterarse de los cambios</li> <li>• Canales informales (grupos de WhatsApp) y quién los modera</li> <li>• Canales comunitarios (radio local, anuncios municipales, grupos religiosos)</li> <li>• Si los mensajes son fáciles de leer y están escritos en los idiomas correctos Cómo llegan los comentarios del personal de primera línea a los directivos</li> <li>• Cómo se detectan y se abordan los rumores</li> </ul>
<b>Adquisiciones y finanzas.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuánto tiempo se tarda en comprar material de impresión, equipos de protección, material de oficina o piezas para refrigeradores</li> <li>• Si existen acuerdos permanentes con los proveedores o si se trata de compras puntuales</li> <li>• Quién aprueba cada importe y cuánto tiempo se tarda</li> <li>• Límites para pequeños gastos en efectivo</li> <li>• Prohibiciones de gasto al final de un trimestre o año</li> <li>• Fiabilidad de los proveedores y pagos atrasados</li> <li>• Riesgos cambiarios o de inflación</li> <li>• Exenciones fiscales o arancelarias</li> <li>• Trámites necesarios para las verificaciones financieras</li> </ul>
<b>Política y gobernanza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué aprobaciones se necesitan (notificación ministerial, autorización del grupo técnico, ética si es necesario)?</li> <li>• Si los planes se ajustan a las directrices y procedimientos escritos actuales</li> <li>• Cualquier norma que limite la posibilidad de compartir datos o el consentimiento</li> <li>• Quién decide a nivel nacional, distrital y de las instalaciones</li> <li>• Cómo funciona la rendición de cuentas</li> <li>• Con qué frecuencia se realizan las inspecciones o controles</li> <li>• Alineación con las normas de los socios (ONU/ONG)</li> </ul>

La tabla continúa en la página siguiente.

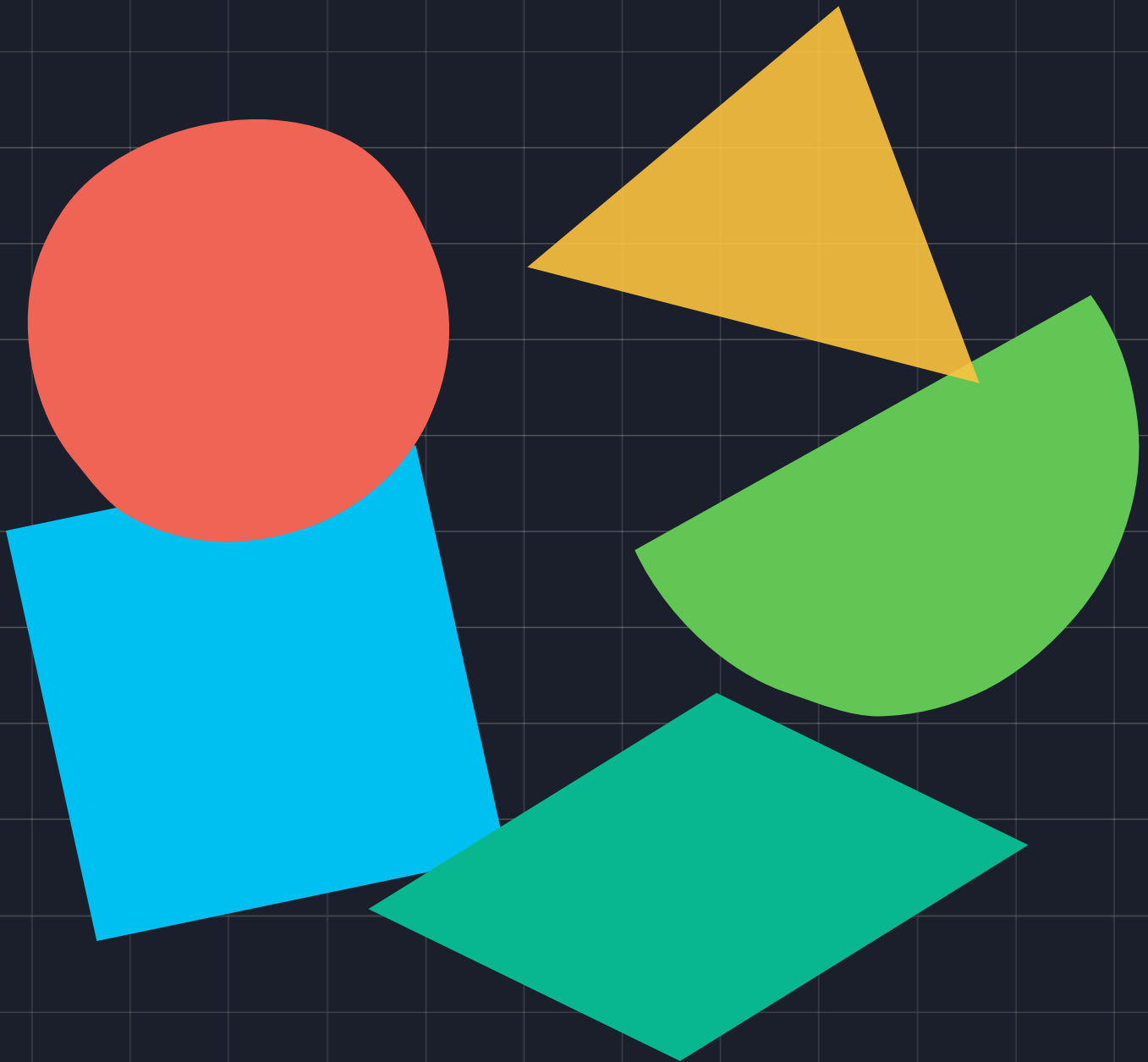
DIMENSIÓN OPERATIVA	CONSIDERACIONES
<b>Medio ambiente y seguridad (si procede)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toques de queda o restricciones de movimiento</li> <li>• Patrones de conflicto o violencia</li> <li>• Temporadas de desastres (inundaciones, tormentas, calor extremo) y planes de respaldo</li> <li>• Rutas seguras para la divulgación</li> <li>• Seguro o cobertura de riesgos</li> <li>• Aceptación de la comunidad y posibles reacciones adversas</li> <li>• Estrés y apoyo al personal</li> <li>• Existencias de contingencia y opciones de almacenamiento en frío móvil</li> </ul>
<b>Limitaciones de equidad o acceso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idiomas y niveles de alfabetización</li> <li>• Acceso para personas con discapacidad (rampas, señales, ayudas para la comunicación)</li> <li>• Normas de género que afectan a la asistencia o la toma de decisiones</li> <li>• Tiempo y costos de desplazamiento para los cuidadores</li> <li>• Necesidad de documentos de identidad y quiénes carecen de ellos</li> <li>• Estatus de los refugiados o migrantes y sus derechos</li> <li>• Calendarios culturales o religiosos</li> <li>• Riesgos de estigmatización o discriminación</li> <li>• Soluciones personalizadas, como intérpretes, horarios flexibles o privacidad durante las visitas</li> </ul>

## Recursos:

1. Al-Ubaydli, Omar, and John A. List. 2022. "Scaling for results in development: Option C thinking." *Issues in Science and Technology* 38 (4). <https://issues.org/scaling-option-c-al-ubaydli-list/>
2. Al-Ubaydli, Omar, and John A. List. 2023. "Scaling for impact: The road ahead." *Issues in Science and Technology*. <https://issues.org/scaling-option-c-al-ubaydli-list/>
3. BehaviourWorks Australia. n.d. "Chapter 12: Making the most of an effective intervention." <https://www.behaviourworksaustralia.org/the-method-book/chapter-12-making-the-most-of-an-effective-intervention>
4. Centre for Economic and Social Studies (CESS), V. Reddy, and N. Jayakumar. 2011. Financing the WASH sector in India: Cost of provision and budget allocations (WASHCost Working Paper No. 12; CESS Working Paper No. 100).
5. Crider, Yoshika, Miki Tsuchiya, Magnifique Mukundwa, Isha Ray, and Amy J. Pickering. 2023. "Adoption of point-of-use chlorination for household drinking water treatment: A systematic review." *Environmental Health Perspectives* 131. <https://doi.org/10.1289/EHP10839>
6. Damschroder, Laura J., David C. Aron, Rosalind E. Keith, Susan R. Kirsh, Jeffery A. Alexander, and Julie C. Lowery. 2009. "Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science." *Implementation Science* 4 (1): 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
7. Karunamoorthi, K. 2014. "The counterfeit anti-malarial is a crime against humanity: A systematic review of the scientific evidence." *Malaria Journal* 13: 209. <https://doi.org/10.1186/1475-2875-13-209>
8. List, John A. 2024. "Optimally generate policy-based evidence before scaling." *Nature* 626: 491–499. <https://doi.org/10.1038/s41586-023-06972-y>
9. List, John A., F. Momeni, A. Peysakhovich, and D. Suskind. 2023. "A behavioral framework for scaling." *Nature* 624: 85–90. <https://www.nature.com/articles/s41586-023-06972-y>
10. List, John A., F. Momeni, and Yves Zenou. 2023. "The voltage effect in scaling." *Nature* 623: 963–970. <https://doi.org/10.1038/s41586-023-06972-y>
11. Luke, Douglas A., Ana A. Baumann, Benjamin J. Carothers, John Landsverk, Enola K. Proctor, and Aurelio J. Figueredo. 2018. "Forging a link between mentoring and capacity building in implementation science." *Translational Behavioral Medicine* 8 (4): 652–659. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibx071>
12. Milat, Andrew J., Kirsten Lee, Katy Conte, Alethea Grunseit, and Luke Wolfenden. 2020. *Intervention Scalability Assessment Tool (ISAT): A decision support tool for health policy makers and implementers*. Sydney: Centre for Epidemiology and Evidence, NSW Ministry of Health. <https://www.health.nsw.gov.au/research/isat>
13. Ogutu, E. A., A. S. Ellis, K. A. Hester, K. Rodriguez, Z. Sakas, C. Jaishwal, C. Yang, S. Dixit, A. S. Bose, M. Sarr, W. Kilembe, R. Bednarczyk, and M. C. Freeman. 2024. "Success in vaccination programming through community health workers: A qualitative analysis of interviews and focus group discussions from Nepal, Senegal and Zambia." *BMJ Open* 14 (4): e079358. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-079358>
14. Patient-Centered Outcomes Research Institute (PCORI). n.d. "Dissemination and implementation framework and toolkit." <https://www.pcori.org/implementation-evidence/putting-evidence-work/dissemination-and-implementation-framework-and-toolkit>

15. Sanders, Michael, Veerle Snijders, Michael Hallsworth, and Eamonn Kirkman. 2021. "Scaling: A behavioural science perspective on scaling up behavioural insights interventions." OSF Preprints. [https://osf.io/preprints/osf/scd3k\\_v1](https://osf.io/preprints/osf/scd3k_v1)
16. United Nations Development Programme (UNDP). 2013. Guidance note: Scaling up development programmes. New York: UNDP. <https://www.undp.org/publications/guidance-note-scaling-development-programmes>
17. University of Washington. n.d. "Implementation science resource hub." Seattle: University of Washington. <https://impsciuw.org/>
18. World Health Organization. 2010. Nine steps for developing a scaling-up strategy. Geneva: World Health Organization. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44432/9789241500319\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44432/9789241500319_eng.pdf?sequence=1)
19. World Health Organization. 2011. Beginning with the end in mind: Planning pilot projects and other programmatic research for successful scaling up. Geneva: World Health Organization. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44432/9789241500319\\_eng.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44432/9789241500319_eng.pdf)

# Conclusion



## De las perspectivas al impacto

Las ciencias del comportamiento se basan en perspectivas de psicología, economía del comportamiento, pensamiento sistémico, sociología y diseño centrado en el ser humano, con el fin de explicar los factores sociales, ambientales, estructurales y psicológicos que dan forma al comportamiento humano. En lo que respecta al desarrollo internacional y los derechos del niño, estas perspectivas cuestionan supuestos arraigados sobre lo que impulsa el cambio y revelan nuevas formas prácticas de apoyar comportamientos saludables, protectores y justos.

**Las ciencias del comportamiento aplicadas convierten el conocimiento en acción.** Ayudan a descubrir qué es lo que realmente impulsa el comportamiento y basa los programas en evidencia en lugar de en suposiciones. Mediante pruebas y aprendizaje sistemático, los equipos pueden reducir el desperdicio, mejorar los resultados y escalar lo que funciona.

## Lo que nos enseñan las ciencias del comportamiento

Las ciencias del comportamiento ofrecen varias lecciones clave para UNICEF y sus socios en el desarrollo internacional y la acción humanitaria:

- **Las personas son sociales.** El comportamiento está determinado por las relaciones, las normas y las identidades que se comparten, no solo por la información o la intención. Los programas que se basan en las redes sociales y los valores comunitarios tienen más probabilidades de éxito.
- **El contexto importa.** Las decisiones están influenciadas por los sistemas y los entornos. El cambio sostenible se produce cuando esos entornos hacen que las opciones saludables y justas sean las más fáciles.
- **Las acciones eficaces dependen de la evidencia, no de la intuición.** Las percepciones y los juicios son propensos al error. Las suposiciones sobre lo que cambia eficazmente el comportamiento suelen ser erróneas. Probar las ideas permite separar lo que funciona de lo que simplemente parece correcto. La medición y la experimentación revelan qué impulsa el cambio, para quién y en qué condiciones.
- **La ética y la humildad son esenciales.** Incluso los esfuerzos bien intencionados pueden causar daño si no se diseñan y prueban con el debido cuidado. La práctica ética requiere un consentimiento significativo, respetar la capacidad de decisión de las personas, proteger la privacidad y garantizar que los resultados y los beneficios se compartan con las comunidades.

# Una mentalidad para la acción

Si bien las ciencias del comportamiento aplicadas ofrecen herramientas y métodos valiosos para generar evidencia más sólida, su verdadero valor radica en su mentalidad: una forma de pensar sobre cómo se produce el cambio. Proporciona un enfoque estructurado para ver, comprender y resolver problemas, basado en cómo las personas piensan, deciden y actúan realmente en las condiciones reales de sus vidas y entornos. Al sustituir las suposiciones por un proceso sistemático de prueba y aprendizaje, esta mentalidad permite a los equipos diseñar, perfeccionar y escalar soluciones que funcionan en la práctica, no solo en teoría.

El proceso DEPTHS traduce esta mentalidad en un enfoque práctico para diseñar y mejorar programas basados en el comportamiento. Ofrece un marco estructurado para pasar de la comprensión a la implementación, garantizando que las soluciones tengan una base empírica, sean adecuadas al contexto y sostenibles. Para resumir:

**Definir:** Aclarar el problema, los comportamientos objetivo y el alcance para orientar el trabajo.

**Explorer:** Recopilar y analizar evidencia para comprender los factores impulsores, las barreras y los factores contextuales que configuran el comportamiento objetivo.

**Diseñar Prototipos:** Crear y perfeccionar soluciones junto con los usuarios para garantizar que sean prácticas, pertinentes y con base empírica.

**Probar hipótesis:** Medir si las intervenciones impulsan el cambio de comportamiento deseado y generar evidencia para orientar la adaptación o lograr escalar.

**Escalar:** Generar apoyo y planificar la expansión de soluciones probadas para lograr un impacto sostenido.

## Incorporar una cultura de aprendizaje

DEPTHS es más que una secuencia de pasos: es un cambio en nuestra forma de trabajar. Incorpora la experimentación y la reflexión en cada etapa del diseño del programa, haciendo que la generación y el uso de evidencia sean una parte normal de la ejecución. Esto ayuda a los equipos a poner a prueba las hipótesis desde el principio, aprender rápidamente y adaptarse continuamente. En resumen, DEPTHS convierte la incertidumbre en perspectivas y las ideas en impacto.

El proceso no está pensado para aplicarse de forma rígida ni para dominarse de una sola vez. Muchos equipos ya utilizan métodos y principios similares como buenas prácticas en el diseño y la programación de intervenciones. El proceso DEPTHS añade herramientas y momentos estructurados para profundizar en la curiosidad, aclarar problemas y proporcionar mecanismos, y probar y mejorar continuamente.

Empiece poco a poco: haga preguntas más precisas, pruebe una hipótesis o cocree nuevas soluciones con algunos miembros de la comunidad. Estos pequeños pasos crean hábitos de curiosidad, experimentación y aprendizaje que se fortalecen con el tiempo.

El [Laboratorio BIRD](#) apoya a UNICEF y a sus socios con capacitación, apoyo técnico y tutoría, desde el diagnóstico de los retos de comportamiento hasta la creación de prototipos, la prueba y la ampliación de soluciones. Al compartir experiencias y resultados, los equipos de UNICEF y los socios ejecutores pueden desarrollar la capacidad colectiva en ciencias del comportamiento aplicadas y lograr un mayor impacto para los niños.

## Mirando hacia el futuro

Las ciencias del comportamiento siguen evolucionando y profundizando nuestra comprensión de cómo las personas toman decisiones en diferentes culturas y contextos. Sin embargo, gran parte de la evidencia actual sigue procediendo de sociedades WEIRD, mientras que las experiencias del Sur Global siguen estando infrarrepresentadas. Al generar evidencia donde escasea, adaptar los métodos a entornos del mundo real y compartir ampliamente las lecciones aprendidas, UNICEF puede ayudar a configurar un campo más inclusivo y relevante a nivel mundial.

No se trata de un destino final, sino de un viaje continuo, que avanza con cada nueva perspectiva y cada comunidad con la que trabajamos. Si mantenemos la curiosidad, nos basamos en la evidencia y actuamos de forma ética, podemos diseñar programas que no solo sean eficaces, sino también transformadores, y que generen un cambio duradero para todos los niños.



# Apéndice A: Lista maestra de términos clave

*Esta lista recopila todos los términos clave utilizados a lo largo de la guía de campo.*

## Términos básicos utilizados en el capítulo de Introducción

- **Ciencias del comportamiento aplicadas (ABS):** El estudio de cómo las personas toman decisiones y actúan en su vida cotidiana. Se trata de una práctica multidisciplinaria que a menudo utiliza experimentos para descubrir los factores psicológicos, sociales, institucionales o del entorno físico que influyen sobre su comportamiento; por ejemplo, sobre su habilidad de convertir intenciones en acciones.
- **Sesgo de disponibilidad:** Atajo mental que lleva a las personas a sobreestimar la probabilidad de que ocurran acontecimientos, basándose en la facilidad de recordar dichos acontecimientos. Los acontecimientos recientes, vívidos o cargados de emoción están más «disponibles» en la memoria y, por lo tanto, parecen más probables, como los accidentes aéreos o ataques de tiburones.
- **Economía del Comportamiento:** Campo que examina cómo las personas toman decisiones realmente, a menudo de formas que difieren de los modelos de elección racional.
- **Intervención comportamental:** Aplicación práctica de conocimientos basados en ensayos de las ciencias del comportamiento para abordar retos específicos de programas y políticas.
- **Las ciencias del comportamiento:** Estudio empírico de cómo piensan, deciden y actúan las personas, con énfasis en la observación, la experimentación sistemática y la evaluación.
- **Sesgos y heurísticas:** Atajos mentales que se utilizan para tomar decisiones rápidas.
- **Arquitectura de la decisión:** Diseño de cómo se presentan las opciones a las personas para influir en la toma de decisiones, preservando al mismo tiempo la libertad de elección
- **Sesgo cognitivo:** Patrón sistemático en el pensamiento que desvía del juicio racional, en el que las personas toman decisiones inesperadas, como resultado de atajos mentales, emociones o presiones sociales.
- **Sesgo de confirmación:** La tendencia a notar, valorar y creer la información que respalda las creencias que ya tiene la persona.
- **Contexto:** El entorno interno y externo que afecta a la toma de decisiones y al comportamiento de las personas. Los contextos se componen de la interacción entre las personas (demografía, normas, historia personal) con un lugar (entorno físico, recursos disponibles) en un momento específico (incluyendo la mentalidad de la persona y los estímulos locales) y con una historia específica (cultura).
- **Sesgo predeterminado:** Cuando a las personas se les presentan varias opciones, la opción predeterminada ejerce una enorme influencia en su decisión.
- **Fase de Definición DEPTHS:** El primer paso del proceso DEPTHS, centrado en identificar claramente el problema específico y los comportamientos que se deben abordar.
- **Fase de Exploración DEPTHS:** El segundo paso del proceso DEPTHS, que utiliza la investigación para comprender los factores socioculturales, ambientales y psicológicos que influyen en el comportamiento.
- **Fase Prototipo DEPTHS:** El tercer paso del proceso DEPTHS, que implica la creación conjunta y la prueba previa de posibles soluciones con las personas que las utilizarán.
- **Fase de Escalado de DEPTHS:** El último paso del proceso DEPTHS, que consiste en escalar las intervenciones eficaces a nuevos contextos (escala horizontal) e integrarlas en políticas y sistemas (escala vertical).

## Conclusion

- **Fase de prueba de Hipótesis DEPTHS:** El cuarto paso del proceso DEPTHS consiste en poner a prueba las intervenciones en condiciones reales para generar pruebas y adaptar los diseños.
- **DEPTHS:** Acrónimo de un proceso sistemático desarrollado por UNICEF para aplicar las ciencias del comportamiento. Significa Definir, Explorar y diagnosticar, Prototipar y diseñar, Probar hipótesis y Escalar.
- **Teoría del proceso dual:** Modelo que describe que nuestra mente utiliza dos sistemas simultáneamente para la toma de decisiones: uno rápido y automático (sistema 1) y otro reflexivo y deliberado (sistema 2).
- **Brechas de empatía:** La dificultad que tienen las personas para predecir cómo pensarán, sentirán o se comportarán ellas mismas u otras personas en un estado emocional o situacional diferente.
- **Base empírica:** Conjunto de resultados de investigaciones, datos y otras formas de información que se utilizan para respaldar una recomendación, decisión o práctica concreta.
- **Error fundamental de atribución:** Tendencia a sobrevalorar los rasgos personales (como el carácter) y subestimar los factores situacionales a la hora de explicar el comportamiento de los demás.
- **Hábitos:** Comportamientos que se desencadenan automáticamente por señales del entorno y se realizan sin apenas pensar conscientemente.
- **Diseño centrado en el ser humano (HCD):** Enfoque que basa el proceso de diseño de la intervención en las experiencias vividas por los usuarios finales para garantizar que las soluciones sean relevantes y específicas para cada contexto.
- **Brecha entre la intención y la acción:** Fenómeno común en el que las personas tienen la intención genuina de hacer algo, pero no llegan a llevarlo a cabo.
- **Límites mentales:** Las personas tienen tiempo y energía limitados, y la mayor parte de su esfuerzo mental se dedica a un pequeño número de decisiones complejas cada día.
- **Atajos mentales:** Son heurísticas en las que las personas se basan para tomar decisiones rápidamente, como fijarse en lo que hacen los demás, seguir lo que les parece bien o recurrir a rutinas familiares. Son útiles porque nos ayudan a desenvolvernos de manera eficiente en entornos complejos, pero también pueden dar lugar a sesgos sistemáticos o errores de juicio.
- **Sesgo actual:** La tendencia a dar más importancia a los costos y beneficios inmediatos que a los que se producirán en el futuro.
- **Métodos de evaluación robustos** (por ejemplo, ensayos controlados aleatorios): Ensayos controlados aleatorios y otros métodos experimentales para medir el impacto en el comportamiento.
- **Cambio social y de comportamiento (SBC):** Es un proceso estratégico basado en la evidencia que utiliza la comunicación para promover y mantener normas sociales positivas y cambios de comportamiento en las personas y las comunidades. Va más allá de la simple sensibilización y tiene como objetivo abordar la compleja combinación de factores individuales, sociales y estructurales que influyen en las decisiones y acciones de las personas. El objetivo final es fomentar un entorno que favorezca un cambio positivo a largo plazo para el bienestar de las comunidades.
- **Sesgo del statu quo:** Es la tendencia a mantener las condiciones existentes incluso cuando hay razones de peso para elegir otra opción.
- **Sistema 1:** El sistema de pensamiento rápido, automático, impulsivo y reactivo. Se compara con un «elefante» que es poderoso pero susceptible a las señales y sesgos del entorno.
- **Sistema 2:** El sistema de pensamiento lento, reflexivo, atento y deliberado. Se compara con un «jinete» que puede dirigir al elefante, pero que requiere un esfuerzo consciente.
- **Pensamiento sistémico:** Enfoque que analiza los factores estructurales y sistémicos que influyen en el comportamiento para encontrar vías que permitan escalar las soluciones.
- **Sociedades WEIRD:** Acrónimo de «Western, Educated, Industrialized, Rich, and Democratic» (occidentales, educadas, industrializadas, ricas y democráticas). El término destaca que las personas de estas sociedades, que representan solo el 12 % de la población mundial, constituyen hasta el 80 % de los participantes en estudios de investigación psicológica.

## Términos básicos utilizados en el capítulo “Definir”

- **Árbol de comportamiento:** Un mapa visual sencillo que vincula un resultado deseado con los públicos clave y los comportamientos específicos que influyen en ese resultado.
- **Comportamiento:** Acción específica y observable que realiza una persona, en contraposición a sus pensamientos, sentimientos o creencias.
- **Factores impulsores:** Factores sociales, psicológicos y ambientales, como creencias, normas, infraestructura o reglas, que influyen en la aparición de un comportamiento.
- **Matriz de priorización de impacto-viabilidad:** Herramienta utilizada para enfocar mejor los esfuerzos, comparando los comportamientos según dos criterios: el impacto (cuánto contribuiría cambiar esa conducta al resultado deseado) y la viabilidad (en qué medida es realista influir o cambiar el comportamiento).
- **Análisis de punto de apalancamiento:** Proceso que utiliza un mapa del sistema para identificar los puntos de apalancamiento, que son aspectos de un sistema que, si se modificaran, tendrían un gran impacto en los resultados deseados.
- **Puntos de apalancamiento:** Partes específicas de un sistema en las que un cambio estratégico de comportamiento podría conducir a una mejora significativa de los resultados.
- **Bucle de retroalimentación negativa** (bucle de equilibrio): Proceso en el que un sistema responde a un cambio contrarrestándolo o revirtiéndolo, lo que ayuda a mantener la estabilidad o que al sistema vuelva su estado original.
- **Bucle de retroalimentación positiva** (bucle de refuerzo): Un bucle que amplifica un cambio al crear un ciclo de auto-reforzado que acelera el cambio original e impulsa al sistema aún más en la misma dirección.
- **Público principal:** Grupos de personas que experimentan un problema de primera mano, que influyen directamente en el resultado deseado a través de sus acciones o que probablemente se beneficiarán de una solución.
- **Definición del problema y declaración de resultados:** Herramienta utilizada para especificar claramente el problema, los resultados de interés, a quién involucrar y a qué grupos de población dirigirse.
- **Lienzo del proyecto:** Documento resumen de una página que describe el resultado previsto, los puntos de apalancamiento, los posibles actores y las acciones que impulsarán el cambio, junto con las funciones y responsabilidades.
- **Público secundario:** Personas o grupos que influyen indirectamente en el resultado deseado a través de sus decisiones, hábitos o funciones. Influyen en el entorno, las decisiones o el acceso del público principal y pueden incluir guardianes, personas influyentes y responsables de la toma de decisiones.
- **Objetivo SMART:** Un objetivo o resultado que es específico, medible, alcanzable, relevante y con un plazo determinado.
- **Mapa de partes interesadas y público:** Herramienta utilizada para aclarar qué personas están más interesadas o preocupadas por un problema, junto con su influencia.
- **Mapa del sistema:** Representación gráfica que muestra las relaciones entre los diferentes factores de un sistema, incluyendo tanto los factores impulsores como los obstáculos para el éxito.
- **Pensamiento sistémico:** Enfoque que identifica las diferentes partes de un problema, sus interacciones y cómo se influyen entre sí a lo largo del tiempo.

## Términos básicos utilizados en el capítulo

### “Explorar y diagnosticar”

- **Barreras:** Factores psicológicos, sociales, estructurales o ambientales específicos que bloquean el progreso, impiden la acción o dificultan la realización de un comportamiento deseado.
- **Modelo de factores impulsores del comportamiento (BDM):** Guía conceptual desarrollada por UNICEF que ilustra los múltiples factores impulsores del comportamiento y recuerda a los usuarios que para comprenderlo plenamente es necesario prestar atención a las influencias psicológicas, sociales y ambientales.
- **Mapeo y diagnóstico del comportamiento:** Herramienta que rastrea los pequeños pasos observables (microcomportamientos) a lo largo de una trayectoria de comportamiento e identifica las barreras y los facilitadores que hay detrás de ellos.
- **Perfiles de comportamiento:** Herramienta utilizada para sintetizar conocimientos sobre los factores impulsores psicológicos, socioculturales y contextuales que subyacen a un comportamiento específico de una población objetivo, poniendo de relieve quiénes son los actores clave, qué determina sus elecciones y a qué retos se enfrentan.
- **Beneficencia** (en relación con el Informe Belmont): Principio ético del Informe Belmont que consiste en maximizar los beneficios potenciales y minimizar los daños potenciales.
- **Capacidad** (en COM-B): La capacidad psicológica y física para participar en una actividad, incluyendo conocimientos, habilidades y facultades mentales.
- **Muestreo por conglomerados:** Método en el que la población se divide en grupos (conglomerados), algunos de los cuales se eligen al azar, y todas las personas que forman parte de los conglomerados elegidos se incluyen en el estudio.
- **Marco COM-B:** Modelo que desglosa el comportamiento en tres componentes esenciales: capacidad, oportunidad y motivación, utilizado para diagnosticar los factores que pueden facilitar o inhibir un comportamiento.
- **Muestreo por conveniencia:** Método que selecciona a las personas más fáciles de localizar y dispuestas a participar.
- **Investigación documental:** Proceso de revisión de datos, bibliografía y conocimientos existentes para construir una comprensión fundamental del contexto, los comportamientos y las poblaciones. También se conoce como «revisión bibliográfica».
- **Muestreo estratificado desproporcionado:** Método que divide una población en estratos, pero selecciona intencionadamente a más personas de determinados grupos más pequeños o más importantes.
- **Puntos de abandono:** Momentos en un proceso de comportamiento en los que una persona deja de avanzar hacia el comportamiento deseado, ya sea retrasando, saltándose o no completando nunca un paso.
- **Facilitadores:** Factores que ya están ayudando a una persona a avanzar hacia un comportamiento deseado o que podrían reforzarse para que el comportamiento sea más fácil, más probable o más atractivo.
- **Matriz de viabilidad-impacto:** Herramienta utilizada para evaluar y priorizar las barreras y los facilitadores del comportamiento en función del impacto que tendría abordarlos y de la viabilidad de hacerlo.
- **Observaciones de campo:** Anotaciones de lo se observa en cierto entorno, como el desarrollo de comportamientos y las interacciones
- **Discusión de grupo focals:** Una forma de investigación en la que un facilitador reúne a un grupo de personas para descubrir normas, percepciones y experiencias compartidas.
- **Literatura gris:** Informes, resúmenes o documentos de trabajo que no se publican en revistas académicas tradicionales, pero que pueden contener información valiosa sobre programas o socios.
- **Entrevistas semiestructuradas en profundidad:** Conversaciones individuales guiadas por una serie de preguntas para explorar un conjunto de experiencias y motivaciones desde un punto de vista particular.

## Conclusion

- **Poder de la información:** Concepto utilizado en el muestreo cualitativo que se centra en el valor de la información que cada participante aporta a un estudio, en lugar de basarse en reglas arbitrarias de saturación para determinar el tamaño de la muestra.
- **Comité de Ética en Investigación (CEI):** Órgano ético que aprueba las investigaciones para garantizar que se llevan a cabo de forma responsable y con las garantías adecuadas.
- **Muestreo intencional discrecional:** Método en el que el investigador utiliza su experiencia para seleccionar a personas que tienen un conocimiento especial o son especialmente relevantes para el tema.
- **Justicia** (en relación con el Informe Belmont): Principio ético del Informe Belmont sobre la promoción de la equidad y la garantía de que los riesgos y beneficios de la investigación se distribuyen de manera equitativa.
- **Metaanálisis:** Método estadístico, también considerado un tipo de evidencia «muy sólida», que combina los resultados de múltiples estudios científicos para obtener una estimación única y más precisa del efecto.
- **Microcomportamientos:** Pasos más pequeños y observables en los que se divide un comportamiento complejo para su análisis.
- **Enfoque de métodos mixtos:** Estrategia de investigación que aprovecha las fortalezas complementarias de las técnicas cualitativas y cuantitativas para construir una comprensión más rica y holística.
- **Motivación** (en COM-B): Procesos reflexivos (como creencias e intenciones) y procesos automáticos (como respuestas emocionales y hábitos) que impulsan el comportamiento.
- **Usuario misterioso:** Investigador capacitado que simula la experiencia de un usuario real para evaluar un proceso e identificar barreras ocultas.
- **Oportunidad** (en COM-B): Las condiciones externas que hacen posible el comportamiento, incluidos los factores ambientales, socioculturales y estructurales.
- **Preguntas de investigación primaria:** Preguntas de investigación claras y basadas en el comportamiento, alineadas con los vacíos identificados durante la revisión documental, que se centran en descubrir por qué se producen o no se producen determinados comportamientos.
- **Investigación primaria:** Proceso de organización y ejecución del trabajo de campo (por ejemplo, reclutamiento, capacitación, recopilación de datos) para llenar los vacíos en la evidencia, identificados después de la investigación documental.
- **Muestreo estratificado proporcional:** Método que divide una población en subgrupos (estratos) y selecciona a los participantes de cada subgrupo en la misma proporción en que aparecen en el conjunto de la población.
- **Métodos cualitativos:** Técnicas de investigación (como entrevistas, discusiones de grupo focal y observaciones) que ayudan a descubrir el «por qué» detrás de los comportamientos mediante la exploración de las barreras y los factores impulsores.
- **Métodos cuantitativos:** Técnicas de investigación (como las encuestas) que ayudan a medir el «qué» identificando patrones, frecuencias y relaciones en una población más amplia.
- **Muestreo intencional por cuotas:** Método que garantiza que se incluya en la muestra un número determinado de personas de categorías específicas.
- **ECA** (ensayos controlados aleatorios): Tipo de estudio experimental considerado una forma de evidencia «sólida» o «moderada» en el que los participantes se asignan aleatoriamente a diferentes grupos para probar una intervención.
- **Protocolo de investigación:** Documento detallado y paso a paso que describe exactamente cómo se llevará a cabo una investigación compleja, que requiere muchos recursos o que es éticamente sensible, y que a menudo se requiere para la revisión ética.
- **Respeto por las personas** (en relación con el Informe Belmont): Principio ético del Informe Belmont que reconoce la autonomía de las personas y proporciona una protección adicional a aquellas con capacidad disminuida.
- **Muestreo:** Proceso de selección de un subconjunto de individuos de una población más amplia para participar en la investigación.

- **Saturación:** Punto en una revisión bibliográfica en el que es poco probable que una búsqueda más exhaustiva aporte nuevos conocimientos, lo que indica que probablemente se ha obtenido la información más importante.
- **Registros de servicios o administrativos:** Datos recopilados de forma rutinaria a partir de plataformas como los sistemas de salud, los registros educativos o los registros de inscripción.
- **Muestreo aleatorio simple:** Método en el que todas las personas de un grupo tienen las mismas posibilidades de ser seleccionadas.
- **Muestreo en bola de nieve:** Método que comienza con unos pocos participantes que luego recomiendan a otros, útil para encontrar poblaciones de difícil acceso.
- **Sesgo de deseabilidad social:** Tendencia de los participantes a ofrecer respuestas que creen que son las esperadas, apropiadas o socialmente aceptables.
- **Mapeo de redes sociales:** Método para identificar personas influyentes, expectativas sociales y dinámicas de aprobación/desaprobación en torno a determinados comportamientos.
- **Encuestas:** Cuestionarios estructurados que se utilizan para recopilar datos cuantitativos de una población más amplia.
- **Revisiones sistemáticas:** Un tipo de evidencia considerada «muy sólida» que implica una revisión y síntesis exhaustivas de múltiples estudios de alta calidad sobre un tema específico.
- **Muestreo sistemático:** Método que selecciona a cada n-ésima persona de una lista después de comenzar en un punto aleatorio..

## Términos básicos utilizados en el capítulo sobre “Prototipar y diseño”

- **Equipo de Análisis del Comportamiento (BIT):** También conocido como «Nudge Unit», es la organización que desarrolló el marco EAST para aplicar las ciencias del comportamiento a las políticas públicas.
- **Cocreación:** Proceso de diseño participativo en el que intervienen miembros de la comunidad, trabajadores de primera línea y otras partes interesadas clave para generar y dar forma a soluciones.
- **Ahorrradores cognitivos:** Concepto de la psicología cognitiva que afirma que los seres humanos prefieren naturalmente utilizar formas de pensar y tomar decisiones más sencillas y menos exigentes desde el punto de vista mental.
- **Modelo COM-B:** Marco para comprender el comportamiento que postula que, para que se produzca cualquier comportamiento, una persona debe tener la capacidad, la oportunidad y la motivación.
- **Responsables de la toma de decisiones y ejecutores a largo plazo:** Las personas o entidades, como los directores de programas o los funcionarios gubernamentales, que aprueban, influyen o sostienen una intervención.
- **Ejecutores:** Personas responsables de implementar la intervención sobre el terreno, como trabajadores sanitarios o maestros.
- **Ética del diseño:** Consideraciones éticas centradas en garantizar que una intervención sea justa, inclusiva y sensible a las consecuencias no deseadas para las personas a las que afecta.
- **Provocaciones de diseño:** Técnica creativa que utiliza preguntas hipotéticas para cuestionar, profundizar y reforzar las ideas de intervención existentes.
- **Marco EAST:** Marco de ciencias del comportamiento basado en cuatro principios (fácil, atractivo, social y oportuno) que se utiliza para diseñar intervenciones eficaces.
- **Usuarios finales:** Las personas que experimentarán o utilizarán directamente la intervención.

- **Fidelidad** (de un prototipo): El nivel de detalle y funcionalidad de un prototipo, o cuánto se parece a la versión final de la intervención.
- **Preguntas «¿Cómo podríamos?»**: Preguntas estructuradas que se utilizan para traducir los resultados de la investigación en oportunidades viables, lo que da lugar a ideas de intervención creativas y prácticas.
- **Ideación**: Proceso creativo de lluvia de ideas y generación de una amplia gama de ideas para intervenciones basadas en el comportamiento.
- **Resultados intermedios**: Los cambios cognitivos o emocionales a corto plazo (por ejemplo, mayor intención, mejor planificación) que se producen después de la intervención y preceden al cambio de comportamiento final.
- **Encuestas KAP** (conocimientos, actitudes y prácticas): Encuestas utilizadas para medir los conocimientos, las actitudes y las prácticas de una población sobre un tema específico.
- **Microcomportamiento**: Acción específica y pequeña que se espera que adopte una persona y que contribuye a un objetivo de cambio de comportamiento más amplio y general.
- **Resultados**: Resultados inmediatos, observables y cuantificables de las actividades de una intervención, que muestran que esta se está llevando a cabo según lo previsto (por ejemplo, número de tarjetas recordatorias distribuidas).
- **Pruebas paralelas** (pruebas A/B): Método de prueba de usuarios en el que se presentan varias versiones de un prototipo a los usuarios para comparar sus reacciones y preferencias.
- **Resultado del comportamiento primario**: Acción o comportamiento específico y medible que la intervención pretende cambiar en última instancia.
- **Prototipo**: Versión preliminar, tangible y de bajo costo de una intervención (por ejemplo, un boceto, un modelo o un juego de roles) creada para recabar opiniones de los usuarios y las partes interesadas.
- **Creación de prototipos**: Proceso de creación de una versión preliminar y simplificada de una intervención para someterla a prueba con los usuarios y obtener comentarios iniciales.
- **Tipos de prototipos**: Formatos comunes utilizados para hacer tangibles las ideas: guiones gráficos, juegos de rol, maquetas en papel, modelos físicos, prototipos de experiencia, vídeos conceptuales, planos de servicio, guiones de SMS/mensajes.
- **Ética de la investigación**: Principios éticos formales que rigen la forma en que se estudia a las personas, incluyendo el consentimiento informado, la protección de la privacidad y la aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEI).
- **Teoría del cambio** (ToC): Explicación exhaustiva que describe cómo y por qué se espera que una intervención produzca los resultados de comportamiento deseados y el impacto general.
- **Métodos de prueba de usuarios**: Formas sencillas de recopilar comentarios: recorridos informales, juegos de rol/simulaciones, debates en grupos reducidos, pruebas de solo observación, ensayos de implementación y pruebas piloto sencillas..

## Términos básicos utilizados en el capítulo “Hipótesis de prueba”

- **FRAME-IS adaptado**: Marco utilizado para documentar y comunicar de forma sistemática las adaptaciones y modificaciones realizadas en las intervenciones basadas en la evidencia o en las estrategias de implementación durante un proyecto.
- **Pérdida de unidades de estudio**: Pérdida de participantes a lo largo del tiempo; puede reducir la potencia y sesgar las estimaciones, especialmente si hay diferencias entre los grupos.

## Conclusion

- **Verificaciones posteriores:** Método de control de calidad en el que se vuelve a visitar a un subconjunto de encuestados para volver a hacerles algunas preguntas clave con el fin de verificar la exactitud y la veracidad de la recopilación de datos original.
- **Ruta trasera:** En un Gráfico Acíclico Dirigido (DAG), es una ruta alternativa y no causal entre una intervención y un resultado que puede introducir sesgos. La inferencia causal tiene como objetivo «cerrar» estas rutas para aislar el efecto real.
- **Comparación antes y después:** Método de evaluación sencillo pero poco sólido que mide los resultados antes de un programa y de nuevo después de él, atribuyendo cualquier cambio a la intervención.
- **Efecto causal:** La diferencia entre el resultado potencial con el tratamiento y el resultado potencial sin él ( $Y1-Y0$ ).
- **Causalidad:** Relación en la que un evento o acción provoca directamente que ocurra otro. Determinar la causalidad es el principal reto de la evaluación.
- **Grupo de comparación:** Grupo de personas lo más similar posible al grupo de intervención, pero que no recibe la intervención. Se utiliza para estimar el contrafactual.
- **Factores de confusión:** Influencias externas, distintas de la intervención que se estudia, que pueden afectar a los resultados y distorsionarlos potencialmente, lo que dificulta aislar el verdadero impacto de la intervención.
- **Contaminación:** Los participantes del grupo de control acceden a la intervención o a sus efectos, lo que debilita los contrastes entre los grupos.
- **Correlación:** Relación en la que dos cosas ocurren o cambian juntas, pero una no causa necesariamente la otra.
- **Análisis de costo-beneficio (ACB):** Enfoque sistemático para estimar las fortalezas y debilidades de una intervención comparando todos sus costos con sus beneficios, que normalmente se expresan en términos monetarios.
- **Contrafactual:** Escenario hipotético de lo que habría ocurrido con los participantes en una intervención si no hubieran recibido la intervención. Sirve como punto de referencia para medir el impacto real.
- **Diferencia en diferencias (DiD):** Método cuasi experimental que compara el cambio en los resultados a lo largo del tiempo entre un grupo que recibió una intervención y un grupo que no la recibió, suponiendo que, de otro modo, ambos grupos habrían seguido una tendencia similar.
- **Gráficos acíclicos dirigidos (DAG):** Diagramas visuales que representan las relaciones causales entre diferentes variables. Se utilizan para identificar posibles factores de confusión y diseñar evaluaciones más rigurosas.
- **Tamaño del efecto:** La magnitud o el tamaño del cambio que se espera que produzca una intervención.
- **Endogeneidad:** Situación en estadística en la que la relación entre una intervención y su resultado se ve distorsionada porque otras variables no observadas o no tenidas en cuenta influyen en ambos.
- **Experimentos (ensayos controlados aleatorios/RCTs):** Tipo de evaluación de impacto en la que los participantes son asignados aleatoriamente a grupos de tratamiento y de control para medir el efecto causal de una intervención.
- **Problema fundamental de la inferencia causal:** Dilema que consiste en la imposibilidad de observar al mismo tiempo el resultado real (con la intervención) y el resultado contrafactual (sin la intervención) para un mismo individuo.
- **Verificaciones de alta frecuencia (HFC):** Revisión periódica y oportuna de los datos entrantes durante la recopilación para identificar y corregir rápidamente los errores, las inconsistencias o los posibles fraudes.
- **Evaluación de impacto:** Enfoque de evaluación que tiene como objetivo determinar el efecto causal de un programa o intervención, respondiendo a la pregunta: «¿El programa provocó el cambio observado?».
- **Junta de Revisión Institucional (IRB):** Comité de ética que revisa los métodos de investigación con sujetos humanos para garantizar que sean éticos y que se protejan los derechos y el bienestar de los participantes.
- **Variables instrumentales:** Método cuasi-experimental que utiliza una variable (el «instrumento») que influye en la participación en un programa, pero

## Conclusion

que no está directamente relacionada con el resultado. Esto ayuda a aislar el efecto causal del programa en presencia de factores de confusión.

- **Efecto de intención de tratar (ITT):** Método de análisis en ensayos aleatorios en el que se analiza a los participantes en los grupos a los que fueron asignados originalmente, independientemente de si realmente recibieron o completaron la intervención.
- **Correlación intraclúster (ICC):** Medida de la similitud de los individuos dentro del mismo clúster (por ejemplo, un pueblo o una escuela). Es un factor importante en los cálculos de potencia para los ensayos aleatorios por clústeres.
- **Métodos de emparejamiento:** Técnica cuasi-experimental que crea un grupo de comparación emparejando a los individuos que recibieron una intervención con individuos similares que no la recibieron, basándose en características observables.
- **Ajustes por pruebas múltiples:** Procedimientos estadísticos (por ejemplo, controles de error familiar o FDR) para tener en cuenta la realización de pruebas en muchos resultados/subgrupos.
- **Grupo de comparación no equivalente:** Un diseño de evaluación que compara un grupo que recibió una intervención con otro grupo que no la recibió durante el mismo periodo de tiempo, pero que no fue asignado aleatoriamente. Es una mejora con respecto al diseño antes-después, pero sigue siendo vulnerable al sesgo de selección.
- **Marco de resultados potenciales:** Estructura estadística formal para pensar en el impacto causal considerando dos resultados potenciales para cada unidad (persona, hogar, etc.): el resultado si reciben el tratamiento (Y1) y el resultado si no lo reciben (Y0).
- **Cálculos de poder:** Procedimiento estadístico utilizado antes de comenzar un estudio para determinar el tamaño mínimo de la muestra necesario para detectar de forma fiable un tamaño de efecto específico, si realmente existe.
- **Plan de preanálisis (PAP):** Documento creado antes de comenzar el análisis de datos que especifica las hipótesis que se van a comprobar y los métodos estadísticos exactos que se van a utilizar. Ayuda a evitar el sesgo derivado de la «pesca de datos» o la presentación selectiva de informes.
- **Evaluación del proceso:** Enfoque de evaluación que se centra en cómo se implementó un programa, examinando su ejecución, fidelidad, alcance y contexto operativo. Responde a la pregunta: «¿Cómo se ejecutó el programa?».
- **Registro del protocolo (registro del ensayo):** Publicación de los elementos fundamentales del protocolo antes de la recopilación de datos para marcar la fecha de la especificación previa y reducir el sesgo de notificación.
- **Cuasi-experimentos:** Métodos de evaluación utilizados cuando la aleatorización no es factible. Utilizan técnicas estadísticas para crear un grupo de comparación con el fin de estimar el impacto de una intervención, pero conllevan un mayor riesgo de sesgo.
- **Aleatorización:** Proceso de asignar aleatoriamente a los participantes para que reciban una intervención (grupo de tratamiento) o no (grupo de control). Se considera el «estándar de oro» para establecer la causalidad, ya que crea grupos estadísticamente equivalentes.
- **Pruebas de ciclo rápido:** Pruebas iterativas a pequeña escala que miden, aprenden y perfeccionan rápidamente antes de realizar evaluaciones más amplias.
- **Diseño de discontinuidad de regresión (RDD):** Método cuasi-experimental que se utiliza cuando la elegibilidad para un programa se determina mediante un punto de corte específico (por ejemplo, un nivel de ingresos). Compara a las personas que se encuentran justo por encima y por debajo del punto de corte para estimar el efecto del programa.
- **Pruebas de robustez (sensibilidad):** Análisis preespecificados que comprueban si los resultados se mantienen bajo especificaciones/supuestos alternativos.
- **Factores de confusión de selección:** Diferencias preexistentes entre el grupo que participa en un programa y el grupo que no lo hace, que pueden sesgar los resultados. Esto incluye el sesgo de autoselección y de selección de objetivos.
- **Poder estadística:** Probabilidad de que un estudio detecte un efecto cuando existe un efecto real. Un objetivo común para la potencia es del 80 %.

- **Problema de la tercera variable** (o confusión por causa común): Situación en la que un tercer factor oculto influye en otras dos variables al mismo tiempo, haciendo que parezcan correlacionadas sin que exista una relación causal directa.
- **Factores de confusión basados en el tiempo:** Cambios que se producen a lo largo del tiempo, independientemente de la intervención, como

las variaciones estacionales o las tendencias preexistentes, que pueden confundirse con el efecto de la intervención.

- **Unidad de aleatorización:** Nivel en el que se produce la asignación (individuo, hogar, comunidad/grupo, centro), elegido para equilibrar la inferencia, los efectos indirectos, la logística y la potencia.

## Términos básicos utilizados en el capítulo “Escalar y compartir”

- **Análisis de la audiencia:** Actividad clave para evaluar la preparación de la organización para la ampliación.
- **Enfoque de participación de la audiencia:** Actividad clave que consiste en adaptar las comunicaciones a audiencias diversas.
- **Entorno más amplio:** Uno de los cuatro elementos esenciales de la ampliación, que hace referencia al contexto externo.
- **Representatividad del contexto:** Una causa de «pérdida de voltaje» en la que la situación piloto era demasiado diferente de las condiciones reales a escala.
- **Atributos CORRECT:** Atributos que aumentan las probabilidades de éxito de las intervenciones a gran escala. Son los siguientes: credibilidad, observabilidad, relevancia, ventaja relativa, facilidad de instalación y comprensión, compatibilidad y capacidad de prueba.
- **Puerta de decisión:** Umbral preacordado que determina si se debe avanzar, pausar o adaptar durante la ampliación por etapas.
- **Evaluación del entorno:** Actividad clave para evaluar la preparación del entorno para la ampliación.
- **Falsos positivos:** Una causa de «pérdida de voltaje (voltage drop)» en la que el resultado de un piloto no era real ni replicable.
- **Ampliación horizontal:** La expansión o replicación de una intervención en nuevas áreas geográficas o grupos de población.
- **Innovación:** Uno de los cuatro elementos esenciales de la ampliación, que se refiere a la intervención en sí misma.
- **Pensamiento de la opción C:** Mentalidad que impulsa a los equipos a preguntarse «¿seguirá funcionando en condiciones reales a gran escala?» en lugar de limitarse a preguntarse «¿funciona la idea?».
- **Representatividad de la población:** Causa de la «pérdida de voltaje (voltage drop)» cuando la población piloto es demasiado diferente de la población a gran escala.
- **Análisis post mortem:** Actividad clave que consiste en analizar las lecciones aprendidas de una evaluación.
- **Equipo de recursos:** Uno de los cuatro elementos esenciales de la ampliación, que se refiere a las personas y organizaciones que promueven y apoyan un uso más amplio de la intervención.
- **Escalar y compartir:** Fase centrada en planificar cómo una intervención evaluada puede incorporar las lecciones aprendidas y escalar a una población más amplia, a diferentes regiones o institucionalizarse como política.
- **Ampliación:** Esfuerzo por aumentar el impacto de las innovaciones probadas con éxito, de modo que más personas se beneficien y las políticas y los programas puedan evolucionar de forma duradera.

## Conclusion

- **Compartir:** La difusión intencionada de conocimientos, pruebas y lecciones para que otros —ya sean comunidades, socios o responsables políticos— puedan adoptar, adaptar y multiplicar el impacto en sus propios contextos.
- **Efectos secundarios:** Causa de «pérdida de voltaje» cuando una intervención afecta a grupos distintos de los incluidos en la muestra, lo que modifica el impacto neto a escala.
- **Prueba de resistencia:** Actividad clave que consiste en someter a prueba las intervenciones en condiciones realistas.
- **Lado de la oferta** (deseconomías de escala): Causa de la «pérdida de voltaje (voltage drop)» en la que los costos de escalar un programa aumentan de manera desproporcionada.
- **Organización de los usuarios:** Uno de los cuatro elementos esenciales de la ampliación, que se refiere a la organización u organizaciones que se espera que implementen la intervención a escala.
- **Ampliación vertical:** Proceso de integración de una intervención en los sistemas nacionales o subnacionales a través de políticas, presupuestos o estructuras de prestación de servicios para institucionalizarla: la ampliación vertical aumenta el número de personas (similares) que reciben la intervención.
- **Efecto voltaje:** Actividad clave que consiste en comprobar si la eficacia de una intervención se mantendrá a gran escala.

## Conclusion

**Equipo del proyecto (UNICEF):** Ukasha Ramli, Benjamin Hickler, Madeline Quinlan, Floriza Gennari

**Grupo Asesor Interno (UNICEF):** Dorina Andreev-Jitaru, Cassia Ayres, Helena Ballester Bon, Noel Migabo Balume, Viviane Melo Bianco, Rudrajit Das, Michelle Dynes, Francine Elvia Ganter Restrepo, Amaya Gillespie, Karen Greiner, Gloria Lihemo, Ken Limwame, Taitos Matafeni, Mario Mosquera, Markel Roberto Mendez Hernandez, Neha Kapil, Deepa Risal Pokharel, Johary Randimbivololona, Sergiu Tomsa, Vincent Petit, Massimiliano Sani y Siddartha Shrestha.

### Reconocimientos:

Esta guía forma parte de un paquete de recursos de ciencias del comportamiento aplicadas desarrollado en colaboración con numerosos colegas de UNICEF. Se agradece especialmente a los equipos de Cambio Social y de Comportamiento de las siguientes Oficinas de País, quienes brindaron comentarios sobre las versiones preliminares de los recursos y herramientas de capacitación: Bolivia, Camboya, Etiopía, Ghana, Honduras, India, Indonesia, Laos, Malasia, Mozambique, Myanmar, Nicaragua, Nigeria, Filipinas, Senegal, Sri Lanka, Tanzania, Timor-Leste y Zambia.

UNICEF trabaja en los lugares más adversos del mundo para llegar a los niños, niñas y adolescentes más desfavorecidos y proteger los derechos de cada uno, en todas partes. En 190 países y territorios, hacemos lo que sea necesario para que sobrevivan, prosperen y desarrollen todo su potencial, desde la primera infancia hasta la adolescencia. Y nunca nos rendimos.

**UNICEF Innocenti** – Oficina Global de Investigación y Prospectiva – aborda las preguntas actuales y emergentes de mayor importancia para la niñez. Impulsa el cambio a través de la investigación y la prospectiva en una amplia gama de temas relacionados con los derechos de la niñez, promoviendo el debate global e involucrando activamente a jóvenes en su labor. UNICEF Innocenti proporciona a los responsables de la toma de decisiones y a los líderes de pensamiento la evidencia necesaria para construir un mundo mejor y más seguro para los niños y niñas. El equipo lleva a cabo investigaciones sobre temas no resueltos y problemáticas emergentes, utilizando datos primarios y secundarios que representan las voces de los propios niños, niñas y sus familias.

Utiliza la prospectiva para definir la agenda para la infancia, incluyendo análisis de horizontes, análisis de tendencias y desarrollo de escenarios. La oficina produce una biblioteca diversa y dinámica de informes, análisis y documentos de política de alto nivel, y ofrece una plataforma para el debate y la incidencia en una amplia gama de temas relacionados con los derechos de la niñez.

UNICEF Behavioural Insights Research and Design Laboratory (Laboratorio de Investigación y Diseño en Ciencias del Comportamiento), DEPTHS:

Guía Práctica de Ciencias del Comportamiento Aplicadas, marzo de 2026.

Consortio de Socios Técnicos: Esta guía fue investigada, redactada, probada y diseñada por una alianza de líderes en ciencias del comportamiento, liderada por Common Thread, junto con Busara y Firsthand.

Aviso legal: Este es un documento de trabajo. Ha sido preparado para facilitar el intercambio de conocimientos y recoger comentarios. El texto no ha sido editado conforme a los estándares oficiales de publicación y UNICEF no asume responsabilidad por posibles errores. Las afirmaciones contenidas en esta publicación son responsabilidad de su(s) autor(es) y no necesariamente reflejan las políticas ni las opiniones de UNICEF. Las denominaciones empleadas en esta publicación no implican opinión alguna sobre la condición jurídica de ningún país o territorio, ni de sus autoridades, ni sobre la delimitación de sus fronteras.

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), marzo de 2026

Excepto el logotipo de UNICEF, las fotografías y donde aparezca otro símbolo ©, esta obra está bajo licencia CC BY 4.0. El logotipo de UNICEF y las fotografías incluidas solo pueden utilizarse en copias exactas de la publicación. Cuando aparezca otro símbolo ©, deberá solicitar autorización al titular de los derechos indicado para utilizar ese material fuera de copias exactas de la publicación.

Para consultar una copia de esta licencia, visite <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

