

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD**



**“APRENDIZAJE EXPERIENCIAL POR EL ACTOR SOCIAL Y LA
REFERENCIA COMUNAL DE LOS NIÑOS COMPRENDIDOS EN META 4 A
NIVEL DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL DISTRITO DE
CHORRILLOS, LIMA – 2021”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA**

**HYDA ESTELA BERNA, CACERES ROJAS
ROSSANA MARIA, LIMO TEJADA**

**Callao, 2022
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

DRA. MERY JUANA ABASTOS ABARCA	PRESIDENTA
DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJIA	SECRETARIA
DRA. VILMA MARIA ARROYO VIGIL	VOCAL

ASESORA:

Dra. Rosario Miraval Contreras

N° de libro: 4

N° de folio: 038

N° de Acta: 039-2022

Fecha de Aprobación de Tesis: 05 de septiembre del año 2022

Resolución de decanato: N°187-2022-D/FCS

Para la obtención del título de segunda especialidad profesional.

DEDICATORIA

A mi hija Astrid Belén por ser motivo de superación día a día, A mis padres Andrés e Ida quienes con su tiempo, amor y esfuerzo me han permitido culminar una más de las metas propuestas en mi vida, a mi hermano Andrés por su apoyo, gracias a Dios por tanto y siempre conmigo.

Estela Cáceres Rojas

A mi amor máximo “Dios”, y al amor más grande e incondicional que tuve mi “mamá Berta”.

Rossana M. Limo Tejada

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a la plana docente del Taller de Tesis N°78, de la Universidad Nacional del Callao, y a nuestra asesora de tesis Dra. Rosario Miraval Contreras por su tiempo y aportes para enriquecer nuestra investigación

Índice

INTRODUCCIÓN	13
CAPÍTULO I.....	15
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	15
1.2. Formulación del problema	16
1.2.1. Problema general.....	16
1.2.2. Problemas específicos.....	17
1.3. Objetivos.....	17
1.3.1. Objetivo general	17
1.3.2. Objetivos específicos	17
1.4. Limitantes de la investigación.....	18
1.4.1. Limitante teórica	18
1.4.2. Limitante temporal.....	18
1.4.3. Limitante espacial.....	18
CAPÍTULO II.....	19
II. MARCO TEÓRICO	19
2.1. Antecedentes.....	19
2.1.1. A nivel internacional.....	19
2.1.2. A nivel nacional	21
2.2. Bases Teóricas.....	26
2.2.1. Teorías del aprendizaje experiencial	26
2.2.2. Atención primaria de salud basado en el Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI)	31
2.3. Conceptual	32
2.3.1. Metodología del Aprendizaje Experiencial	32
2.3.2. Referencia Comunal través de la visita domiciliaria de calidad.....	40

2.4. Definición de términos básicos.....	43
CAPÍTULO III.....	46
III. HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	46
3.1.1. Hipótesis general.....	46
3.1.2. Hipótesis específicas	46
3.2. Definición conceptual de variables.	48
3.2.1. Operacionalización de las variables.....	49
CAPÍTULO IV	52
IV. DISEÑO METODOLÓGICO	52
4.1. Tipo y diseño de investigación	52
4.2. Método de investigación	53
4.3. Población y muestra	53
4.3.1. Población muestral	53
4.4. Lugar de estudio y periodo desarrollado	54
4.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información	55
4.5.1. Técnica de recolección de datos.....	55
4.5.2. Instrumentos de recolección de datos	55
4.6. Análisis y procesamiento de datos.....	60
V. RESULTADOS.....	63
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	63
6.1. Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados.....	64
6.1.1. Formulación de la hipótesis H0 y H1	64
6.1.2. Prueba de hipótesis específicas 1 y 2.....	65
6.2. Contrastación de los resultados con otros estudios similares.....	66
6.3. Responsabilidad ética de acuerdo con los reglamentos vigentes.....	69
CONCLUSIONES.....	71
RECOMENDACIONES.....	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73

ANEXOS	77
Anexo 1: Matriz de consistencia	77
Anexo 2: Instrumentos validados	80
Anexo 3: Instrumentos validados	82
ANEXO 4: Consentimiento Informado	83
ANEXO 5: Base de datos	85
ANEXO 6: Carta de aceptación de la institución	84
ANEXO 7: Otras tablas	85

ÍNDICE DE TABLAS DE CONTENIDO

		Págs.
Tabla 1.	Número de Actores Sociales de la Meta 4 por establecimientos de salud de la ex Microred Urbana del distrito de Chorrillos, 2021.	54
Tabla 5.1.1.	Aplicación del Aprendizaje Experiencial en la Visita Domiciliaria de Calidad de los Actores Sociales de la Meta 4. Chorrillos-2021.	60
Tabla 5.1.2.	Evolución de la Referencia Comunal de los Actores Sociales de la Meta 4. Chorrillos-2021.	60
Tabla 5.1.3.	Aprendizaje Experiencial por el Actor Social y la Referencia Comunal de los niños comprendidos en la Meta 4 a nivel de los establecimientos de salud del distrito de Chorrillos, Lima 2021.	61
Tabla 5.2.1.	Asociación entre Aprendizaje Experiencial por el Actor Social y la Referencia Comunal de los niños comprendidos en Meta 4 a nivel de los establecimientos de salud del distrito de Chorrillos, Lima 2021.	62

TABLA DE FIGURAS

	Págs.
Figura 1. Ciclo experiencial de Kolb.	30
Figura 2. Modelo de Cuatro Cuadrantes	35
Figura 3. Esquema del diseño transversal relacional	52

RESUMEN

La presente investigación “Aprendizaje Experiencial por el Actor Social y la Referencia Comunal de los niños comprendidos en Meta 4 a nivel de los Establecimientos de Salud del distrito de Chorrillos, Lima – 2021” en el marco de la salud pública considera el valor metodológico del aprendizaje experiencial y su relación con la referencia comunal al ser aplicado presencialmente en la visita domiciliar que cada Actor Social (AS) realiza en la jurisdicción de la ex microred Urbana en el cuarto trimestre 2021, partiendo de la descripción del nivel de la aplicación del aprendizaje experiencial “Visita Domiciliar de Calidad” por el Actor Social y el análisis de la referencia comunal a partir de dicho aprendizaje.

La investigación es de enfoque cuantitativo, aplicada, retrospectiva y analítica relacional; con una poblacional muestral de 21 Actores Sociales.

Junto a la observación en la variable Aprendizaje Experiencial y el análisis documental en la variable Referencia Comunal; se emplea dos fichas basadas en el guión metodológico de la Escuela Nacional de Salud Pública, y un aplicativo web y móvil Meta 4 de la Oficina de Gestión de la Información. Finalmente, el ingreso y procesamiento de datos codificados en el paquete estadístico de SPSS, con Chi cuadrado y la prueba de corrección de Yates.

Resultado: Se observa que el valor de significancia por continuidad es 0.000 es decir menor a 0.05 lo que significa que existe una asociación significativa entre el Aprendizaje Experiencial por el Actor Social y la Referencia Comunal de los niños comprendidos en Meta 4.

Palabras claves: Aprendizaje Experiencial, Actor Social, Meta 4, Referencia Comunal, Visita Domiciliar de Calidad.

ABSTRACT

The present investigation "Experiential Learning by the Social Actor and the Community Reference of the children included in Meta 4 at the level of the Health Establishments of the district of Chorrillos, Lima - 2021" in the framework of public health considers the methodological value of learning experience and its relationship with the community reference when applied in person at the home visit that each Social Actor (SA) carries out in the jurisdiction of the former Urban micronetwork in the fourth quarter of 2021, based on the description of the level of application of experiential learning "Quality Home Visit" by the Social Actor and the analysis of the community reference from said learning.

The research is quantitative, applied, retrospective and relational analytical; with a sample population of 21 Social Actors.

Together with the observation in the Experiential Learning variable and the documentary analysis in the Communal Reference variable; Two files based on the methodological script of the National School of Public Health are used, and a Meta 4 web and mobile application of the Information Management Office. Finally, the entry and processing of coded data in the SPSS statistical package, with Chi square and the Yates correction test.

Result: It is observed that the value of significance for continuity is 0.000, that is, less than 0.05, which means that there is a significant association between Experiential Learning by the Social Actor and the Community Reference of the children included in Meta 4.

Keywords: Experiential Learning, Social Actor, Meta 4, Community Reference, Quality Home Visit.

INTRODUCCIÓN

Durante el año 2019, el Ministerio de Salud (MINSA) y el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), en coordinación con 865 municipios del país, en el marco del Programa de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal, implementaron el primer año de la Meta 4: “Acciones de municipios para promover la adecuada alimentación, la prevención y reducción de anemia”. Esta estrategia tiene como objetivo la instalación de capacidades para la realización de acciones municipales eficaces en la mejora de la alimentación y prevención de la anemia, con el fin de contribuir en el logro de familias con alimentación saludable. (1)

La anemia es una enfermedad que a la fecha constituye un problema en la salud pública infantil pues afecta al 38.6% de los niños con edad de 6 a 35 meses (2). En ese sentido, el Perú ha tomado diferentes medidas en la prevención y reducción de la anemia, para contrarrestar la inadecuada práctica de alimentaria con bajo aporte de hierro, acceso limitado a los servicios de salud, ausencia de suplementación preventiva o tratamiento contra la anemia. Esta situación descrita, lamentablemente se agudizó en el año 2020 por la pandemia de la COVID-19.

Es así que las acciones que implementa Meta 4 busca mejorar los indicadores basados en la prevención y reducción de la anemia, a través de las visitas domiciliarias que los Actores Sociales capacitados realizan a las familias con niños menores de un año, con el propósito de asegurar un inicio oportuno y una correcta adherencia en el consumo de suplemento de hierro preventivo o terapéutico, llevando mensajes claves para el cuidado del niño, alimentación, prevención y tratamiento de la anemia. (1)

Para el año 2020 se propone fortalecer estas acciones tomando como referencia los avances en los indicadores priorizados, además, tomaron en cuenta las diferentes estrategias empleadas para la visita domiciliaria según el tipo de municipalidad y las lecciones aprendidas en los diferentes niveles de gestión.

A partir del segundo trimestre del año 2020 por la presencia de la pandemia por COVID-19 se estableció la estrategia del seguimiento telefónico a los niños que participan de la Meta 4, periodo en el que también se priorizó la formación de competencias en los Actores Sociales con el objeto de ofrecer visitas domiciliarias y seguimientos telefónicos de calidad a las madres y cuidadoras de niños de 4 a 11 meses de edad.

Es así, que, a partir del 2021, se considera como una de las principales actividades, la mejora de la calidad de la visita domiciliaria. (3) Por ello, los equipos de las Direcciones de Promoción de la Salud de las regiones son responsables del fortalecimiento de capacidades de los Actores Sociales. A través de las redes, microrredes y establecimientos de salud deben asegurar el cumplimiento de los Lineamientos para la Implementación de las Visitas Domiciliarias por Actor Social en la prevención, reducción y control de la anemia y desnutrición crónica infantil; todo ello en coordinación con la Instancia de Articulación Local (IAL) de sus respectivas municipalidades. (4)

Actualmente, garantizar la calidad de las visitas domiciliarias desarrolladas por el Actor Social capacitado, es una tarea muy importante de los gobiernos locales en coordinación con la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS). (4)

CAPÍTULO I

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

Durante el 2019, el Ministerio de Salud (MINSA) y el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), en coordinación con 865 municipios del país, en el marco del Programa de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal, implementaron la Meta 4: “Acciones de municipios para promover la adecuada alimentación, la prevención y reducción de anemia.” (1) Cuyo objetivo es contribuir al control de la anemia como problema de salud pública en niños menores de un año, a través de la visita domiciliaria oportuna y completa realizada por el Actor Social (AS). El AS es la persona seleccionada por la municipalidad en coordinación con el personal de salud, con formación y aprobación en los módulos de capacitación que integran la Meta 4, a fin de que realicen las visitas domiciliarias pagadas simbólicamente por disposición de las municipalidades.

Debido a la pandemia por COVID-19, a partir del segundo trimestre del 2020 se estableció la estrategia del seguimiento telefónico a los niños que participan en la Meta 4, por lo que se realizaron nuevas acciones de capacitación para la formación de competencias necesarias en el AS con el objeto de ofrecer visitas domiciliarias y seguimientos telefónicos de calidad a los cuidadores de niños de 4 a 11 meses de edad. Dicho proceso de capacitación se basó en la metodología de educación en modalidad virtual, considerando el escenario epidemiológico de la primera y segunda ola COVID-19 en nuestro país.

Durante el primer semestre 2021, se brindó capacitación virtual al AS, que comprendía cinco módulos básicos de formación, entre los que

estaba incluido el módulo de Protocolo de Visita Domiciliaria y Seguimiento Telefónico.

A partir de julio 2021, superada la segunda ola epidemiológica COVID-19, con una reducción significativa de casos a nivel de Lima Metropolitana, la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP) del Ministerio de Salud, considera prioritario retomar y reforzar la metodología de educación en modalidad presencial para fortalecer las habilidades del AS en la calidad de la visita domiciliaria a fin de redireccionar el nivel de Referencia Comunal de los niños comprendidos en Meta 4 hacia los establecimientos de salud de su jurisdicción.

El distrito de Chorrillos fue uno de los distritos priorizados por la ENSAP con la metodología que toma en cuenta los principios de la andragogía y los enfoques metodológicos del Aprendizaje Experiencial “Visita Domiciliaria de Calidad”, considerando el alto número de niños menores de un año comprendidos en la Meta 4 con un nivel de referencia comunal afectado negativamente por la emergencia sanitaria COVID-19.

En ese sentido, la presente investigación tiene como finalidad determinar la asociación del aprendizaje experiencial por el Actor Social y la referencia comunal de los niños comprendidos en Meta 4 a nivel de los establecimientos de salud de la ex Microred Urbana del distrito de Chorrillos en el cuarto trimestre 2021.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

- ¿Existe asociación entre el aprendizaje experiencial “Visita Domiciliaria de Calidad” modalidad presencial por el Actor Social y la referencia comunal de los niños comprendidos en Meta 4 a

nivel de los establecimientos de salud de la ex Microred Urbana del distrito de Chorrillos en el cuarto trimestre 2021?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es el nivel de aplicación del aprendizaje experiencial “Visita Domiciliaria de Calidad” modalidad presencial por el Actor Social en el cuarto trimestre 2021?
- ¿Cómo es la referencia comunal de los niños comprendidos en Meta 4, a partir del aprendizaje experiencial “Visita Domiciliaria de Calidad” modalidad presencial por el Actor Social en el cuarto trimestre 2021?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

- Determinar la asociación entre el aprendizaje experiencial “Visita Domiciliaria de Calidad” modalidad presencial por el Actor Social y la referencia comunal de los niños comprendidos en Meta 4 a nivel de los establecimientos de salud de la ex Microred Urbana del distrito de Chorrillos, en el cuarto trimestre 2021.

1.3.2. Objetivos específicos

- Describir el nivel de aplicación del aprendizaje experiencial “Visita Domiciliaria de Calidad” modalidad presencial por el Actor Social en el cuarto trimestre 2021.
- Analizar la referencia comunal de los niños comprendidos en Meta 4, a partir del aprendizaje experiencial “Visita Domiciliaria de

Calidad” modalidad presencial por el Actor Social en el cuarto trimestre 2021.

1.4. Limitantes de la investigación

1.4.1. Limitante teórica

La presente investigación ha considerado información valiosa del aprendizaje experiencial como metodología en el campo educativo, pero no ha hallado información de la aplicación de dicho aprendizaje en el desarrollo de los programas sociales dirigidos a la mejora de problemas de salud infantil a nivel comunitario.

1.4.2. Limitante temporal

La presente investigación evidenció limitación en el tiempo de acompañamiento al Actor Social, pues algunos realizan la visita domiciliaria en sus horarios disponibles en el contexto de la emergencia sanitaria COVID-19.

1.4.3. Limitante espacial

La jurisdicción de los establecimientos de salud de la ex microred Urbana del distrito de Chorrillos es dispersa y con una extensión territorial superior a lo establecido a los sectores sanitarios.

CAPÍTULO II

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. A nivel internacional

Fuentes D. en el año 2019 en Chile, realizó un estudio cuyo objetivo fue conocer los aportes de la teoría el aprendizaje experiencial a la formación de estudiantes de enfermería en un curso de psiquiatría de pregrado de una universidad privada chilena. El estudio fue de tipo cualitativo, el instrumento escrito fue diseñado, con una única pregunta abierta relativa a los aportes de la metodología aprendizaje experiencial. El estudio realizó un muestreo por conveniencia que incluyó 77 estudiantes. Resultados: De acuerdo a los cuatro ejes de la teoría del aprendizaje experiencial se mostró la facilitación del contacto con pacientes y mayor competitividad en el eje experiencia concreta; la disminución del estigma, el encuentro del sentido de aprendizaje y la profundización del autoconocimiento en el eje observación reflexiva; la comprensión de contenidos en el eje conceptualización abstracta; y finalmente en el eje experimentación activa se reveló metodologías innovadoras para el aprendizaje y la innovación en soluciones para pacientes. Se concluyó que la metodología aprendizaje experiencial contribuye a la formación de estudiantes de enfermería en psiquiatría en las cuatro áreas del modelo, al adaptarse a las circunstancias sociales y escenarios reales que experimentan los estudiantes y al superar la brecha existente entre la teoría y la práctica. (5)

Guevara, G y Solís, K. En el año 2017 en Costa Rica. Realizaron una investigación cuyo objetivo fue determinar los conocimientos y la modificación en los estilos de vidas que las personas realizan posterior a la visita del asistente técnico de atención primaria en

salud (ATAPS). El estudio fue analítico, observacional con enfoque cualitativo. Para la recolección de los datos se aplicó entrevistas a profundidad a las personas usuarias visitadas y se realizó un grupo focal con los ATAPS. La selección de ambos grupos fue al azar, 11 personas usuarias del servicio. Para el análisis de los datos, se estableció categorías de análisis desde la metodología de la teoría fundamentada. Resultados: Se identificó que las personas usuarias refieren una mayor adquisición de conocimientos cuando se abordó temas como dengue, la vacunación, el lavado de manos, la citología vaginal y una alimentación saludable y un predominio significativo del ama de casa en la participación de esta actividad, lo que al final limita la transmisibilidad de la información al resto de los integrantes. Con respecto a la modificación de prácticas, la mayoría de las personas expresan cambios en estilos de vida saludable y mayores facilidades para el acceso a los servicios de salud. Sobre el ítem de adquisición de conocimientos: Al consultar sobre la importancia de las tareas que realiza el ATAPS durante la visita, las personas participantes tienden a dar mayor reconocimiento a aquellas relacionadas con la prevención de enfermedades. El aspecto sobre referencias al centro de salud fue uno de los elementos que se asocian a un mayor bienestar y salud (información considerada de gran relevancia para los familiares). En cuanto al uso de las referencias para los familiares, entregadas a las personas entrevistadas que recibieron la visita domiciliaria, se identificó una mayor anuencia a asistir a los servicios de salud, gracias al uso de este recurso. Se concluyó que es importante entender la visita domiciliaria como un medio de aproximación entre las familias y el sistema de salud, que favorezca el acceso a los servicios de salud, mientras se constituye en un instrumento que humaniza la atención de las necesidades. (6)

2.1.2. A nivel nacional

González, D. en el año 2021, en el distrito de Trujillo, Perú. Realizó su investigación cuyo objetivo fue analizar la participación de los Actores Sociales en el programa de la lucha contra la anemia. El estudio fue descriptivo y cualitativo, el diseño fue fenomenológico debido a que su propósito principal es explorar, describir y comprender las experiencias de las personas. Se utilizó como instrumento la entrevista, se contrastó con la realidad y las teorías utilizadas, construyendo una interpretación desde el método inductivo. Se aplicó a 12 Actores Sociales de la Municipalidad Provincial de Trujillo. Resultados: Los Actores Sociales consideran que al crear un vínculo entre las madres fue vital, porque la información que se recoge y se entrega es confidencial y delicada, por lo tanto, debió existir confianza e interés, así también los Actores Sociales coinciden en que el rol que desempeñaron es educativo, de apoyo u orientativo, se pretende que las madres no solo aprendan conocimientos, sino también que, a través de las experiencias, ellas aprenden a decidir sobre la salud de su niño. Señalan que una adecuada comunicación entre Actor Social, Municipalidad y el centro de salud facilita que la población infantil de 4 a 11 meses pueda acceder al servicio de salud, prevenga o controle la anemia pues debido a las derivaciones se brindaban las facilidades para sacar cita a los niños para su tamizaje de hemoglobina, para los controles, para la entrega de hierro, esta articulación brindó soluciones para garantizar la continuidad del programa. Concluye que, los Actores Sociales participaron activamente en el programa de la lucha contra la anemia mediante la realización de las visitas domiciliarias y la gestión con los establecimientos de salud y la Municipalidad Provincial de Trujillo y que las capacitaciones brindadas a los Actores Sociales se realizan dos veces por mes, es decir son frecuentes y se desarrolla la parte

teórica y práctica. Dotándolos de conocimientos, pero también del desarrollo de habilidades sociales para el ejercicio de su trabajo. (7)

Maravi, M. en el año 2021 en Ate, Perú. Realizó la investigación cuyo objetivo fue investigar si existe relación entre los conocimientos que tienen los Actores Sociales y las funciones que realizan dentro del incentivo presupuestal del municipio de Ate para disminuir la anemia en la población infantil. El estudio de tipo básico, enfoque cuantitativo y diseño no experimental, transversal, descriptivo y correlacional. Se creó un cuestionario estructurado en el Google forms con 3 partes, el cual incluyó preguntas sobre conocimientos y funciones del Actor Social. El cuestionario fue aplicado a 97 Actores Sociales. Resultados: se realizó el análisis inferencial con Rho Spearman para determinar relación de dependencia entre dos variables, existe una relación directa baja y significativa entre la variable conocimientos y la dimensión capacitación de las funciones de los AS, y existe una relación directa baja y significativa entre la variable conocimientos y la dimensión coordinación de las funciones de los AS, siendo ésta labor de mayor práctica en el Actor Social cuyo objetivo principal en la visita domiciliaria es lograr que la madre acuda al establecimiento de salud a realizar la atención que corresponde según edad y condición del infante menor de 11 meses con los protocolos de seguridad que preservarán su vida. Concluye que, los conocimientos del Actor Social en relación con la dimensión capacitación y coordinación presentan una mejor correlación dentro de las 5 dimensiones identificadas en la investigación. Se recomienda capacitar de manera continua a todos los participantes de la estrategia principalmente a los AS con el fin de formar competencias, seguir apostando por una legión de Actores Sociales con participación activa desde el trabajo en equipo en la dimensión de coordinación para la comunidad, por la comunidad y con su comunidad. (8)

Ccapa, R. en el año 2021, en Lima, Perú. Realizó su tesis cuyo objetivo fue determinar la relación entre la prevalencia de anemia y las competencias de Actores Sociales del Gobierno Local de Lima. El estudio de tipo básico, enfoque cuantitativo, diseño no experimental, transversal correlacional. Se empleó un instrumento válido para la recolección de datos de las competencias de los Actores Sociales y para los datos de prevalencia la revisión documental de la base de datos del Gobierno Local de Lima. El instrumento fue aplicado a una muestra tipo censal de 80 Actores Sociales que laboran en el Gobierno Local. Resultados: una prevalencia de anemia de 15,6% (127) en los niños en quienes se realiza el seguimiento, y respecto a los Actores Sociales en cuanto a competencias 78,8% (60) tuvieron conocimientos altos, 67,5% (54) actitudes positivas y 97,5% (78) prácticas positivas. Concluye que, no se evidencia una relación significativa entre las variables estudiadas, por lo que, hay una relación nula entre las competencias de Actores Sociales y la prevalencia de anemia en el gobierno local de Lima. Es así que se recomienda continuar con el programa de capacitaciones y acompañamientos a los Actores Sociales con la finalidad fortalecer sus capacidades, liderazgo y empoderamiento para ofrecer una mejor calidad en las visitas domiciliarias, para lograr sensibilizar a las madres y cuidadores y generar un cambio de comportamiento a mejora y bienestar de la población infantil. Además de recomendar realizar estudios longitudinales que permitan un seguimiento a las capacidades de los Actores Sociales o realizar estudios cualitativos que permitan comprender el comportamientos y percepción de los Actores Sociales del programa, para lograr identificar los cuellos de botella y proponer estrategias de mejora para promover el sentido de pertenencia con la actividad. (9)

Piscoya, C. en el año 2020, en el distrito de Chiclayo, Perú. Realizó su tesis cuyo objetivo fue determinar el efecto del aprendizaje experiencial de Kolb sobre el desarrollo de habilidades blandas de los alumnos. La investigación fue de tipo experimental (Cuasi experimental). Se aplicó un cuestionario como instrumento de recolección de datos, para medir el efecto del aprendizaje experiencial y también de habilidades blandas. La muestra fue de 440 estudiantes de pregrado de la Facultad de Veterinaria de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo y de la Universidad Nacional de Cajamarca. Resultados: El porcentaje promedio de los valores obtenidos en habilidades blandas: pretest en estudiantes de Medicina Veterinaria de la Universidad Nacional de Cajamarca fue 71.74% y Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo 69.45%. El porcentaje promedio de los valores obtenidos en habilidades blandas en el posttest en estudiantes de Medicina Veterinaria fue 87.70%. concluye que, al comparar los promedios en porcentaje del pretest y el posttest se encontró diferencias altamente significativas ($p < 0.01$), siendo el posttest el que alcanzó mayores porcentajes 87.70% y el pretest en los estudiantes de Medicina Veterinaria de la Universidad Nacional de Cajamarca fue de 71.74% y Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo 69.45%. Se muestra efecto del aprendizaje experiencial sobre el desarrollo de habilidades blandas. (10)

Guerrero, E y Ore, S. en el año 2019, en Lima, Perú. Realizaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar la efectividad de la intervención “Meta 4: Acciones de los municipios para promover la adecuada alimentación, prevención y reducción de la anemia” del año 2019 en distritos priorizados e identificar recomendaciones de política viables para la mejora de la implementación de esta intervención. El estudio utilizó bases de datos de información de data primaria correspondiente al Ministerio de Salud (MINSA). Se usó el método de variables instrumentales en sus versiones de corte transversal y

panel de datos. Se dispuso de data de abril 2019 a junio 2020. Resultados: se dividen en 2 fases, en la preventiva: existen efectos positivos y significativos en la variable de hemoglobina, se encontró que, para el grupo de niños/as que en promedio se estaban con una prevalencia de anemia de 34.6% y un nivel de hemoglobina de 11.09 g/dL, una visita domiciliaria en el marco de Meta 4 reduce la anemia en 1.45% e incrementa la hemoglobina en 0.08%. En fase recuperativa: donde la muestra en análisis posee un promedio de la hemoglobina de 10.33 g/dL y una prevalencia de anemia de 62.1%, se encontró que una visita domiciliaria adicional incrementa la hemoglobina 0.022 g/dL y reduce la prevalencia de anemia en 1 p.p. Concluye que, se debería dar acciones de mejora en relación a las relaciones interpersonales durante las visitas domiciliarias, elaborar guías específicas del relacionamiento que debe mantener el Actor Social con los padres o cuidadores del niño/a, así como un programa de capacitaciones para los Actores Sociales sobre este tema. (11)

Bustamante, F. En el año 2016, en Lima, Perú. Realizó su estudio cuyo objetivo fue evaluar en qué medida influye la aplicación de la metodología experiencial de Kolb en el aprendizaje del curso de Comunicación Efectiva en los estudiantes de la Asociación Automotriz del Lima. El estudio fue experimental del tipo cuasi-experimental. Tuvo diseño comparativo formado por dos grupos: grupo experimental y el grupo control, constituido por 27 de cada grupo de los estudiantes, el tipo de muestreo utilizado es el no probabilístico, intencionado. Se aplicó un test de aprendizaje que se reflejó a través de los cuestionarios y una tarea individual aplicativa al inicio y final del curso, que corresponde al producto del curso. Resultados: se evidencia que la aplicación de la metodología experiencial de Kolb tuvo efectos significativos en el aprendizaje del curso Comunicación Efectiva, debido a que se incrementó el 45 % de las capacidades en el desarrollo del curso Comunicación

Efectiva del grupo experimental, respecto a las del grupo control. Concluye que, si bien la investigación se centró en el uso de la metodología experiencial de Kolb, como medio para mejorar el rendimiento académico de los estudiantes del curso Comunicación Efectiva, de manera que se genere cambios de actitud y comportamiento en los actores involucrados en el transporte. También se puede ampliar la propuesta para aplicarlo en el sector público a fin de contribuir con la mejora de la eficiencia y la gobernabilidad en las instituciones del Estado. (12)

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Teorías del aprendizaje experiencial

En el presente, el aprendizaje experiencial atiende a la necesidad de que el aprendizaje se haga más significativo para un desarrollo integral, al resaltar la relación entre la persona y su entorno.

La dirección ontogenética del constructivismo plantea que el desarrollo cognoscitivo del individuo parte de factores hereditarios muy elementales, para ser construido por él mediante un proceso psicogenético, a partir de la base principal del constructivismo general donde el acto de conocer consiste en una construcción progresiva del objeto por parte del sujeto. (13)

Este aprendizaje experiencial tiene sus fundamentos en el constructivismo, porque a partir de la experiencia en la realidad y la reflexión sobre la misma, busca construir conocimiento y significado. Autores como Jean Piaget, John Dewey, Lev Vygotsky y David Kolb han realizado importantes aportes a la teoría del aprendizaje experiencial. (14)

2.2.1.1. La teoría constructivista de Jean Piaget.

Para Piaget, el desarrollo cognoscitivo es un proceso continuo en el cual la construcción de los esquemas mentales es elaborada a partir de los esquemas de la niñez, en un proceso de reconstrucción constante (construcción de la inteligencia mediante secuencia de momentos de desequilibrio provocados por las perturbaciones exteriores y momentos de equilibrio dados por la actividad del sujeto que permite compensar para lograr un nuevo equilibrio). Esto ocurre en una serie de etapas o estadios sucesivos y jerárquicos de las estructuras intelectuales que responden a un modo integrativo de evolución. En cada uno de estos estadios o etapas se produce una apropiación superior al anterior con cambios cualitativos y cuantitativos, que pueden ser observables por cualquier persona. El cambio implica que las capacidades cognitivas sufren reestructuración. (13)

Los estudios de Piaget concluyen que son varios los factores esenciales, complejos (crecimiento orgánico y la maduración, la experiencia y las interacciones y transmisiones sociales) e insuficientes por sí mismos, por lo que se deben contemplar integralmente, para el desarrollo cognitivo y el proceso mediante el cual el estudiante logra construir su aprendizaje. (14)

2.2.1.2. La teoría constructivista de John Dewey

El filósofo John Dewey enmarca su filosofía de la educación dentro del pragmatismo y a la corriente del instrumentalismo. La idea principal de Dewey era la estrecha relación entre la educación con la experiencia personal, para él, la educación era una reorganización o reconstrucción constante de la experiencia, cuyo objetivo se encontraría en el propio proceso; esto suponía involucrar a los procesos educativos en el ámbito de los procesos sociales a nivel comunitario.

Como expone Gleason, M., Dewey enfatiza que “existe una íntima y necesaria relación entre los procesos de la experiencia real y la educación, coincidiendo con Schön, en que el proceso de reflexión y pensamiento derivados de la experiencia detonan el aprendizaje; además señala que la experiencia conlleva al aprendizaje permanente y al desarrollo de la persona. (14).

2.2.1.3. La teoría constructivista de Lev Vygotsky

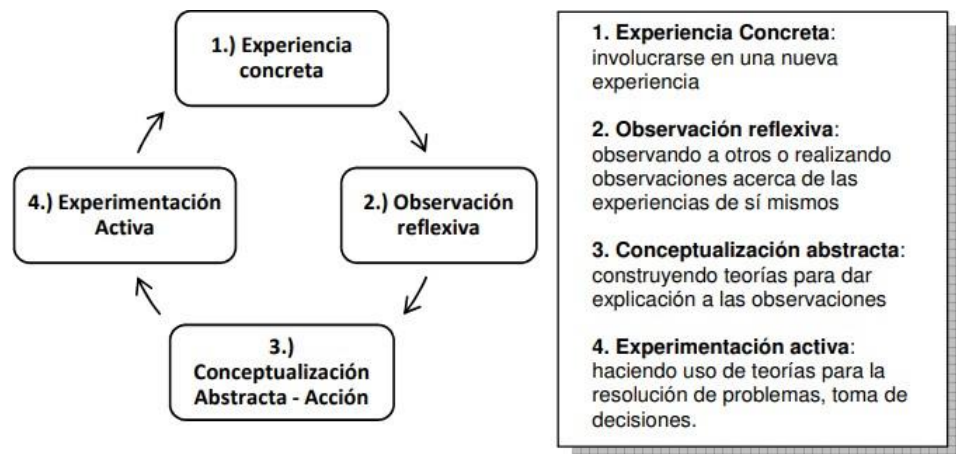
Lev Vygotsky es considerado el precursor del constructivismo social por sus diferentes aportaciones, fundamentados en considerar al individuo como el resultado del proceso histórico y social donde el lenguaje desempeña un papel esencial; a su vez postulaba que el conocimiento era un proceso de interacción entre el individuo y el medio sociocultural no solamente físico.

El autor puntualizaba que aprendizaje y desarrollo se influyen mutuamente, pues el aprendizaje genera un área de desarrollo potencial que denomina zona de desarrollo próximo, en la cual el aprendizaje es moldeado por las relaciones sociales, el entorno cultural y las actividades. (14)

2.2.1.4. La teoría constructivista de David Kolb

El modelo de aprendizaje experiencial consiste en un proceso cíclico de cuatro etapas, en el que la persona parte de una experiencia concreta hacia una experimentación activa, pasando previa y ordenadamente por la observación reflexiva y la conceptualización abstracta, como se demuestra en la siguiente figura 1:

Figura 1. Ciclo experiencial de Kolb. (12)



Fuente: adaptado de Bird (2002)

La teoría del aprendizaje experiencial plantearía un modelo compuesto de (6):

- a. Experiencia concreta, donde el estudiante capta y percibe nueva información a través de los sentidos, del contacto, con los aspectos tangibles de la experiencia. Se incluyen en esta etapa actividades como la simulación, observación, videos y conjuntos de problemas.
- b. Observación reflexiva, donde el estudiante procesa la experiencia, otorgándole sentido a lo observado y reflexionando sobre la conexión entre lo que se hace y las consecuencias de las acciones. Se incluyen en esta etapa actividades como preguntas de procesamiento, lluvia de ideas y discusiones, entre otras.
- c. Conceptualización abstracta, donde el estudiante obtiene nueva información (percibe) pensando. Por medio del pensamiento, obtiene nuevos conceptos, ideas y teorías que orientan la acción. Se incluyen en esta etapa

actividades como analogías y construcción de modelos, entre otros.

- d. Experimentación activa, donde el estudiante comprende y procesa la nueva información haciendo, implicándose en nuevas experiencias y experimentando en forma activa para comprender.

El ciclo de aprendizaje experiencial de Kolb (Kolb, 1984) perfecciona el trabajo de otros autores en este sentido como Dewey (1938) y Piaget (1978). Se centra en la idea de que el aprendizaje experiencial existe como una forma particular de aprendizaje distinguida por el papel central que la experiencia juega en el proceso de aprendizaje. Este modelo supone que para aprender algo se debe trabajar o procesar la información que se recibe. Según esto, podemos partir de una experiencia directa y concreta; o bien de una experiencia abstracta, que es la que tenemos cuando leemos acerca de algo o cuando alguien nos lo cuenta. (14,15)

Así, las experiencias que tengamos, concretas o abstractas, se transforman en conocimiento cuando las elaboramos de alguna de estas dos formas: bien reflexionando y pensando sobre ellas, o bien experimentando de forma activa con la información recibida. Por esta razón, los métodos o técnicas a utilizar deben favorecer que el estudiante se involucre en su experiencia de aprendizaje: es él quien debe observar, probar, analizar y participar en las distintas actividades del proceso para integrar los nuevos conocimientos. (14,15)

2.2.2. Atención Primaria de Salud basado en el Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el “Pacto 30-30-30 APS Para la Salud Universal” reafirman que la salud universal es la base del sistema de salud asentado en los valores de derecho a la salud, la equidad y la solidaridad de la APS. Asimismo, aseveran que las cuatro líneas de la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son la ampliación del acceso equitativo a servicios de salud integrales e integrados, de calidad, y centrados en las personas, las familias y las comunidades; el fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza de los sistemas de salud; el aumento y la mejora del financiamiento con equidad y eficiencia, y el avance hacia la eliminación del pago directo; y el fortalecimiento de la coordinación y de la acción intersectorial para promover políticas públicas que incidan en las barreras de acceso y en los determinantes de la salud. (16)

Dicho Pacto constituye un llamado a la acción para lograr los objetivos de la salud universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible en el 2030 considerando la transformación de los sistemas de salud para el 2030 con base en la Atención Primaria de Salud con participación social, real e inclusiva con especial atención en los grupos vulnerables; reducir las barreras de acceso a la salud; y destinar al menos un 30% del gasto público en salud al primer nivel de atención. (16)

En ese panorama, el Ministerio de Salud del Perú aprueba el Modelo de Cuidado Integral por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI) con el fin de mejorar las condiciones de vida y el de la salud de la población nacional, fortaleciendo los avances alcanzados mediante el rediseño de los procesos y

procedimientos necesarios para lograr el acceso universal y la cobertura universal de las necesidades de salud de la persona, familia y la comunidad. Para ello, el MCI incluye a la visita domiciliaria como la actividad de salud realizada con el objetivo de desarrollar acciones de captación, acompañamiento y seguimiento dirigida a la persona, familia y comunidad. (17)

2.3. Conceptual

Considerando que la formación del Actor Social permite el fortalecimiento de capacidades para la realización de la visita domiciliaria, resulta relevante que el aprendizaje experiencial sea aplicado en el quehacer diario para efectos en la salud comunitaria, por ende, la presente investigación desarrollará los siguientes conceptos:

2.3.1. Metodología del Aprendizaje Experiencial

2.3.1.1. Origen y definición del aprendizaje experiencial

Entendemos que el aprendizaje es un proceso complejo y activo que no solo incluye la entrega de información o conocimiento sino también el desarrollo de actitudes, habilidades y conductas.

El aprendizaje basado en experiencia fue desarrollado por David Kolb a principios de los años 70, el cual el concepto de estilos de aprendizaje dentro de su modelo de aprendizaje por experiencia y lo describe como *"algunas capacidades de aprender que se destacan por encima de otras como resultado del aparato hereditario de las experiencias vitales propias y de las exigencias del medio ambiente actual...llegamos a resolver de manera característica los conflictos entre el ser activo y reflexivo y entre el ser inmediato y analítico. Algunas personas desarrollan mentes que sobresalen en la conversión de hechos dispares en teorías coherentes y, sin embargo, estas mismas personas son incapaces de deducir hipótesis a partir de su*

teoría, o no se interesan por hacerlo; otras personas son genios lógicos, pero encuentran imposible sumergirse en una experiencia y entregarse a ella". (18)

2.3.1.2. Dimensiones de la metodología del aprendizaje experiencial:

Kolb identificó dos dimensiones principales del aprendizaje: la percepción y el procesamiento. Decía que el aprendizaje es el resultado de la forma como las personas perciben y luego procesan lo que han percibido. (18)

Describió los siguientes tipos de percepción:

- Las personas que perciben a través de la experiencia concreta.
- Las personas que perciben a través de la conceptualización abstracta (y generalizaciones).

A medida que iba explorando las diferencias en el procesamiento, Kolb también encontró ejemplos de ambos extremos:

- Algunas personas procesan a través de la experimentación activa (la puesta en práctica de las implicaciones de los conceptos en situaciones nuevas).
- Mientras que otras a través de la observación reflexiva.

La yuxtaposición de las dos formas de percibir y las dos formas de procesar es lo que llevó a Kolb a describir un modelo de cuatro cuadrantes (Figura N°2) para explicar los estilos de aprendizaje:

- Involucrarse enteramente y sin prejuicios a las situaciones que se le presenten.
- Lograr reflexionar acerca de esas experiencias y percibirlas desde varias aproximaciones.
- Generar conceptos e integrar sus observaciones en teorías lógicamente sólidas.
- Ser capaz de utilizar esas teorías para tomar decisiones y solucionar problemas.

Figura N°2: Modelo de Cuatro Cuadrantes



FUENTE: (18)

- Experiencia concreta: capacidad de aprender a través de los sentidos o sentimientos (Gogus y Ertek, 2016)
- Observación – reflexión: observación capacidad de observar y reflexionar sobre lo que se hace y lo comparamos con los resultados: inductivo (Gogus y Ertek, 2016).

- Conceptualización abstracta: capacidad de generar conocimientos o teorías mediante el pensamiento (Gogus y Ertek, 2016)
- Aplicación o experiencia activa: se define como procesamiento mediante el cual se aprende haciendo, deductivo (Gogus y Ertek, 2016)

2.3.1.3. Aplicación del aprendizaje experiencial:

Fuentes D. en su estudio sobre aportes del Aprendizaje Experiencial a la formación de estudiantes de Enfermería en Psiquiatría en Chile en el año 2019. Al aplicar la metodología del aprendizaje experiencial 77 estudiantes de acuerdo a los cuatro ejes de la teoría del aprendizaje experiencial, concluyó que la metodología contribuye a la formación de estudiantes de enfermería en psiquiatría en las cuatro áreas del modelo, al adaptarse a las circunstancias sociales y escenarios reales que experimentan los estudiantes y al superar la brecha existente entre la teoría y la práctica. (5)

Piscoya, C. en su investigación sobre Desarrollo de las habilidades blandas mediante el aprendizaje experiencial en los estudiantes de la Facultad de Medicina Veterinaria realizada en Chiclayo en el año 2020. Concluyó que al comparar los promedios en porcentaje del pretest y el postest se encontró diferencias altamente significativas por lo que determina que hubo efecto significativo del aprendizaje experiencial sobre el desarrollo de habilidades blandas. (10)

Bustamante, F. realizó el estudio sobre Influencia de la metodología experiencial de Kolb, en el aprendizaje significativo del curso de Comunicación Efectiva en los estudiantes de la Asociación Automotriz, realizado en Lima en el año 2016. Con un

diseño comparativo formado por dos grupos: grupo experimental y el grupo control, constituido por 27 de cada grupo de los estudiantes. Evidenció que la aplicación de la metodología experiencial de Kolb tuvo efectos significativos en el aprendizaje del curso Comunicación Efectiva, debido a que se incrementó el 45% de las capacidades en el desarrollo del curso Comunicación Efectiva del grupo experimental, respecto a las del grupo control. (12)

La presente investigación contemplará que los aprendizajes obtenidos con esta propuesta metodológica, son llevadas a la acción e integradas en la práctica cotidiana, donde el Actor Social las aplica en los tres momentos de la visita domiciliaria y en el proceso de retroalimentación, de esta manera la realidad se enriquece y se transforma generando un cambio. Pero a su vez se nutre o genera nuevas reflexiones o necesidades de aprendizaje, que son trasladados otra vez al espacio formativo y así cíclicamente. El proceso de aprendizaje trasciende al espacio formativo formal, y se continua en la vida cotidiana, donde se validan los conocimientos, habilidades, se retroalimentan y se integran y enriquecen en el siguiente proceso de formación. (4)

El presente estudio presentará el aprendizaje experiencial aplicado por el Actor Social en el desarrollo de la Visita Domiciliaria de Calidad y en su proceso de retroalimentación, como a continuación se detalla:

A. Aprendizaje experiencial aplicado en los momentos de la visita domiciliaria de calidad:

La visita domiciliaria consta de tres momentos:

- a. Inicio
- b. Desarrollo
- c. Cierre

Cada momento de la visita domiciliaria de calidad será ejecutada considerando tres de las cuatro dimensiones (experiencia concreta, observación reflexiva, conceptualización abstracta) que constituyen la variable aprendizaje experiencial “Visita Domiciliaria de Calidad”, según se detalla a continuación:

a. Experiencia concreta aplicada en el inicio de la visita domiciliaria: “Experiencia concreta” primera etapa del ciclo aprendizaje experiencial de Kolb, será aplicada por el Actor Social en el primer momento de la visita domiciliaria “Inicio”, la cual será asociada con los siguientes indicadores:

- El Actor Social saluda con amabilidad. Por ejemplo: “Buen día”.
- El Actor Social se dirige a la madre, padre o cuidador por su nombre. Por ejemplo: “Sra. Lucia muy buena tarde”.
- El Actor Social establece relación de confianza y respeto con la madre.
- El Actor Social se identifica correctamente. Por ejemplo:” Yo soy la Actora Social Violeta, vivo en esta comunidad, trabajo con la Municipalidad de Chorrillos y el Establecimiento de Salud de Armatambo apoyando en la lucha contra la anemia”
- El Actor Social explica el motivo de la visita. Por ejemplo: “El motivo de mi visita es para verificar como le va en el consumo de suplemento de hierro a su hijita, Pierina”
- El Actor Social solicita frasco con hierro. Por ejemplo: “Me podría por favor enseñar el frasco de suplemento de hierro de su hijita, Pierina”

b. Observación reflexiva aplicada en el desarrollo de la visita domiciliaria: “Observación reflexiva” segunda etapa del ciclo aprendizaje experiencial de Kolb, será aplicada por el Actor Social en el segundo momento de la visita domiciliaria “Desarrollo”, con los siguientes indicadores asociados a las preguntas contenidas en el

formato N°2 (Ficha para la Visita Domiciliaria por Actor Social a niñas y niños de 4 a 5 meses) y en el formato N° 3 (Ficha para la Visita Domiciliaria por Actor Social a niñas y niños de 6 a 11 meses):

- El Actor Social explora el consumo de hierro con preguntas abiertas, pide a la madre que demuestre o explique cómo le da el hierro a su niño o niña. En caso de evidenciar algún inconveniente en el consumo del suplemento de hierro, se brindará orientación a la madre o cuidador (a).
- El Actor Social explora sobre el tema abordado según sesión con preguntas abiertas. Utilizando el laminario e indicando la sesión a desarrollar, apoyándose con el reverso de lámina 2 y 3 (dependiendo de la edad de la niña o niño) “Respuestas a la madre sobre el consumo de hierro”. Al hacer preguntas abiertas fomenta mayor participación de la madre, el Actor Social puede empezar con “qué”, “cómo”, “¿en qué momento?”, “¿por qué?”, “¿de qué?”. Por ejemplo: ¿Qué observa en la imagen?, ¿Cómo realiza esta práctica en el cuidado de su niño? ¿En qué momento realiza esta práctica? ¿Por qué será importante seguir estas recomendaciones? ¿De qué manera esto ayudará en la salud de Pierina (indicar el nombre del niño)?

- c. Conceptualización abstracta aplicada en el desarrollo y cierre de la visita domiciliaria:** “Conceptualización Abstracta” tercera etapa del ciclo aprendizaje experiencial de Kolb, será aplicada por el Actor Social en el segundo y tercer momento de la visita domiciliaria “Desarrollo” y “Cierre” respectivamente, esta dimensión será asociada a los siguientes indicadores:

Indicadores asociados a la Conceptualización Abstracta aplicada al segundo momento de la visita domiciliaria; las mismas que se detallan a continuación

- El Actor Social desarrolla de la sesión que ha preparado utilizando el laminario.
- El Actor Social brinda el mensaje clave.
- Una vez finalizada la interacción del Actor Social, este suscita que la madre o cuidador del menor enfatice de manera sencilla el mensaje clave que brindó.
- El Actor Social hace preguntas a la madre sobre el tema tratado para saber si se ha dejado entender. Por ejemplo: ¿Qué hemos aprendido hoy? ¿Puedes mencionarme las ideas importantes que hemos tratado? ¿Qué te llamo más la atención de lo que hemos conversado?
- En caso de presentarse alguna dificultad para realizar el cumplimiento del mensaje clave, el Actor Social brinda solución alterna para cumplimiento de mensaje clave.

Indicador asociado a la Conceptualización abstracta aplicada al tercer momento de la visita domiciliaria; como se detalla a continuación

- El Actor Social genera mínimo un compromiso con la mamá para ser verificado en la siguiente visita, éste debe nacer de la madre, para ello nos apoyamos en las siguientes preguntas: ¿Qué de lo aprendido hoy lo pondría en práctica? ¿En qué podrías mejorar para el cuidado de tu niño en prevenir/recuperar de la anemia?

B. Aprendizaje experiencial aplicado en el proceso de retroalimentación.

La “Experimentación activa” es la cuarta y última parte del ciclo aprendizaje experiencial de Kolb que será aplicada en el proceso de retroalimentación del Actor Social, teniendo como indicadores la participación activa y la valoración adecuada del Actor Social, así como el registro correcto del proceso de retroalimentación en la Ficha “Autoevaluando mis Visitas Domiciliarias”.

2.3.2. Referencia Comunal través de la visita domiciliaria de calidad

2.3.2.1. Programa de Incentivos Municipales Meta 4

Meta 4 es un programa que tiene acciones para promover la adecuada alimentación y la reducción de la anemia, se viene desarrollando dentro del Programa de Incentivos a las Municipalidades desde 2019, que busca generar un cambio de comportamiento en los beneficiarios del programa, a través de seguimiento nominal de los niños menores de 12 meses mediante visitas domiciliarias y llamadas telefónicas; asimismo como una actividad compartida de responsabilidades tanto por gobiernos locales, autoridades de salud y participación ciudadana, mediante los Actores Sociales, que trabajan en equipo para lograr el acceso a servicios de salud y la adherencia al suplemento de hierro. (9)

2.3.2.2. Visita Domiciliaria de Calidad a través de Meta 4

Como se mencionó anteriormente las visitas domiciliarias son un medio de conexión directa con los beneficiarios, la visita domiciliaria es una actividad básica en la atención primaria en diferentes sistemas de salud desarrollada por un personal capacitado. La Visita Domiciliaria de Calidad que se realiza en el marco de las actividades de Meta 4 es una actividad que permite la interacción con la familia en la lucha contra la anemia, sin embargo, no solo se basa en conocimiento sino también en el desarrollo de actitudes, habilidades y conductas. Considera entre sus características: (4)

- Oportuna: Niño recibe la visita domiciliaria con un intervalo de tiempo no menor de 7 días ni mayor de 10 días, entre una visita y otra.

- **Completa:** Se considera completa cuando el niño recibe la cantidad de visitas domiciliarias de acuerdo con su edad, en el mes de evaluación.
- **Tiempo de interacción durante la visita:** la visita domiciliaria debe ser realizada en un tiempo no menor a 20 minutos, y según protocolo de Visita Domiciliaria, que incluya los mensajes claves priorizados de manera dosificada y establecer compromisos de mejora.
- **Verificación del consumo de hierro:** permite informar, verificar, reforzar y persuadir a las familias sobre la necesidad del consumo diario de hierro y la importancia de su correcto almacenamiento, datos registrados en los formatos 2 y 3.
- **Uso de mensajes claves:** permite promover cambios de comportamiento y prácticas saludables en la madre o cuidador, de manera progresiva entre visita y visita, tomando en cuenta la edad y la condición de los niños visitados.
- **Felicitación a la madre o cuidadora:** el Actor Social establece una relación de confianza, respecto y diálogo que al FELICITAR a la madre posibilita mejorar las prácticas familiares de alimentación y cuidado de los niños menores de un año. Genera un compromiso con la madre o cuidador a fin que los mensajes claves transmitidos por el Actor Social sean cumplidos.
- **Referencia oportuna y efectiva:** el Actor Social en coordinación con el personal de salud refiere a los niños visitados a la IPRESS que le corresponde, ante la identificación de algunas situaciones de alerta.

2.3.2.3. La importancia de la referencia comunal a través de la Visita Domiciliaria de Calidad de Meta 4

Durante la Visita Domiciliaria de Calidad, se podrá referir a los beneficiarios según sea cada caso, a través de la tarjeta de referencia comunal, el Actor Social debe detallar las condiciones por el cual el niño es referido al establecimiento de salud para su atención. Una vez entregada la tarjeta, deberá persuadir a la madre o cuidador a fin de que pueda llevar a su niño en un plazo máximo de 7 días al establecimiento de salud indicado y que muestre la tarjeta de referencia comunal para que le facilite una atención preferencial. (2)

Además, si durante una visita domiciliaria efectuada por el Actor Social a niños menores de un año, se identifica la necesidad de referir al niño a un EE.SS., esta visita será considerada como Visita Domiciliaria en el aplicativo (es decir forma parte de las 3 visitas que debe recibir el niño en el mes). La entrega de una Tarjeta para Atención Preferencial en Anemia de un niño menor de un año, debe ser registrada en el Formato 1 ó 2 correspondiente al niño señalando el motivo, a fin de facilitar su consolidación por el aplicativo web y/o móvil de visitas domiciliarias y su posterior seguimiento. (2)

La tarjeta presenta dos caras, una anterior donde van los datos generales del niño visitado y otra posterior donde se describen los motivos por el cual deberá ser referido el niño. La Tarjeta de Referencia Comunal se utilizará para todo niño menor de 12 meses que se encuentren dentro de algunas de las siguientes condiciones y requieren ser atendidos en el EE.SS.: (3)

- Para que le entreguen hierro en gotas para prevenir la anemia en el niño entre 4 y 5 meses de edad.

- Para continuar el tratamiento con hierro en gotas o jarabe ya que su niño tiene anemia.
- Le realicen el despistaje de anemia a los 6 meses.
- Le realicen el control de hemoglobina a su niño al primero, tercero y sexto mes de iniciado su tratamiento de anemia.
- Le entreguen micronutrientes para prevenir la anemia en niños mayores de 6 meses.
- Le programen la fecha de asistencia a una sesión demostrativa de preparación de alimentos ricos en hierro para prevenir la anemia.
- Otras atenciones (se considera abierta para otros casos particulares hallados en la visita de campo tales como la inasistencia a sus controles, vacunas o porque tiene algún problema de salud).

Previo a lo anterior, se debe coordinar con el personal del establecimiento de salud para que le brinde al niño derivado de la Visita Domiciliaria de Calidad, su atención preferencial. En estos casos la visita es registrada como “visita de referencia”, y una vez atendido el niño por el establecimiento de salud, se podrá realizar las visitas de seguimiento que le correspondan.

2.4. Definición de términos básicos:

Actor Social (AS): Los Actores Sociales son los encargados de realizar las visitas domiciliarias y registrar la información correspondiente utilizando sus dispositivos móviles a través del “Aplicativo informático de registro de visitas domiciliarias por Actores Sociales”. (1)

Aplicativo informático de registro de visitas domiciliarias por Actores Sociales: Aplicativo informático implementado por el Ministerio de Salud para la gestión de las visitas domiciliarias en el marco del Programa Articulado Nutricional (PAN). El acceso a este aplicativo es a través de una página web, y contempla también una app móvil para el registro de las VD. (1)

Meta 4: “Acciones de municipios para promover la adecuada alimentación, la prevención y reducción de la anemia” tiene como objetivo el desarrollo de acciones municipales y comunitarias eficaces en la mejora de la alimentación, prevención de la anemia en niñas y niños menores de 1 año, incidiendo asimismo en el logro de familias con alimentación saludable. (3)

Metodología del aprendizaje experiencial: (18) La eficacia del aprendizaje basado en la experiencia o aprendizaje experiencial, se caracteriza precisamente por defender que “se aprende haciendo”. De este modo, los defensores de esta teoría consideran que el alumno debe participar activamente en su propio proceso de aprendizaje de manera que se vea potenciada su capacidad de aprender a aprender, comprendiendo la forma de aprendizaje de uno mismo y los procesos que se requieren para ello (Rivera, 1996).

Padrón Nominal: Es una herramienta que permite realizar un registro en línea de niños y niñas menores de un año y verificar en tiempo real su identidad, manteniendo su registro actualizado y facilitando su verificación a nivel local. Contiene nombres y apellidos, DNI, nombres y apellidos de la madre y el padre, dirección, pertenencia a programas sociales, tipo de seguro, entre otros. Tiene más de 30 variables. (19)

Referencia comunal: es realizada a través de una Tarjeta de Atención Preferencial, documento entregado por parte del Actor Social, a la madre,

padre o cuidador del niño ante la identificación de situaciones como: falta de gotas o jarabe (suplemento de hierro) o el tamizaje de anemia, que en un plazo máximo de 7 días deberá acudir al establecimiento de salud, con la finalidad de facilitar una atención preferencial y asegurar la atención oportuna del menor. (1)

Visita domiciliaria (VD): Es una estrategia de seguimiento y acompañamiento en domicilio a la familia con niños menores de 12 meses, realizada por el Actor Social capacitado. La visita domiciliaria constituye una oportunidad de interacción con la familia que permitirá reforzar las prácticas de consumo de gotas o jarabe de hierro o micronutrientes, que han sido entregados en el servicio de salud, y las prácticas de alimentación infantil y de higiene. Las visitas domiciliarias serán validadas por los EE.SS. (1)

Visita Domiciliaria y Seguimiento Telefónico por Actor Social: Es una estrategia de seguimiento y acompañamiento en domicilio a la familia con niños menores de 12 meses o través de una llamada telefónica, realizada por el Actor Social capacitado. La Visita Domiciliaria y el Seguimiento Telefónico constituyen una oportunidad de interacción con la familia que permite reforzar las prácticas de consumo de hierro o micronutrientes en gotas o jarabe, que han sido entregados en el servicio de salud, y las prácticas de alimentación infantil y de higiene. (3)

CAPÍTULO III

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis general

H1. Existe asociación entre el aprendizaje experiencial “Visita Domiciliaria de Calidad” modalidad presencial por el Actor Social y la referencia comunal de niños comprendidos en Meta 4 a nivel de los establecimientos de salud de la ex Microred Urbana del distrito de Chorrillos en el cuarto trimestre 2021.

Ho. No existe asociación entre el aprendizaje experiencial “Visita Domiciliaria de Calidad” modalidad presencial del Actor Social y la referencia comunal de niños comprendidos en Meta 4 a nivel de los establecimientos de salud de la ex Microred Urbana del distrito de Chorrillos en el cuarto trimestre 2021.

3.1.2. Hipótesis específicas

H1. El aprendizaje experiencial “Visita Domiciliaria de Calidad” modalidad presencial es aplicado totalmente por el Actor Social en el cuarto trimestre 2021.

Ho. El aprendizaje experiencial “Visita Domiciliaria de Calidad” modalidad presencial no es aplicado totalmente por el Actor Social en el cuarto trimestre 2021.

H2. La referencia comunal de los niños comprendidos en Meta 4 es positiva al aplicar totalmente el aprendizaje experiencial “Visita

Domiciliaria de Calidad” modalidad presencial por el Actor Social en el cuarto trimestre 2021.

Ho. La referencia comunal de los niños comprendidos en Meta 4 no es positiva al aplicar totalmente el aprendizaje experiencial “Visita Domiciliaria con Calidad” modalidad presencial por el Actor Social en el cuarto trimestre 2021.

3.2. Definición conceptual de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Variable 1 Aprendizaje experiencial “Visita Domiciliaria de Calidad” en modalidad presencial aplicado por el Actor Social.	Es el modelo de aprendizaje, basado en la teoría del aprendizaje experiencial de Kolb que plantea la forma particular de aprender por el papel central que la experiencia juega en el proceso de aprendizaje, de manera que potencia su capacidad de aprender a aprender, comprendiendo la forma de aprendizaje de uno mismo y los procesos que se requieren para ello. (14)	Es la aplicación del aprendizaje experiencial “Visita Domiciliaria de Calidad” por el Actor Social en los momentos de la visita domiciliaria y el proceso de retroalimentación, desde la experiencia concreta asociada al inicio de la visita domiciliaria, observación reflexiva asociada al desarrollo de la visita domiciliaria, conceptualización abstracta asociada al desarrollo y cierre de la visita domiciliaria, y la experimentación activa asociada al proceso de retroalimentación.
Variable 2 Referencia comunal	Es un procedimiento que traslada la atención de salud del niño comprendido en Meta 4, luego de ser visitado por el Actor Social hacia el establecimiento de salud al cual está adscrito.	Número de niños comprendidos en Meta 4 derivados mensualmente por el Actor Social al establecimiento de salud al cual están adscritos para recibir atención en prevención y control de la anemia por un profesional de la salud.

3.2.1. Operacionalización de las variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍNDICES	MÉTODO	TÉCNICA
Variable 1 Aprendizaje experiencial “Visita Domiciliaria de Calidad” en modalidad presencial aplicado por el Actor Social.	Experiencia concreta aplicada en el inicio de la visita domiciliaria	<ul style="list-style-type: none"> ● Saludo amable. ● Trato hacia la madre. ● Relación con la madre. ● Identificación correcta. ● Explica motivo de visita. ● Solicita frasco con hierro. 	Escala de medición nominal <ul style="list-style-type: none"> ● Aplica totalmente = 6 puntos. ● Aplica parcialmente = 4-5 puntos. ● No aplica = 0-3 puntos. 	Deductivo inductivo	Técnica Observación Instrumento Ficha de aplicación del aprendizaje experiencial por el Actor Social en la “Visita Domiciliaria de Calidad”.
	Observación reflexiva aplicada en el desarrollo de la visita domiciliaria	<ul style="list-style-type: none"> ● Hace preguntas abiertas sobre el consumo de hierro. ● Hace preguntas abiertas sobre el tema abordado. 	Escala de medición nominal <ul style="list-style-type: none"> ● Aplica totalmente = 3-5 puntos. ● Aplica parcialmente = 2 puntos. ● No aplica = 0-1 punto. 		Técnica Observación Instrumento Ficha de aplicación del aprendizaje experiencial por el Actor Social en la “Visita Domiciliaria de Calidad”.
	Conceptualización	<ul style="list-style-type: none"> ● Manejo del 	Escala de		Técnica

	abstracta aplicada en el desarrollo y cierre de la visita domiciliaria	<p>laminario.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Brinda mensaje clave. ● Refuerza mensaje clave. ● Indaga sobre posibilidad de cumplimiento de mensaje clave. ● Brinda solución alterna para cumplimiento de mensaje clave. ● Refuerza el compromiso. 	<p>medición nominal</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Aplica totalmente = 6 puntos. ● Aplica parcialmente = 4-5 puntos. ● No aplica = 0-3 puntos. 		<p>Observación</p> <p>Instrumento Ficha de aplicación del aprendizaje experiencial por el Actor Social en la “Visita Domiciliaria de Calidad”.</p>
	Experimentación activa aplicada en el proceso de retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> ● Participación activa del Actor Social. ● Valoración adecuada del Actor Social. ● Registro correcto del Actor Social. 	<p>Escala de medición nominal</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Aplica totalmente = 3 puntos. ● Aplica parcialmente = 2 puntos. ● No aplica = 0-1 puntos. 		<p>Técnica Observación</p> <p>Instrumento Ficha “Autoevaluando mis visitas domiciliarias”.</p>
Variable 2		Número de referencias comunales por Actor social.	<p>Escala de medición nominal</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Evolución 	Descriptivo	Técnica Análisis documental

Referencia comunal			positive. <ul style="list-style-type: none">● Evolución negativa.● Evolución estática.		Instrumento Aplicativo Web y Móvil de Visitas Domiciliarias
--------------------	--	--	---	--	---

CAPÍTULO IV

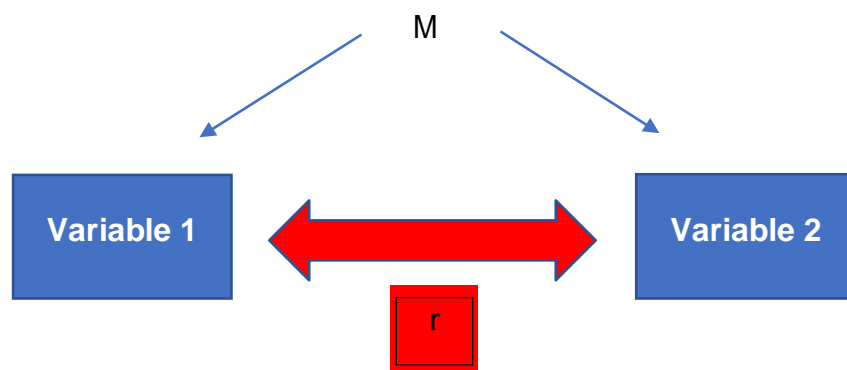
IV. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. Tipo y diseño de investigación

La investigación es de enfoque cuantitativo, aplicada, retrospectiva y analítica relacional; porque como estudio analítico relacional a partir del proceso de análisis busca evaluar la relación estadística entre ambas variables sin influencia de ninguna variable externa, además es de enfoque cuantitativo porque medirá cuantitativamente el aprendizaje experiencial en modalidad presencial aplicado por el Actor Social y el nivel de referencia comunal a fin de probar la hipótesis establecida, considerando la recopilación de datos pasados por lo que lo establece como estudio retrospectivo.

El diseño es de tipo no experimental transversal porque en un solo momento se observó el aprendizaje experiencial aplicado por el Actor Social en la visita domiciliaria de calidad en el contexto natural, por ende se relacionó las variables aprendizaje experiencial aplicado por el Actor Social (V.1.) y el nivel de referencia comunal (V.2.) a fin de determinar la relación entre ambas (r).

Figura N°3: Esquema del diseño transversal relacional



Donde:

M = 21 Actores Sociales

V.1. : Aprendizaje experiencial “Visita Domiciliaria de Calidad”
modalidad presencial aplicado por el Actor Social.

V.2. : Nivel de referencia comunal.

r = relación entre dichas variables

4.2. Método de investigación

El estudio es de método inductivo deductivo porque partió de una serie de observaciones particulares del aprendizaje experiencial “Visita Domiciliaria de Calidad” aplicado presencialmente por el Actor Social, que permitió determinar la asociación entre este tipo de aprendizaje y la referencia comunal de los niños comprendidos en Meta 4 a nivel de los establecimientos de salud de la ex Microred Urbana del distrito de Chorrillos, en el cuarto trimestre 2021.

4.3. Población y muestra

4.3.1. Población Muestral

Conformado por 21 Actores Sociales de la ex Microred Urbana del distrito de Chorrillos comprendidos en Meta 4 de los establecimientos de salud, en condición de actividad presencial en el periodo de septiembre a diciembre del 2021 que les permitió aplicar el aprendizaje experiencial “Visita Domiciliaria de Calidad” previamente capacitados. La población se consideró íntegramente como muestra porque constituyó el núcleo activo de la realización de las visitas domiciliarias en la jurisdicción de la ex Microred Urbana del distrito de Chorrillos.

4.3.1.1. Criterios de inclusión

- Actor Social del distrito de Chorrillos comprendido en Meta 4 de los establecimientos de salud de la ex Microred Urbana.

- Actor Social que realiza presencialmente la Visita Domiciliaria a los niños de la Meta 4 aplicando el aprendizaje experiencial.
- Actor Social activo en el periodo de setiembre a diciembre del 2021 con registro respectivo en aplicativo web y móvil visita domiciliaria.

4.3.1.2. Criterios de exclusión

- Actor Social que no pertenece a la jurisdicción del distrito de Chorrillos comprendido en Meta 4 de los establecimientos de salud de la ex Microred Urbana.
- Actor Social que realiza seguimiento telefónico a los niños comprendidos en Meta 4
- Actor Social no activo durante todo el periodo de setiembre a diciembre del 2021 sin registro respectivo en aplicativo web y móvil visita domiciliaria.

4.4. Lugar de estudio y periodo desarrollado

El distrito de Chorrillos limita por el este con los distritos de San Juan de Miraflores y Villa El Salvador; por el norte, con Barranco y Santiago de Surco; por el sur y oeste, con el Océano Pacífico.

Los establecimientos de salud que conforman la ex Microred Urbana del distrito de Chorrillos son: CMI Virgen del Carmen, CS Gustavo Lanatta y P.S. Armatambo. La actividad de Meta 4 tiene 21 Actores Sociales en la jurisdicción de la ex Microred Urbana de Chorrillos, los cuales fueron capacitados en setiembre 2021, con posterior seguimiento de la realización de visitas domiciliarias a los niños comprendidos en Meta 4 en dicha jurisdicción, aplicando el aprendizaje experiencial definido durante el periodo de octubre a diciembre 2021.

Tabla N°1: Número de Actores Sociales de la Meta 4 por establecimientos de salud de la ex Microred Urbana del distrito de Chorrillos, 2021.

EESS	NIVEL	POBLACIÓN DE ACTORES SOCIALES
C.M.I. Virgen del Carmen	I-4	12
C.S. Gustavo Lanatta Lujan	I-3	3
P.S. Armatambo	I-2	6

4.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información

4.5.1. Técnica de recolección de datos

- Observación: fue utilizada para medir las 4 dimensiones de la variable aprendizaje experiencial “Visita Domiciliaria de Calidad” aplicada por el Actor Social.
- Análisis documental: fue utilizada para medir la variable referencia comunal

4.5.2. Instrumentos de recolección de datos

La presente investigación consta de tres instrumentos de recolección de datos (dos fichas y un aplicativo web y móvil). La estructura de cada ficha está basada en el guión metodológico “Momentos de la Visita Domiciliaria” del documento “Orientaciones para la capacitación en Visita Domiciliaria de Calidad al Actor Social” del Curso de Formación de Facilitadores, julio – 2021 organizado por la ENSAP – MINSA. El soporte técnico del aplicativo web y móvil corresponde a la Oficina de Gestión de la Información (OGTI) – MINSA.

4.5.2.1. Ficha de aplicación del aprendizaje experiencial por el Actor Social en la “Visita Domiciliaria de Calidad”

Constituye uno de los instrumentos de medición de la variable aprendizaje experiencial “Visita Domiciliaria de Calidad” en modalidad presencial aplicado por el Actor Social; el cual es realizado por el facilitador a través de la observación cuando acompaña in situ al Actor Social en la visita domiciliaria dirigida al niño comprendido de la Meta 4.

Este instrumento, permite la medición de 3 dimensiones (experiencia concreta, observación reflexiva y conceptualización abstracta) inherentes al ciclo del aprendizaje experiencial al ser aplicadas en los 3 momentos de la visita domiciliaria (inicio, desarrollo y cierre), según siguiente detalle:

A. Experiencia Concreta aplicada en el Inicio de la Visita Domiciliaria

Esta primera dimensión consta de seis indicadores basados en seis de las preguntas (preguntas del 1 al 6) del guión metodológico “Momentos de la Visita Domiciliaria”, que al ser aplicadas correctamente por el Actor Social aportan la valoración de un punto cada una, caso contrario no obtiene ninguna puntuación (cero). La totalidad de la puntuación deriva en la siguiente escala de medición:

- Aplica totalmente = 6 puntos.
- Aplica parcialmente = 4 - 5 puntos.
- No aplica = 0 - 3 puntos.

B. Observación Reflexiva aplicada en el Desarrollo de la Visita Domiciliaria

Esta segunda dimensión consta de dos indicadores basados en tres preguntas (pregunta 8, 9 y 11) del guión metodológico “Momentos de la Visita Domiciliaria”. Las preguntas 8 y 11 pueden

obtener puntuación igual a uno cuando es aplicada correctamente, caso contrario obtienen valor nulo (cero).

La pregunta 9 corresponde al caso particular del niño que no posee insumo de hierro al momento de la visita domiciliaria, que al ser aplicada correctamente obtiene la valoración de un punto, asimismo puede obtener una valoración nula (cero) si no es aplicada. En caso el niño si posea insumo de hierro al momento de la visita domiciliaria, esta pregunta no corresponde ser aplicada por el Actor Social, el cual reconoce dicha situación in situ siendo valorada por el facilitador con puntaje equivalente a tres puntos. La totalidad de la puntuación deriva en la siguiente escala de medición:

- Aplica totalmente = 3 - 5 puntos.
- Aplica parcialmente = 2 puntos.
- No aplica = 0 - 1 punto.

C. Conceptualización Abstracta aplicada en el Desarrollo y Cierre de la Visita Domiciliaria

Esta tercera dimensión consta de seis indicadores basados en seis preguntas del guión metodológico “Momentos de la Visita Domiciliaria”. Esta tercera dimensión se asocia directamente al desarrollo de la visita domiciliaria con las preguntas del 12 al 16, mientras se asocia con el cierre de la visita domiciliaria por la pregunta 18. Cualquiera de estas preguntas puede obtener puntuación igual a uno cuando es aplicada correctamente, caso contrario obtienen valor nulo (cero).

La totalidad de la puntuación deriva en la siguiente escala de medición:

- Aplica totalmente = 6 puntos.
- Aplica parcialmente = 4 – 5 puntos.
- No aplica = 0 - 3 puntos.

4.5.2.2. Ficha de Autoevaluación

Este instrumento se titula “Autoevaluando mis Visitas Domiciliarias” y permite la medición de la experimentación activa al ser aplicada en el proceso de retroalimentación.

Esta ficha es registrada netamente por el Actor Social cuando valora su aprendizaje experiencial aplicado en los momentos de la visita domiciliaria, inmediatamente finalizada ésta en compañía de su facilitador.

Esta dimensión consta de tres indicadores (participación activa, valoración adecuada y registro correcto) reconocidas por el facilitador al observar que el Actor Social participa activamente durante su proceso de retroalimentación con autovaloración adecuada y registro de la misma en los diferentes campos (sí, no, no aplica, observaciones) según corresponda.

Si cada indicador es positivo obtiene la valoración de un punto, caso contrario no obtiene ningún punto (cero).

La totalidad de la puntuación deriva en la siguiente escala de medición:

- Aplica totalmente = 3 puntos.
- Aplica parcialmente = 2 puntos.
- No aplica = 0 - 1 puntos

4.5.2.3. Aplicativo Web y Móvil Visitas Domiciliarias.

Si durante el desarrollo de la visita domiciliaria, el Actor Social identificó la necesidad de efectuar la referencia comunal del niño comprendido en Meta 4, derivó al niño/a al establecimiento de salud que le correspondía, para ello utilizó la Tarjeta de Atención

Preferencial/ Referencia Comunal que fue entregada a la madre y/o cuidador indicando el motivo de esta. (19)

Asimismo, el AS registró las referencias comunales en los formatos según fue el caso (Formato N° 01: Ficha de seguimiento a niños y niñas de 4 a 5 meses para ser realizado por el Actor Social y Formato N° 02: Ficha de seguimiento a niños y niñas de 6 a 11 meses para ser realizado por el Actor Social), y posteriormente el Coordinador de Visita Domiciliaria (CVD), registró dicha información en el aplicativo para su posterior seguimiento.

Este instrumento permitió evaluar la evolución de la referencia comunal en la siguiente escala de medición:

- Evolución positiva.
- Evolución estática.
- Evolución negativa.

Evolución positiva: considerada cuando las referencias comunales realizadas por el Actor Social en los meses de noviembre y diciembre son superiores al mes de octubre.

Evolución estática: considerada cuando las referencias comunales realizadas por el Actor Social en los meses de octubre, noviembre y diciembre constituyen el mismo número, es decir no hay aumento ni disminución de las referencias comunales.

Evolución negativa: considerada cuando las referencias comunales realizadas por el Actor Social en los meses de noviembre y/o diciembre son menores numéricamente que las de octubre del año 2021.

4.6. Análisis y procesamiento de datos

Para el procesamiento de la información y análisis de datos se procedió a crear una base de datos con la información recabada procedente de los instrumentos y se procedió a la realización del vaciado en el programa de Microsoft Excel 97 – 2003; luego se aplicó el análisis estadístico respectivo con el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®).

Para analizar la correlación entre dos variables se empleará la prueba de CHI CUADRADO, cuyos resultados se expresan en cuadros considerando las correlaciones, las probabilidades y nivel de significancia estadística.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1 Resultados Descriptivos

Tabla 5.1.1

APLICACIÓN DEL APRENDIZAJE EXPERIENCIAL EN LA VISITA DOMICILIARIA DE CALIDAD DE LOS ACTORES SOCIALES DE LA META 4. CHORRILLOS – 2021.

APLICACIÓN DEL APRENDIZAJE EXPERIENCIAL EN LA VDC	Frecuencia	
	N°	%
No aplica	4	19.0%
Aplica parcialmente	1	4.8%
Aplica totalmente	16	76.2%
TOTAL	21	100%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa en la tabla N° 5.1.1; que el 76.2% (16) de los Actores Sociales aplican totalmente el Aprendizaje Experiencial en la Visita Domiciliaria de Calidad, seguido por el 19.0% (4) que no la aplica, mientras que el 4.8% (1) la aplica parcialmente.

Tabla 5.1.2

EVOLUCIÓN DE LA REFERENCIA COMUNAL DE LOS ACTORES SOCIALES DE LA META 4. CHORRILLOS – 2021.

EVOLUCIÓN DE LA REFERENCIA COMUNAL	Frecuencia	
	N°	%
Negativa	4	19.0%
Estática	1	4.8%
Positiva	16	76.2%
TOTAL	21	100%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa en la tabla N° 5.1.2; que el 76.2% (16) de los Actores Sociales presenta evolución positiva en la referencia comunal, seguido por el 19.0% (4) que tiene una involución en la referencia comunal, mientras que el 4.8% (1) no registra ningún cambio en la referencia comunal.

Tabla 5.1.3
APRENDIZAJE EXPERIENCIAL POR EL ACTOR SOCIAL Y LA
REFERENCIA COMUNAL DE LOS NIÑOS COMPRENDIDOS EN META 4 A
NIVEL DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL DISTRITO DE
CHORRILLOS, LIMA – 2021”

Aplicación del aprendizaje experiencial	Evolución de referencias comunales						TOTAL	
	negativa		estática		positiva			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No aplica	4	19,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	19,0%
Aplica parcialmente	0	0,0%	1	4,8%	0	0,0%	1	4,8%
Aplica totalmente	0	0,0%	0	0,0%	16	76,2%	16	76,2%
TOTAL	4	19,0%	1	4,8%	16	76,2%	21	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Se exhibe en la tabla; que el 76,2% (16) de los Actores Sociales aplicaron totalmente el Aprendizaje Experiencial y tuvieron una evolución positiva en las referencias comunales, así también el 4,8% (1) aplicó parcialmente el Aprendizaje Experiencial y tuvo una evolución estática en las referencias comunales. Por otro lado, el 19% (4) no aplicó el Aprendizaje Experiencial y tuvieron una evolución negativa en las referencias comunales.

5.2 Resultados inferenciales

Tabla. 5.2.1

ASOCIACIÓN ENTRE APRENDIZAJE EXPERIENCIAL POR EL ACTOR SOCIAL Y LA REFERENCIA COMUNAL DE LOS NIÑOS COMPRENDIDOS EN META 4 A NIVEL DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL DISTRITO DE CHORRILLOS

APRENDIZAJE EXPERIENCIAL	Prueba Estadística Chi Cuadrado de Pearson			
	gl	Xi2 calculado	Xi2 tabulado	Valor p
APRENDIZAJE EXPERIENCIAL POR EL ACTOR SOCIAL				
Totalmente	1	21.00	3.8415	0.000
Parcialmente				
No aplica				

Los resultados entre el Aprendizaje Experiencial por el Actor Social y la referencia comunal de los niños comprendidos en Meta 4 evidenciados en la Tabla 5.2.1. por la prueba Chi-cuadrado de Pearson se observa que con grado de Libertad valor 1 el Chi-cuadrado es 21, el Chi-tabulado es 3.8415 con un p-valor de 0.000 es decir menor a 0.05, lo que significa que existe una asociación significativa entre la variable Aprendizaje Experiencial por el Actor Social y la referencia comunal de los niños comprendidos en Meta 4.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. Contratación y demostración de la hipótesis con los resultados

Este apartado tiene el propósito de presentar el proceso que conduce a la demostración de la hipótesis en la investigación.

6.1.1. Formulación de la hipótesis H0 y H1

Ho. No existe asociación entre el aprendizaje experiencial “Visita Domiciliaria de Calidad” modalidad presencial del Actor Social y la referencia comunal de niños comprendidos en Meta 4 a nivel de los establecimientos de salud de la ex Microred Urbana del distrito de Chorrillos en el cuarto trimestre 2021.

H1. Existe asociación entre el aprendizaje experiencial “Visita Domiciliaria de Calidad” modalidad presencial por el Actor Social y la referencia comunal de niños comprendidos en Meta 4 a nivel de los establecimientos de salud de la ex Microred Urbana del distrito de Chorrillos en el cuarto trimestre 2021.

a) Prueba de la hipótesis

H1. Existe asociación entre el aprendizaje experiencial “Visita Domiciliaria de Calidad” modalidad presencial por el Actor Social y la referencia comunal de niños comprendidos en Meta 4 a nivel de los establecimientos de salud de la ex Microred Urbana del distrito de Chorrillos en el cuarto trimestre 2021.

b) Nivel de significación

Nivel de significancia de 0.05

c) Selección de la prueba de estadística

Prueba de corrección de Yates.

d) Regla de decisión

Rechazar hipótesis nula (H_0) si el valor de p es menor de 0.05.

e) Cálculo de la prueba

APRENDIZAJE EXPERIENCIAL	Prueba Estadística Chi Cuadrado de Pearson			
	gl	Xi2 calculado	Xi2 tabulado	Valor p
APRENDIZAJE EXPERIENCIAL POR EL ACTOR SOCIAL	1	21.00	3.8415	0.000
Totalmente				
Parcialmente				
No aplica				

f) Toma de la decisión

Al obtenerse un nivel de significancia $p = 0.000$, siendo menor a 0.05, se rechaza la hipótesis nula.

g) Conclusión

Existe una asociación entre las variables aprendizaje experiencial aplicado por el Actor Social y la referencia comunal de los niños comprendidos en Meta 4 a nivel de los establecimientos de salud del distrito de Chorrillos.

6.1.2. Prueba de hipótesis específicas 1 y 2

Ambas hipótesis específicas (H_1 y H_2) son de naturaleza netamente descriptiva, por ende, no requieren de prueba estadística para decisión, pues ambas son válidas al ser la hipótesis general aceptada.

6.2. Contratación de los resultados con otros estudios similares

Respecto a la aplicación del aprendizaje experiencial por el Actor Social se determinó que el 76.2% la aplicó totalmente; situación similar que se concluye en el estudio de Piscoya (2020), en donde la mayoría 81.23% de los estudiantes de Medicina Veterinaria ejecutó eficientemente la intervención basada en las dimensiones del aprendizaje experiencial. (10)

Así también, el estudio de Fuentes D. concluyó que la metodología del aprendizaje experiencial contribuye a la formación en las cuatro áreas del modelo, que incluye la experiencia concreta, observación reflexiva, conceptualización abstracta y experimentación activa. Se adapta a la diversas realidades sociales y situaciones reales que viven los alumnos de enfermería en el ámbito de la salud mental y psiquiatría, acortando la brecha entre la teoría y práctica, que es considerada una de las barreras de la educación tradicional, pues otorga el beneficio de experimentar conociendo y consolidando capacidades propias y técnicas en el ámbito educativo. (5)

En cuanto a la aplicación del aprendizaje experiencial, se aplicó al total de nuestra población muestral con 21 Actores Sociales. A diferencia del estudio de Bustamante (2016), quien, a efectos de medir el impacto de la aplicación de la metodología del aprendizaje experiencial de Kolb en 54 estudiantes de la Asociación Automotriz de Lima del curso de Comunicación Efectiva, para lo cual formó dos grupos numéricamente equitativos (27 estudiantes por grupo). Uno de ellos fue determinado como grupo control al cual no se le aplicó la metodología de Kolb, mientras que el otro grupo denominado experimental se le aplicó la metodología. Finalmente, en cuanto al efecto de la aplicación de metodología de Kolb, en el grupo experimental se incrementó el 45 % las capacidades en comparación a las del grupo control. (12)

Al analizar la aplicación de la dimensión experiencia concreta del aprendizaje experiencial por el Actor Social se observa que el 80.9% la aplicó totalmente, panorama análogo en el estudio de Piscoya Vargas (2020), en donde el 80.92% fue el porcentaje promedio de aplicación de esta dimensión que permitió obtener el efecto positivo deseado. (10) En cuanto, a lo encontrado en el estudio de Fuentes D. se menciona que esta dimensión facilitó el contacto con la persona que interactuaban, de aprender cómo dirigirse y relacionarse con los pacientes. (5)

Al examinar la aplicación de la dimensión observación reflexiva del aprendizaje experiencial por el Actor Social se observa que el 95.2% la aplicó totalmente, situación parecida en el estudio de Piscoya Vargas (2020), en donde el 80.89% fue el porcentaje promedio de aplicación de esta dimensión que permitió obtener el efecto positivo deseado. (10) En referencia, a lo encontrado en el estudio de Fuentes D. se enfoca en cómo aplicar y vivenciar todo lo aprendido con un nuevo sentido, un espacio de reflexión de sentimientos en las situaciones vividas en la práctica clínica. (5)

Al considerar la aplicación de la dimensión conceptualización abstracta del aprendizaje experiencial por el Actor Social se observa que una mayoría 52.4% la aplicó totalmente, panorama similar en el estudio de Piscoya Vargas (2020), en donde el 82.26% fue el porcentaje promedio de aplicación de esta dimensión que permitió obtener el efecto positivo deseado.(10) Por su parte, Fuentes D. considera que el aporte de esta dimensión es la facilidad de comprender los contenidos teóricos del curso, los alumnos consideran que el aprendizaje experiencial facilitó la comprensión del contenido del curso, se percibió como fácil de aprender y claro para su entendimiento, así también resaltaron que se desarrolló de manera más entretenida y en un corto tiempo. Concluyendo que el aprendizaje lo califican como didáctico, claro y entretenido. (5)

Al evaluar la aplicación de la dimensión experimentación activa del aprendizaje experiencial por el Actor Social se observa que el 71.4% la aplicó totalmente, situación análoga en el estudio de Piscocya Vargas (2020), en donde el 80.84% fue el porcentaje promedio de aplicación de esta dimensión que permitió obtener el efecto positivo deseado. (10)

En relación a la evolución de la referencia comunal de los niños comprendidos en la Meta 4 realizadas por los Actores Sociales se observa que la mayoría 76.2% presentó evolución positiva en esta acción es decir aumentó la cobertura de niños referidos a los establecimientos de salud de la ex Microred Urbana del distrito de Chorrillos, panorama similar observado en el estudio de Guevara Francesa y Solís Cordero (2018) donde el uso de las referencias entregadas a las personas entrevistadas que recibieron la visita domiciliaria de los ATAPS tuvo mayor anuencia a asistir a los servicios de salud gracias al uso de este recurso, lo que aumentó la cobertura de los diversos servicios del establecimiento de salud.(6)

El presente estudio considera describir el nivel de aplicación del aprendizaje experiencial durante la “Visita Domiciliaria de Calidad” por parte de los Actores Sociales. A diferencia del estudio de González D. (2021) quien a través de entrevistas profundizó la importancia de la actividad de los Actores Sociales a través de sus experiencias en el programa de la lucha contra la anemia. Se aplicó una guía de entrevista, la cual reflejó la importancia de la articulación intersectorial entre la Municipalidad Provincial de Trujillo, los establecimientos de salud y los Actores Sociales para actividades como: tamizaje de hemoglobina, controles, entrega de hierro y el acceso oportuno a los servicios de salud. (7)

En cuanto a los instrumentos de recolección de datos, la primera ficha de observación “Ficha de Aplicación del aprendizaje experiencial por el Actor Social en la Visita Domiciliaria de Calidad” (Anexo 2) y la segunda ficha

“Autoevaluando mis Visitas Domiciliarias” (Anexo 3), incluyen los pasos de la Visita Domiciliaria de Calidad y el proceso de retroalimentación considerando las cuatro dimensiones del aprendizaje de Kolb con la finalidad de observar de manera precisa el desenvolvimiento paso a paso del Actor Social en la aplicación del aprendizaje experiencial durante la visita domiciliaria. Situación similar mencionada el estudio de Piscoya (2020), quien considera en el diseño de su programa de intervención la base de las cuatro dimensiones del aprendizaje experiencial de la teoría de David Kolb a través de la práctica como experiencia del mundo externo. Se destaca la relevancia de los instrumentos utilizados porque permitieron la obtención de información valiosa para analizar y describir nuestras variables en estudio, sin embargo, lo hallado marca un punto de inicio para continuar estudiando sobre el tema propuesto, y posteriormente obtener información de todos las figuras involucradas en el cumplimiento de la Meta 4, considerando madres y/o cuidadores de niños, personal de salud, personal del municipio con la finalidad de mejorar las intervenciones dentro de la comunidad.

6.3. Responsabilidad ética de acuerdo con los reglamentos vigentes

Para la autorización de la realización de la presente investigación, avalada por la Universidad del Callao, se presentó por tramite documentario regular el proyecto de tesis dirigido al director general de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur (DIRIS Lima Sur).

Para el desarrollo de la presente investigación, se realizaron las coordinaciones correspondientes con los profesionales de la salud responsables de Meta 4 a nivel de DIRIS Lima Sur y establecimientos de salud de la ex Microred Urbana, asimismo las coordinaciones con el personal responsable de Meta 4 y su equipo involucrado de la Municipalidad de Chorrillos.

En cuanto a la toma de datos, considerando aspectos de la autonomía, dichos datos fueron tratados en forma confidencial exclusivamente para los fines de la investigación.

El proyecto de tesis fue expuesto ante la comisión de ética de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur.

CONCLUSIONES

- 1) Al aplicar la prueba de corrección de Yates se determinó que existe una asociación significativa entre la variable aprendizaje experiencial por el Actor Social y la referencia comunal de los niños comprendidos en Meta 4.
- 2) Con relación al nivel de aplicación del aprendizaje experiencial “Visita Domiciliaria de Calidad” modalidad presencial por el Actor Social en el cuarto trimestre 2021, se concluye que la mayoría de los Actores Sociales lo aplicó totalmente.
- 3) En relación con la referencia comunal de los niños comprendidos en la actividad Meta 4, a partir del aprendizaje experiencial “Visita Domiciliaria de Calidad” modalidad presencial por el Actor Social en el cuarto trimestre 2021, se concluye que tuvo evolución positiva en la mayoría de los Actores Sociales.

RECOMENDACIONES

1) A los responsables de la actividad de Meta 4 a nivel municipal y de la IPRESS:

- Coordinar y monitorizar periódicamente trimestralmente la asociación significativa entre el aprendizaje experiencial “Visita Domiciliaria de Calidad” modalidad presencial por el Actor Social y la referencia comunal de los niños comprendidos en la actividad Meta 4, a fin de abordar correctamente el fortalecimiento de las capacidades y habilidades del Actor Social a bien de la mejora y efectividad de las acciones.
- Realizar acompañamientos periódicos a los Actores Sociales, de frecuencia trimestral, utilizando las fichas de esta investigación, a fin de observar y recomendar la correcta aplicación de los ciclos de aprendizaje experiencial según método de Kolb para mejorar la efectividad de la visita domiciliaria y referencia comunal.

2) Al responsable de la actividad Meta 4 a nivel de la IPRESS:

Seguir nominal y mensualmente el número de referencias comunales remitidas y aquellas efectivizadas, a fin de mejorar la calidad y eficiencia de atención oportuna e inmediata.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guía para el cumplimiento de visitas domiciliarias por Actores Sociales. Meta 4: Acciones de los municipios para promover la adecuada alimentación, la prevención y la reducción de la anemia / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Promoción de la Salud -- Lima: Ministerio de Salud; 2020.
2. Perú: Indicadores de resultados de los programas presupuestales. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Instituto Nacional de Estadística e Informática; I semestre del 2021.
3. Guía para el cumplimiento de visitas domiciliarias por Actores Sociales. Meta 4: Acciones de los municipios para promover la adecuada alimentación, la prevención y la reducción de la anemia / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Promoción de la Salud -- Lima: Ministerio de Salud; 2021.
4. Documento de trabajo: Orientaciones para la capacitación en Visita Domiciliaria de Calidad al Actor Social. Curso de Formación de Facilitadores. Programa de Incentivo a la Mejora de la Gestión Municipal. Escuela Nacional de Salud Pública del Perú. Ministerio de Salud; 2021.
5. Fuentes Olavarría, Daniela. Aportes del aprendizaje experiencial a la formación de estudiantes de enfermería en psiquiatría: Estudio cualitativo. Revista mexicana de investigación educativa, 24(82), 833-851. 2019. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-66662019000300833&lng=es&tlng=es.

6. Guevara Francesa Giancarlo, Solís Cordero Katherine. visita domiciliaria: un espacio para la adquisición y modificación de prácticas en salud. Rev. costarric. salud pública [Internet]. 2017; 26(2): 163-180. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292017000200163&lng=en.
7. González, D. La importancia de los actores sociales en el programa de lucha contra la anemia en el distrito de Trujillo 2021. PE: Universidad César Vallejo; 2021. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/69160>
8. Maravi, M. Relación entre conocimientos y cumplimiento de funciones del actor social en el incentivo presupuestal para reducción de anemia infantil, 2021. PE: Universidad César Vallejo; 2021. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/72473>
9. Ccapa, R. Prevalencia de anemia infantil y competencias de actores sociales de gobierno local de Lima, 2021. PE: Universidad César Vallejo; 2021. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/72495>
10. Piscoya, C. Desarrollo de las habilidades blandas mediante el aprendizaje experiencial en los estudiantes de la Facultad de Medicina Veterinaria. PE: Universidad César Vallejo; 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/51949>
11. Guerrero, E; Ore, S. El impacto de las visitas domiciliarias realizadas por actores sociales en la prevención y reducción de la anemia. Ministerio de Economía y Finanzas. Ministerio de Energía y Minas. Fundación Manuel J. Bustamante De La Fuente. 2019. [Disponible en:

[https://www.cies.org.pe/es/investigaciones/el-impacto-de-las-visitas-domiciliarias-realizadas-por-actores-sociales-sobre- \]](https://www.cies.org.pe/es/investigaciones/el-impacto-de-las-visitas-domiciliarias-realizadas-por-actores-sociales-sobre-)

12. Bustamante, F. Influencia de la metodología experiencial de Kolb, en el aprendizaje significativo del curso de Comunicación Efectiva en los estudiantes de la Asociación Automotriz de Lima - Perú: Universidad de San Martín de Porres; 2016. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12727/2645>
13. Saldarriaga-Zambrano, P., Bravo-Cedeño, G., & Loor-Rivadeneira, M. (2016). La teoría constructivista de Jean Piaget y su significación para la pedagogía contemporánea. *Dominio de las Ciencias*, 2(3 Especial), 127-137. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v2i3Especial.298>
14. Gleason Rodríguez, Miriam A, & Rubio, Julio E. (2020). Implementación del aprendizaje experiencial en la universidad, sus beneficios en el alumnado y el rol docente. *Revista Educación*, 44(2), 279-298. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.15517/revedu.v44i2.40197>
15. Espinar Álava, Estrella Magdalena, & Viguera Moreno, José Alberto. (2020). El aprendizaje experiencial y su impacto en la educación actual. *Revista Cubana de Educación Superior*, 39(3), e12. 2020. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0257-43142020000300012&lng=es&tlng=es
16. La atención primaria de salud en el camino hacia la cobertura sanitaria universal. Informe de seguimiento 2019-Documento de síntesis. Organización Mundial de la Salud .2019

17. Documento Técnico: Modelo de cuidado integral de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad (MCI). Ministerio de Salud. 2021.

18. Modelo de David Kolb, Aprendizaje basado en Experiencias. Lozano, 2000. Disponible en: http://www.cca.org.mx/profesores/cursos/cep21/modulo_2/modelo_kolb.htm

19. Guía para el cumplimiento de la meta 4 “Acciones de municipios para promover la adecuada alimentación, la prevención y reducción de la anemia” Programa de Incentivo a la Mejora de la Gestión Municipal. Ministerio de Economía y Finanzas; 2020.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

TÍTULO: “APRENDIZAJE EXPERIENCIAL POR EL ACTOR SOCIAL Y LA REFERENCIA COMUNAL DE LOS NIÑOS
COMPRENDIDOS EN META 4 A NIVEL DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL DISTRITO DE CHORRILLOS,
LIMA – 2021”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
Problema general:	Objetivo general:	Hipótesis general:		
¿Existe asociación entre el aprendizaje experiencial “Visita Domiciliaria de Calidad” modalidad presencial por el Actor Social y la referencia comunal de los niños comprendidos en Meta 4 a nivel de los establecimientos de salud de la ex Microred Urbana del distrito de Chorrillos en el cuarto trimestre 2021?	Determinar la asociación entre el aprendizaje experiencial “Visita Domiciliaria de Calidad” modalidad presencial por el Actor Social y la referencia comunal de los niños comprendidos en Meta 4 a nivel de los establecimientos de salud de la ex Microred Urbana del distrito de Chorrillos, en el cuarto trimestre 2021.	H1. Existe asociación entre el aprendizaje experiencial “Visita Domiciliaria de Calidad” modalidad presencial por el Actor Social y la referencia comunal de niños comprendidos en Meta 4 a nivel de los establecimientos de salud de la ex Microred Urbana del distrito de Chorrillos en el cuarto trimestre 2021. Ho. No existe asociación entre el aprendizaje experiencial “Visita Domiciliaria de Calidad” modalidad presencial del Actor		<p>Tipo Enfoque cuantitativo, aplicada, retrospectiva.</p> <p>Diseño El diseño es de tipo no experimental, transversal y analítica relacional</p> <p>Método Deductivo inductivo</p>

		Social y la referencia comunal de niños comprendidos en Meta 4 a nivel de los establecimientos de salud de la ex Microred Urbana del distrito de Chorrillos en el cuarto trimestre 2021.		Población Muestral: 21 Actores Sociales Meta 4 de los establecimientos de salud de la ex Microred Urbana, en el periodo de septiembre a diciembre del 2021.
Problemas específicos:	Objetivos específicos:	Hipótesis específicas:	Variable 1:	
<p>¿Cuál es el nivel de aplicación del aprendizaje experiencial “Visita Domiciliaria de Calidad” modalidad presencial por el Actor Social en el cuarto trimestre 2021?</p> <p>¿Cómo es la referencia comunal de los niños comprendidos en Meta 4, a partir del aprendizaje experiencial “Visita Domiciliaria de Calidad” modalidad presencial por el Actor</p>	<p>Describir el nivel de aplicación del aprendizaje experiencial “Visita Domiciliaria de Calidad” modalidad presencial por el Actor Social en el cuarto trimestre 2021.</p> <p>Analizar la referencia comunal de los niños comprendidos en Meta 4, a partir del aprendizaje experiencial “Visita Domiciliaria de Calidad” modalidad presencial por el Actor Social en el cuarto trimestre 2021.</p>	<p>H1. El aprendizaje experiencial “Visita Domiciliaria de Calidad” modalidad presencial es aplicada por el Actor Social en el cuarto trimestre 2021.</p> <p>Ho. El aprendizaje experiencial “Visita Domiciliaria de Calidad” modalidad presencial no es aplicada por el Actor Social en el cuarto trimestre 2021.</p> <p>H2. La referencia comunal de los niños comprendidos en Meta 4 es positiva al aplicar totalmente el aprendizaje experiencial “Visita Domiciliaria de Calidad” modalidad</p>	<p>Aprendizaje experiencial “Visita Domiciliaria de Calidad” en modalidad presencial del Actor Social.</p> <p>Dimensiones de V1:</p> <p>Experiencia concreta aplicada en el inicio de la visita domiciliaria.</p> <p>Observación reflexiva aplicada en el desarrollo de la visita domiciliaria</p>	

<p>Social en el cuarto trimestre 2021?</p>		<p>presencial por el Actor Social en el cuarto trimestre 2021.</p> <p>Ho. La referencia comunal de los niños comprendidos en Meta 4 no es positiva al aplicar totalmente el aprendizaje experiencial “Visita Domiciliaria con Calidad” modalidad presencial por el Actor Social en el cuarto trimestre 2021.</p>	<p>Conceptualización abstracta aplicada en el desarrollo y cierre de la visita domiciliaria</p> <p>Experimentación activa aplicada en el proceso de retroalimentación</p> <p>Variable 2:</p> <p>Referencia comunal</p>	
--	--	--	---	--

Anexo 2: Instrumentos validados

FICHA DE APLICACIÓN DEL APRENDIZAJE EXPERIENCIAL POR EL ACTOR SOCIAL EN LA “VISITA DOMICILIARIA DE CALIDAD”

ETAPAS DEL CICLO DE APRENDIZAJE EXPERIENCIAL	ACTIVIDAD DURANTE LA VISITA DOMICILIARIA	CUMPLE :
		SI = 1
		NO = 0
		NO APLICA = 3
		Tema a Abordar:
Fecha de Aplicación:		
Actor Social:		
EXPERIENCIA CONCRETA ASOCIADA AL INICIO DE LA VISITA DOMICILIARIA	1. Saluda a la madre con amabilidad.	
	2. Trata a la madre por su nombre.	
	3. Establece relación de confianza y respeto con la madre.	
	4. Muestra su identificación y se presenta por su nombre con voz clara y entendible.	
	5. Explica el motivo de la VD.	
	6. Solicita el sulfato ferroso y el carnet CRED. Sí es necesario solicite el uso de la mascarilla.	
OBSERVACIÓN REFLEXIVA APLICADA EN EL DESARROLLO DE LA VISITA DOMICILIARIA	7. Realiza preguntas y marca las alternativas según corresponda del formato 2 ó 3 (pregunta si consume hierro en gotas o jarabe) Llena el formato.	
	8. Realiza preguntas abiertas a la madre sobre el consumo de hierro ¿A qué hora le da el hierro? ¿Por qué eligió ese horario? ¿Cómo le da el hierro? Pide que le explique la forma como le da las gotas o jarabe de hierro.	
	9. En caso, que no consuma el hierro, a través de preguntas abiertas indaga los motivos y aclara las dudas. Si no tiene hierro realiza la referencia comunal al EESS. que le corresponde.	
	10. Verifica en el carnet CRED: a) Si es mayor de 6 meses verifica si ya realizó el tamizaje (Sin anemia: Hb≥11gr/dl) y si tiene anemia verifica si está cumpliendo con sus controles a los 30, 90 y 180 días. Además de su control CRED y vacunas. b) Si es menor de 6 meses sólo el cumplimiento del control CRED y vacunas.	

	11. Realiza preguntas abiertas sobre las imágenes del rotafolio. Luego indaga en relación a su niño y no solo sobre lo que ve en las imágenes.	
CONCEPTUALIZACIÓN ABSTRACTA APLICADA EN EL DESARROLLO DE LA VISITA DOMICILIARIA	12. Brinda la orientación a la madre utilizando el laminario.	
	13. Brinda mensaje clave.	
	14. La madre o cuidadora expresa de manera sencilla el mensaje clave que le brindó el Actor Social.	
	15. Pregunta: ¿podrá aplicar el mensaje clave?	
	16. Si tuviera algún problema sobre aplicación del mensaje clave, ayuda a buscar la solución.	
	17. Felicita oportunamente con entusiasmo cada acción positiva de la madre.	
CONCEPTUALIZACIÓN ABSTRACTA APLICADA EN EL CIERRE DE LA VISITA DOMICILIARIA	18. Hace que la madre se comprometa a realizar una acción importante para prevenir o tratar la anemia y la felicita por el compromiso.	
	19. Pregunta sobre el tema que le gustaría conversar la próxima semana VD.	
	20. Acuerda la fecha y hora de la próxima VD.	
	21. Realiza la georreferencia de la VD con tu equipo móvil luego sincroniza.	
	22. Se despide con amabilidad y refuerza que confía mucho en que lo logrará.	
TOTAL "SI CUMPLE"		
PORCENTAJE		

Anexo 3: Instrumentos validados

FICHA “AUTOEVALUANDO MIS VISITAS DOMICILIARIAS”

Actor Social: _____ Localidad: _____ Fecha: _____

Ficha de Monitoreo – Preguntas	SI	NO	NO APLICA	OBSERVACIONES
1. Saludo amigablemente a la mamá, llamándola por su nombre.				
2. Pregunto si la/el niña/o consume el hierro en gotas o jarabe.				
3. Pido a la madre que me muestre el frasco de hierro en gotas o jarabe para darme cuenta si lo está consumiendo.				
4. Pido a la madre que me demuestre la forma como le da las gotas o jarabe de hierro a la niña/o (si todavía no le ha dado, hago que le dé en ese momento).				
5. Si la madre no está dando las gotas o jarabe al niño, pregunto por qué y aclaro sus dudas.				
6. Si la madre no está dando las gotas o jarabe al niño, luego de aclarar sus dudas, hago que se comprometa a darle de nuevo.				
7. Si encuentro un niño de 4-5 meses que no recibe hierro en gotas, o un niño con anemia sin tratamiento, o un niño sin anemia mayor de 6 meses sin suplementación, pido a la madre que lleve al niño al centro de salud para su atención y así iniciar o continuar con sus gotas o jarabe.				
8. Si esta es la última visita que le hago a un niño de 5 meses, acuerdo con la madre que lo lleve al centro de salud para su análisis de hemoglobina para determinar si tiene anemia.				

ANEXO 4: Consentimiento Informado

Usted ha sido invitado a participar en la investigación titulada “APRENDIZAJE EXPERIENCIAL POR EL ACTOR SOCIAL Y LA REFERENCIA COMUNAL DE LOS NIÑOS COMPRENDIDOS EN META 4 A NIVEL DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL DISTRITO DE CHORRILLOS, LIMA – 2021”. Por este motivo es importante que sea de su conocimiento la información necesaria sobre la investigación que permita tomar una decisión sobre su participación en la misma. Cualquier duda o aclaración que usted considere necesaria, le será aclarada por los investigadores del presente estudio.

La investigación tiene como objetivo: Determinar la asociación entre el aprendizaje experiencial “Visita Domiciliaria de Calidad” modalidad presencial por el Actor Social y la referencia comunal de los niños comprendidos en Meta 4 a nivel de los establecimientos de salud de la ex Microred Urbana del distrito de Chorrillos, en el cuarto trimestre 2021. Por medio de este documento se asegura y garantiza la total confidencialidad de la información brindada por usted y el anonimato de su identidad. Los datos obtenidos serán de uso y análisis de la presente investigación con fines académicos.

DECLARACIÓN PERSONAL He sido invitado (a) a participar en la investigación titulada “APRENDIZAJE EXPERIENCIAL POR EL ACTOR SOCIAL Y LA REFERENCIA COMUNAL DE LOS NIÑOS COMPRENDIDOS EN META 4 A NIVEL DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL DISTRITO DE CHORRILLOS, LIMA – 2021”. He recibido y comprendido la explicación del propósito del estudio y se han aclarado dudas relacionadas con mi participación. Por ello, acepto participar de manera voluntaria en la investigación, brindando la información necesaria y sé que puedo limitar mi participación en cualquier momento.

Firma del participante

ANEXO 5: Base de datos

item	exp.c on1	exp.c onc2	exp.c on3	exp.c onc4	exp.c on5	exp.c onc6	obs .es pec 1	obs .es pec 2	obs .es pec 3	conc ept. abst 1	conc ept. abst 2	conc ept. abst 3	conc ept. abst 4	conc ept. abst 5	conc ept. abst 6	par tici pa	val ora	regi stra	oct	nov	dic
AS1	1	1	1	1	1	1	0	3	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	5	6
AS2	1	1	1	1	1	1	0	3	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6	7	7
AS3	1	1	1	1	1	1	0	3	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	6	5
AS4	1	1	1	1	1	1	0	3	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1
AS5	1	1	1	1	1	1	0	3	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
AS6	1	1	1	0	1	1	0	3	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	7	7	6
AS7	1	1	1	1	1	1	0	3	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	4
AS8	1	1	1	1	1	1	0	3	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
AS9	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
AS10	1	1	1	1	1	1	1	3	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
AS11	1	1	0	0	0	1	0	3	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1
AS12	1	1	1	1	1	1	0	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
AS13	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
AS14	1	1	1	1	1	1	1	3	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	5	3	7
AS15	1	1	1	1	1	1	1	3	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
AS16	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1
AS17	1	1	0	0	0	1	0	3	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	2	2	0
AS18	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	3	2	1
AS19	1	1	1	1	1	1	1	3	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	3
AS20	1	1	1	0	0	0	1	3	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	3	4	3
AS21	1	1	1	1	1	1	1	3	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2

ANEXO 6: Foto de carta de aceptación de la institución

PERÚ	Ministerio de Salud	Vice-Ministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud	Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur
------	---------------------	--	---

"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

CONSTANCIA N° 018-2022
AUTORIZACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION
ACTA DE EVALUACION N° 018-2022-COM.ET.IN.DIRIS-LS
EXPEDIENTE N° 22-018484-001

El que suscribe Director General de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur, hace constar que:

HYDA ESTELA BERNA CACERES ROJAS
ROSSANA MARIA LIMO TEJADA

Investigadoras del Proyecto de Investigación "IMPACTO DE LA METODOLOGIA DEL APRENDIZAJE EXPERIENCIAL DEL ACTOR SOCIAL EN LA REFERENCIA DE ATENCION DE LOS NIÑOS COMPRENDIDOS EN META 4 DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL DISTRITO DE CHORRILLOS, LIMA-2021", ha concluido satisfactoriamente el proceso de aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur, motivo por el cual se autoriza a través del presente el desarrollo del proyecto de investigación.

El presente proyecto se desarrollará en LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RIS CHORILLOS, BARRANCO-SURCO, de la jurisdicción de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur.

Hacemos de su conocimiento que, al término de su investigación deberá presentar a la Dirección General de nuestra institución un ejemplar de la misma para ser socializada a los establecimientos de salud con la finalidad de contribuir a mejorar la atención de los usuarios.

De no cumplir con remitir lo indicado, se hará de conocimiento a la universidad de procedencia o institución a la que pertenece, a fin de ejecutar las acciones que correspondan.

Esta constancia tiene validez por (04) meses, a partir de su expedición, la misma que puede ser renovable hasta la conclusión de la investigación.

Debido a la situación de pandemia, el investigador se adecuará a las condiciones establecidas por la DIRIS LS respecto a la factibilidad de desarrollar el proyecto de investigación bajo modalidad presencial o virtual. Asimismo, deberá cumplir con todos los protocolos de seguridad, como utilizar equipos de protección personal, a fin de evitar el riesgo de infección.

06 MAY 2022
Barranco,

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR

PIO PELAGIO YAPO QUISPE
DIRECTOR GENERAL

PPYQ/RAS/RLB/RV/RNH/Imm.
c.c.: Interesado
Archivo

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR
PROCESO DE LA SALUD
R. VELASQUEZ

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR
R. VILCA

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR
ET - PGS
G. PANAGUA

www.dirislimasur.gob.pe

Calle Martínez de Pinillos 124B
Barranco, Lima 04, Perú
T (511) 477-3077

Siempre con el pueblo

ANEXO 7: Otras tablas

Tabla

FACTORES SOCIALES DE LOS ACTORES SOCIALES DE LA META 4. CHORRILLOS – 2021.

FACTORES SOCIALES	Frecuencia	
	N°	%
SEXO DEL ACTOR SOCIAL		
Femenino	17	81.0%
Masculino	4	19.0%
EDAD DEL ACTOR SOCIAL (AÑOS)		
Adulto Joven (18 – 29 años)	5	23.8%
Adulto (30 – 59 años)	13	61.9%
Adulto Mayor (60 años a más)	3	14.3%
NIVEL DE INSTRUCCIÓN		
Secundaria	13	61.9%
Superior (Téc. – Univ.)	8	38.1%
TOTAL	21	100%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa en la tabla; de que los Actores Sociales que participan en la Meta 4, Chorrillos - 2021 son en su mayoría del sexo femenino con 81.0% (17), mientras que el 19.0% (4) son del sexo masculino. Las edades de los Actores Sociales se encuentran en el rango de 30 – 59 años con 61.9% (13), seguido del 23.8% (5) de 18 – 29 años, mientras que un 14.3% (3) de 60 años a más. Asimismo, se visualiza que el 61.9% (13) cuenta con educación secundaria y un 38.1% (8) tiene estudio superior (Técnica o Universitaria).

Tabla
APLICACIÓN DE LA EXPERIENCIA CONCRETA DEL APRENDIZAJE EXPERIENCIAL EN LA VISITA DOMICILIARIA DE CALIDAD DE LOS ACTORES SOCIALES DE LA META 4. CHORRILLOS – 2021.

APLICACIÓN DE LA EXPERIENCIA CONCRETA EN LA VDC	Frecuencia	
	N°	%
No Aplica	3	14.3%
Aplica Parcialmente	1	4.8%
Aplica Totalmente	17	81.0%
TOTAL	21	100%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa en la tabla; que el 81.0% (17) de los Actores Sociales aplican totalmente la Experiencia Concreta del Aprendizaje Experiencial en la Visita Domiciliaria de Calidad, seguido por el 14.3% (3) que no la aplica, mientras que el 4.8% (1) la aplica parcialmente.

Tabla
APLICACIÓN DE LA OBSERVACIÓN REFLEXIVA DEL APRENDIZAJE EXPERIENCIAL EN LA VISITA DOMICILIARIA DE CALIDAD DE LOS ACTORES SOCIALES DE LA META 4. CHORRILLOS – 2021.

APLICACIÓN DE LA OBSERVACIÓN REFLEXIVA EN LA VDC	Frecuencia	
	N°	%
No Aplica	1	4.8%
Aplica Totalmente	20	95.2%
TOTAL	21	100%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa en la tabla; que el 95.2% (20) de los Actores Sociales aplican totalmente la Observación Reflexiva del Aprendizaje Experiencial en la Visita Domiciliaria de Calidad, mientras que el 4.8% (1) no la aplica.

Tabla
APLICACIÓN DE LA CONCEPTUALIZACIÓN ABSTRACTA DEL APRENDIZAJE EXPERIENCIAL EN LA VISITA DOMICILIARIA DE CALIDAD DE LOS ACTORES SOCIALES DE LA META 4. CHORRILLOS – 2021.

APLICACIÓN DE LA CONCEPTUALIZACIÓN ABSTRACTA EN LA VDC	Frecuencia	
	N°	%
No Aplica	3	14.3%
Aplica Parcialmente	7	33.3%
Aplica Totalmente	11	52.4%
TOTAL	21	100%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa en la tabla; que el 52.4% (11) de los Actores Sociales aplican totalmente la Conceptualización Abstracta del Aprendizaje Experiencial en la Visita Domiciliaria de Calidad, seguido por el 33.3% (7) que la aplica parcialmente, mientras que el 14.3% (3) no la aplica.

Tabla
APLICACIÓN DE LA EXPERIMENTACIÓN ACTIVA DEL APRENDIZAJE EXPERIENCIAL EN EL PROCESO DE RETROALIMENTACIÓN DE LOS ACTORES SOCIALES DE LA META 4. CHORRILLOS – 2021.

APLICACIÓN DE LA EXPERIMENTACIÓN ACTIVA EN EL PROCESO DE RETROALIMENTACIÓN	Frecuencia	
	N°	%
No Aplica	4	19.0%
Aplica Parcialmente	2	9.5%
Aplica Totalmente	15	71.4%
TOTAL	21	100%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa en la tabla; que el 71.4% (15) de los Actores Sociales aplican totalmente la Experimentación Activa del Aprendizaje Experiencial en el proceso de Retroalimentación, seguido por el 19.0% (4) que no la aplica, mientras que el 9.5% (2) la aplica parcialmente.

Tabla
APLICACIÓN DE LA EXPERIENCIA CONCRETA DEL APRENDIZAJE
EXPERIENCIAL Y EVOLUCION DE LA REFERENCIA COMUNAL DE LOS
ACTORES SOCIALES DE LA META 4. CHORRILLOS – 2021.

Aplicación de la experiencia concreta	Evolución de referencias comunales						TOTAL	
	negativa		estática		positiva		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No aplica	2	9,5%	1	4,8%	0	0,0%	3	14,3
Aplica parcialmente	1	4,8%	0	0,0%	0	0,0%	1	4,8%
Aplica totalmente	1	4,8%	0	0,0%	16	76,2%	17	81,0%
TOTAL	4	19,0%	1	4,8%	16	76,2%	21	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Como se muestra en la tabla, la aplicación de la experiencia concreta del aprendizaje experiencial y la evolución de las referencias comunales; del 100% (21) de los Actores Sociales en estudio, el 76,2% (16) aplicaron totalmente la experiencia concreta del aprendizaje experiencial y tuvieron una evolución positiva en las referencias comunales, por otro lado, el 9.5% (2) no aplicaron la experiencia concreta y tuvieron una evolución negativa en las referencias comunales.

Tabla
APLICACIÓN DE LA OBSERVACIÓN REFLEXIVA DEL APRENDIZAJE EXPERIENCIAL Y EVOLUCION DE LA REFERENCIA COMUNAL DE LOS ACTORES SOCIALES DE LA META 4. CHORRILLOS – 2021.

Aplicación de la observación reflexiva	Evolución de referencias comunales						TOTAL	
	negativa		estática		positiva		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No aplica	1	4,8%	0	0,0%	0	0,0%	1	4,8%
Aplica parcialmente	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Aplica totalmente	3	14,3%	1	4,8%	16	76,2%	20	95,2%
TOTAL	4	19,0%	1	4,8%	16	76,2%	21	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa en la tabla; que el 76,2% (16) de los Actores Sociales aplicaron totalmente la observación reflexiva del aprendizaje experiencial y tuvieron una evolución positiva en las referencias comunales, por otro lado, el 14,3% (3) que aplicaron totalmente la observación reflexiva tuvieron una evolución negativa en las referencias comunales.

Tabla
APLICACIÓN DE LA CONCEPTUALIZACIÓN ABSTRACTA DEL
APRENDIZAJE EXPERIENCIAL
Y EVOLUCION DE LA REFERENCIA COMUNAL DE LOS ACTORES
SOCIALES DE LA META 4. CHORRILLOS – 2021.

Aplicación de la conceptua lizacion abstracta	Evolución de referencias comunales						TOTAL	
	negativa		estática		positiva			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No aplica	3	14,3%	0	0,0%	0	0,0%	3	14,3%
Aplica parcialmente	1	4,8%	1	4,8%	5	23,8%	7	33,3%
Aplica totalmente	0	0,0%	0	0,0%	11	52,4%	11	52,4%
TOTAL	4	19,0%	1	4,8%	16	76,2%	21	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Se presenta en la tabla; que el 52,4% (11) de los Actores Sociales aplicaron totalmente la conceptualización abstracta del aprendizaje experiencial y tuvieron una evolución positiva en las referencias comunales, así también el 23,8% (5) que aplicaron parcialmente la conceptualización abstracta tuvieron una evolución positiva en las referencias comunales. Por otro lado, el 14,3%(3) de los Actores Sociales no aplicaron la conceptualización abstracta y tuvieron evolución negativa de la referencia comunal.

Tabla
APLICACIÓN DE LA EXPERIMENTACIÓN ACTIVA DEL APRENDIZAJE EXPERIENCIAL Y EVOLUCION DE LA REFERENCIA COMUNAL DE LOS ACTORES SOCIALES DE LA META 4. CHORRILLOS – 2021.

Aplicación de la experimentación activa	Evolución de referencias comunales						TOTAL	
	negativa		estática		positiva			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No aplica	3	14,3%	1	4,8%	0	0,0%	4	19,0%
Aplica parcialmente	1	4,8%	0	0,0%	1	4,8%	2	9,5%
Aplica totalmente	0	0,0%	0	0,0%	15	71,4%	15	71,4%
TOTAL	4	19,0%	1	4,8%	16	76,2%	21	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a los resultados de la tabla; el 71,4% (15) de los Actores Sociales aplicaron totalmente la experimentación activa del aprendizaje experiencial y tuvieron una evolución positiva en las referencias comunales, así también el 4,8% (1) aplica parcialmente la experimentación activa y tuvo una evolución positiva en las referencias comunales. Por otro lado, el 14,3% (3) no aplicaron la experimentación activa y tuvieron una evolución negativa en las referencias comunales.